USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DE ANGOLA 2010

Julho 2010

Esta publicação foi produzida para revisão pela Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos (USAID). Foi preparada por Catherine Connor (Abt Associates Inc.), Denise Averbug (Abt Associates Inc.) e Maria Miralles (International Relief and Development) para o projecto Sistemas de Saúde 20/20.

HEALTH SYSTEMS 20/20

Missão

O **acordo de cooperação** Sistemas de Saúde 20/20, financiado pela Agência para o Desenvolvimento Internacional dos EUA (USAID) para o período 2006-2011, ajuda os países que recebem apoio da USAID a eliminar as barreiras, presentes nos próprios sistemas, ao uso de serviços sanitários prioritários dos quais depende a vida dos pacientes. O programa Sistemas de Saúde 20/20 visa fortalecer os sistemas de saúde através de enfoques integrados para melhorar o financiamento, governação e funcionamento, além de criar capacidades sustentáveis nas instituições locais.

Julho 2010

Para obter cópias adicionais deste relatório por favor envie um email para info@healthsystems2020.org ou visite nosso website: www.healthsystems2020.org

Acordo Cooperativo No.: GHS-A-00-06-00010-00

Apresentado a: Robert Emrey, CTO

Divisão de Sistemas de Saúde

Departamento de Saúde, Doenças Infecciosas e Nutrição

Bureau para a Saúde Global

Agência para o Desenvolvimento Internacional dos EUA

Citação recomendada: Connor, Catherine, Denise Averbug, e Maria Miralles. Julho 2010. *Angola Health System Assessment 2010.* Bethesda, MD: Health Systems 20/20, Abt Associates Inc.

Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue | Suite 800 North
| Bethesda, Maryland 20814 | P: 301.347.5000 | F: 301.913.9061
| www.healthsystems2020.org | www.abtassociates.com

Em colaboração com:
| Aga Khan Foundation | Bitrán y Asociados | BRAC University | Broad Branch Associates
| Deloitte Consulting, LLP | Forum One Communications | RTI International
| Training Resources Group | Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine

AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DE ANGOLA 2010

DECLARAÇÃO DE EXONERAÇÃO
Os pontos de vista expressados pelo autor nesta publicação não reflectem necessariamente as opiniões da Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos (USAID) nem as do governos dos Estados Unidos

SUMÁRIO

O projecto sistemas de Saúde 20/20 encomendou a uma equipa de três pessoas a realização de uma rápida avaliação do sistema de saúde em Angola para informar a nova estratégia para o sector saúde 2011 – 2015 da USAID/Angola e apresentar recomendações ao Ministério da Saúde de Angola (MINSA) que está a lançar uma nova estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde. Esta avaliação actualiza uma avaliação similar realizada em 2005.

Desde 2005, o sistema de saúde angolano vem avançando no financiamento da saúde, em recursos humanos, sistemas de informação, governação e prestação de serviços; um avanço que foi facilitado pela continuação da paz, a estabilidade política, o rápido crescimento económico e grandes investimentos em infra-estrutura tais como estradas, água e habitação. Apesar do declínio significativo na prevalência de crianças com peso abaixo da média e na taxa de fertilidade, indicadores chave tais como a mortalidade infantil abaixo de cinco anos de idade, a mortalidade materna e a prevalência do VIH estão estagnados e ainda são altos quando comparados com a média regional. Os actores do sector da saúde vem se beneficiando da disponibilidade de novos dados de pesquisas sanitárias e estudos e de pequenas melhorias nos sistemas de vigilância de rotina nos serviços de saúde. O investimento em saúde do governo continua a ser relativamente baixo, 5% dos gastos públicos totais. No entanto ele é mais equitativo pois os gastos em atendimento primário à saúde foram triplicados. O acesso a serviços de saúde teve um leve aumento, mais ainda atinge menos da metade da população.

O MINSA vem demonstrando seu compromisso político de melhorar o acesso e a equidade dos serviços de saúde através de sua estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde que conta com o apoio explícito de importantes parceiros tais como a União Europeia, o Banco Mundial e agências da ONU. A medida em que a implementação começar de facto, a estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde virá a cristalizar os desafios específicos que o MINSA e seus parceiros enfrentam: financiamento de custos recorrentes extra-salariais, consistência no fornecimento de produtos médicos essenciais, integração de programas verticais a nível municipal, como alargar o acesso, como chegar às comunidades e a coordenação dos doadores.

CONTEÚDO

Sumário ..... **v**

Lista de Acrónimos ..... **xiii**

Agradecimentos ..... **xvii**

Resumo executivo ..... **xix**

1. Antecedentes **1**

2. Panorâmica do País **5**

2.1 Geral 5
2.2 Saúde 6
2.2.1 Situação Da Saúde 6
2.2.2 Sistema de Saúde 8

3. Metodologia **11**

3.1 Enquadramento para o Enfoque da Avaliação Dos Sistemas de Saúde 11
3.2 Fase 1: Análise Documental e Entrevistas 12
3.3 Fase 2: Em Angola 12

4. Módulos Técnicos **13**

4.1 Governação 15
4.1.1 Visão Geral 16
4.1.2 Descentralização e Revitalização Municipal 18
4.1.3 Voz 19
4.1.4 Capacidade de Resposta 20
4.1.5 Visão Geral Técnica 20
4.1.6 Prestação de Serviços 21
4.1.7 Informação, Comunicação e Advocacia 21
4.1.8 Directivas, Supervisão e Recursos 22
4.1.9 Doadores e Coordenação de Doadores 22
4.1.10 Sumário 24
4.2 Financiamento da Saúde 25
4.2.1 Visão Geral 25
4.2.2 Mobilização de Recursos 26
4.2.3 Mutualização e Afectação de Recursos 28
4.2.4 Compras 32
4.2.5 O Processo Orçamentário 33

4.2.6 Fluxo de Recursos e Gestão 34
4.2.7 Resumo dos Resultados: Financiamento....38
4.3 Recursos Humanos 40
4.3.1 Dados de Recursos Humanos....41
4.3.2 Distribuição dos Profissionais da Área de Saúde 43
4.3.3 Presença de Sistema de Informação de Recursos Humanos (OMS 2009) 44
4.3.4 Planeamento de Recursos Humanos....45
4.3.5 Sistema de Classificação e Descrição de Cargos....46
4.3.6 Salários e Benefícios 47
4.3.7 Processo de Contratação e Requisitos de Licenciamento 47
4.3.8 Supervisão e Capacitação dos Trabalhadores da Saúde 48
4.3.9 Resumo dos Resultados: Recursos Humanos 49
4.4 Gestão de Produtos Médicos 50
4.4.1 Visão Geral 51
4.4.2 Selecção Da Gestão....52
4.4.3 Aprovisionamento....53
4.4.4 Armazenagem, Distribuição e Logística....55
4.4.5 Uso Racional....58
4.4.6 Resumo dos Resultados: Produtos Farmacêuticos 58
4.5 Sistemas de Informação de Saúde....63
4.5.1 Visão Geral 63
4.5.2 Políticas e Regulamentos do SIS 64
4.5.3 Componentes do SIS....64
4.5.4 Um Sistema de Informação de Saúde Único....69
4.5.5 Qualidade dos Dados....69
4.5.6 Uso e Análise dos Dados 70
4.5.7 Resumo dos Resultados: Sistema de Informação de Saúde 70
4.6 Prestação de Serviços....71
4.6.1 Organização dO Minsa e Prestação dE Serviços 72
4.6.2 Unidades Sanitárias 74
4.6.3 Serviços Prestados 76
4.6.4 Cobertura 77
4.6.5 Produtividade e Qualidade 78
4.6.6 Sistemas de Referência....79
4.6.7 Papel do Sector Privado 79
4.6.8 Resumo dos Resultados na Prestação de Serviços 82

5. Resumo De Resultados E Oportunidades 83

5.1 Financiamento dos Custos Recorrentes Extra -Salariais....83
5.2 Produtos Médicos Essenciais 85

5.3 Resolver a Questão dos Recursos Humanos 88
5.4 Integração dos Serviços a Nível Municipal 89
5.5 Chegar às Comunidades e Famílias 91
5.6 Coordenação dos Doadores 92
5.7 Além do Sector Saúde 93
5.8 Ambiente Promissor 95

Anexo A: Tabela de Indicadores 97

Anexo C: Seminário Sobre A Avaliação Dos Sistema De Saúde em Angola 111

Anexo D: Escopo Do Trabalho 123

Anexo E: Visita à Província de Huambo (11–14 Abril, 2010) 129

Anexo F: Lista de Contactos 131

Anexo G: Documentos Consultados 135

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Indicadores Seleccionados para Angola E para A África Subsaariana xx
Tabela 2: Resumo dos Resultados, Recomendações e Resultados Esperados da Avaliação do Sistema de Saúde em Angola de 2005 2
Tabela 3. Indicadores da Situação da Saúde 7
Tabela 4. Indicadores de Serviços de Saúde 7
Tabela 5: Construção de Unidades Sanitárias em Cinco Províncias 1976–1999 e 2000-2006 10
Tabela 6: O Que Há de Novo Desde 2005 em Governação 16
Tabela 7: Estrutura Política de Angola e Sistema de Prestação de Serviços de Saúde por Nível Administrativo 17
Tabela 8: Políticas Chave, Legislação e Planos Estratégicos 19
Tabela 9: Desempenho da Governação 24
Tabela 10: O Que Há de Novo Desde 2005 No Financiamento da Saúde 25
Tabela 11: Desempenho do Financiamento da Saúde em Angola Comparado À África Subsaariana (ASS) 26
Tabela 12: Despesas Públicas Totais e Despesas Com Saúde 2001-2009 27
Tabela 13: Investimentos Públicos de Capital Na Saúde 2001-2005 em Milhões de Usd e Percentagens 30
Tabela 14: Calendário do Planeamento e Orçamentação Governamental 33
Tabela 15: Execução do Orçamento de Saúde Pública 2000-2005 37
Tabela 16: Desempenho do Financiamento da Saúde Em Termos de Critérios de Avaliação do Sistema de Saúde 39

Tabela 17: O Que Há de Novo Desde 2005 em Recursos Humanos....40
Tabela 18: Servidores Públicos No Sector da Saúde em Angola Por Província 41
Tabela 19: Número de Municípios Por Províncias Com Coeficiente Trabalhador de Saúde/População Em Cada Faixa....43
Tabela 20: Proporção de Trabalhadores da Saúde de Categorias Fundamentais em Cinco Províncias 44
Tabela 21: Desempenho de Recursos Humanos para A Saúde em Termos de Critérios de Avaliação do Sistemas de Saúde....49
Tabela 22: O Que Há De Novo Desde 2005 Em Produtos Médicos....51
Tabela 23: Valor dos Gastos Com Medicamentos 2005-2006 em Províncias Seleccionadas....54
Tabela 24: Indicadores de Uso Racional (Minsa/Oms 2007)....58
Tabela 25: Disponibilidade de Provisões Essenciais Nas Unidades de Saúde 59
Tabela 26: Disponibilidade de Equipamentos Essenciais Nas Unidades de Saúde 59
Tabela 27: Resumo da Gestão de Produtos Farmacêuticos em Termos de Critérios de Desempenho do Sistemas de Saúde....62
Tabela 28: O Que Há de Novo Desde 2005 Nos Sistemas de Informação de Saúde 63
Tabela 29: Desempenho do Sistema De Informações de Saúde em Termos dos Critérios de Avaliação do Sistema de Saúde 70
Tabela 30: O Que Há de Novo Desde 2005 Na Prestação de Serviços....71
Tabela 31: Número de Instalações de Saúde em Angola Por Tipo 2003-2009 75
Tabela 32: Serviços Prestados e Cobertura da População Para Cada Tipo de Unidade Sanitária Conforme A Regusap....75
Tabela 33: Serviços Requeridos e Prestados Nos Três Tipos De Instalação Na Província de Huambo....77
Tabela 34. Fonte de Serviços de Saúde Para O Tratamento de Doenças Infantis....81
Tabela 35: Desempenho do Sistema de Prestação de Serviços em Base a Critérios de Avaliação do Sistema de Saúde 82

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Níveis de Atendimento de Saúde 9
Figura 2: Quadro da Oms para as Seis Funções de Um Sistema de Saúde 11
Figura 3. Indicadores de Governação Seleccionados para Angola e África Subsaariana 16
Figura 4. Despesas Operacionais e de Investimento em Saúde Pública em Milhões de USD por Nível de Assistência, Administração e Educação Médica 2000-2005....30
Figura 5: População (Eixo Da Esquerda) E Orçamento Público Total Per Capita em USD (Eixo da Direita) Por Província Para 2010 31
Figura 6: Estrutura da Interdependência Orçamental Desde 2008 34

Figura 7: Fluxo de Recursos No Sistema de Saúde em 2005.....35
Figura 8: Fluxo de Recursos Desde 2005. Novo: Governos Municipais Podem Se Tornar Unidades Orçamentais; Cobrança de Taxa de Uso Eliminada em Quase Todas as Unidades de Atenção Primária.....36
Figura 9: Coeficiente De Servidores da Saúde em Angola em Comparação com a Média Regional da África Subsaariana.....42
Figura 10: Fluxo de Produtos Farmacêuticos em Angola.....56
Figura 11. Esquema Geral do Sistema Público de Informações de Rotina – Dados de Utilização e Supervisão.....68
Figura 12. Organigrama do MINSA 2009.....72
Figura 13. Resumo dos Níveis Administrativos E de Prestação de Serviços do Sistema de Saúde Angolano.....74

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACT	Terapêutica combinada à base de Artemisinina
AFAPOS	Associação Farmacêutica da Província de Huambo
AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância
AIS	Inquérito sobre indicadores da SIDA (AIDS Indicator Survey)
ANASO	Rede Angolana de Organizações de Serviços de SIDA (Angolan Network of Organizations for AIDS Services)
ANC	Vigilância para o cuidado pré-natal (Antenatal Care Surveillance)
BCC	Comunicação para a Mudança de Comportamento (Behavior Change Commmunication)
BSS	Estudos de vigilância de comportamento (Behavior Surveillance Studies)
CACS	Conselhos de Auscultação e Concertação Social
CAP	Conhecimentos, atitudes e práticas (do inglês KAP)
CCM	Mecanismo de Coordenação Nacional (Country Coordination Mechanism)
CDC	Centro de controlo e prevenção de doenças (Centers for Disease Control and Prevention)
CHW	Agente Comunitário (Community Health Worker)
COEC	Cuidados Obstétricos de Emergência Completos
CONGA	Comissão das ONG Internacionais em Angola
CPI	*Corruption Perceptions Index* (Índice de Percepção da Corrupção)
CPS	Cuidados Primários de Saúde
DHS	*Demographic and Health Survey* (Inquérito de Saúde e Demografia)
DNME	Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DPT	Vacina tríplice contra a difteria, pertussi e tétano
ENSA	Empresa Nacional de Seguros de Angola
FG	Fundo Global
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz (Brasil)
FONGA	Fórum das ONGs de Angola
GEPE	Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística
GOA	Governo de Angola
HSA	*Health System Assessment* (Avaliação do Sistema de Saúde)
IBEP	Inquérito sobre o Bem-Estar da População
ICC	*Inter-Agency Coordination Committee* (Comité de Coordenação Entre Agências)
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano

IEC	Informação, educação e comunicação (Information, education and communication)
IMAI	*Integrated Management of Adult Illnesses* (Gestão Integrada de Doenças em Adultos)
INE	Instituto Nacional de Estatística
INLS	Instituto Nacional de Luta Contra Sida
INN	International Nonproprietary Name (Lista de Denominações Comuns)
ITN	Insecticide-Treated Nets (Mosquiteiros tratados com insecticida)
LNCQ	Laboratório Nacional de Controle de Qualidade
LUPP	*Luanda Urban Poverty Program* (Programa de pobreza urbana de Luanda)
MCH	*Maternal and Child Health* (Saúde Materno Infantil)
MAPESS	Ministério de Administração Pública, Emprego e Segurança Social
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey (Inquérito por Agrupamento de Indicadores Múltiplos)
MINFIN	Ministério das Finanças
MINPLAN	Ministério do Planeamento
MINSA	Ministério da Saúde
MIS	*Malaria Indicator Survey* (Inquérito de indicadores da malária)
MPLA	Movimento Popular de Libertação de Angola
MSH	*Management Sciences for Health* (Ciências de Gestão da Saúde)
NHA	*National Health Accounts*
OD	Órgão Dependente
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial da Saúde
OMS SIS	Sistema estatístico da OMS
ONG	Organização não governamental
OOP	*Out of Pocket (expenditures)* (despesas pagas pelo próprio paciente)
PASS	Programa de Apoio ao Sector de Saúde
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PDM	Programa de Desenvolvimento Municipal
PEPFAR	*US President's Emergency Plan for AIDS Relief* (Plano de Emergência para Alívio da SIDA do Presidente Norte-Americano)
PLACE	*Priority for Local AIDS Control Effort* (Esforço para Controle Local da SIDA)
PMI	*President's Malaria Initiative* (Iniciativa Presidencial contra a Malária)
PMTCT	*Preventing Mother-to-Child Transmission of HIV* (Prevenção contra transmissão materno-infantil do VIH)
PNME	Programa Nacional dos Medicamentos Essenciais
PNS	Política Nacional de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PTC	*Hospital-based Pharmacy and Therapeutics Committees* (Comités Fármaco-terapêuticos hospitalares)
RDFs	*Revolving Drug Funds* (Fundo rotativos de Medicamentos)
REGUSAP	Regulação do Sistema de Atendimento Primário
RMS	Repartição Municipal de Saúde
SES	Serviços Essenciais de Saúde
SIGFE	Sistema Integrado de Gestão das Finanças do Estado
SIS	Sistema de Informação Sanitária
SOWC	*State of the World's Children (UNICEF)* (Relatório A Situação das Crianças no mundo da UNICEF)
TBA	*Traditional Birth Attendant* (Parteira)
TIP	Tratamento Intermitente Preventivo
UE	União Europeia
UMC	Uppsala Monitoring Center (Centro de monitorização de Upsala)
UNAIDS	*Joint United Nations Program on HIV/AIDS* (Programa Conjunto das NU de Intensificação da Prevenção do VIH/SIDA)
UNGASS	*United Nations General Assembly Special Session (UNGASS)* (Sessão especial da Assembleia Geral da ONU)
UNICEF	*United Nations Children's Fund* (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
UNITA	União Nacional para a Independência Total de Angola
UO	Unidade Orçamental
US	Unidade Sanitária
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
USG	*United States Government* (Governo dos Estados Unidos)
WDI	*World Development Indicators* (Indicadores de desenvolvimento mundial)

AGRADECIMENTOS

Esta avaliação foi financiada pela USAID/Angola. A equipa tem uma enorme dívida de gratidão com Bart Bruins, Gisele Guimarães, e Domingas Canhanga da USAID/Angola pelo seu enorme apoio e envolvimento a cada passo do processo de avaliação. A equipe agradece muito à Sua Excelência o Dr. José Van Dúnem, Ministro da Saúde, assim como a funcionários de governo, funcionários dos serviços de saúde, representantes dos doadores e organismos da ONU e organizações da sociedade civil que compartilharam seu tempo e suas ideias durante as entrevistas, reuniões, e o seminário para partes interessadas. Um agradecimento especial para a Dra. Helga Freitas do MINSA pela sua orientação e contribuições no Domingo em que trabalhou com a equipe para preparar o seminário.

A primeira versão do relatório beneficiou-se dos comentários de Mary Ann Abeyta-Behnke e Toni Boni da USAID e Bernard Couttelenc, economista da saúde do Brasil. O relatório final melhorou significativamente a partir da revisão e comentários detalhados de Bart Bruins, Dr. Koen Vanormelingen da UNICEF, e Gisele Guimarães. A correcção e edição esteve a cargo de Beatrice M. Spadacini e a formatação de Jan Nicholson.

RESUMO EXECUTIVO

Em 2005 o projecto Parceiros para a Reforma da Saúde *plus* (PHR*plus*) – predecessor do projecto Sistemas de Saúde 20/20 (HS 20/20) – realizou uma avaliação do sistema de saúde em Angola (HSA) para informar a programação do sector saúde para Angola da USAID. A HSA identificou os pontos fortes e as vulnerabilidades do sistema de saúde do país e apresentou recomendações para melhorá-lo. Desde então a USAID vem implementando uma série de projectos de saúde em áreas como a malária, HIV/SIDA, planeamento familiar e saúde materna e infantil. Outros doadores como a UNICEF, a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Banco Mundial e a União Europeia vem também desenvolvendo actividades importantes em Angola junto com o Ministério da Saúde (MINSA). Cinco anos mais tarde, o desenvolvimento de uma nova estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde em Angola coincide com o processo interno de Angola e com o governo dos Estados Unidos no sentido de desenvolver uma nova estratégia de cinco anos para o sector da saúde.

Esta metodologia de avaliação está baseada no Enfoque para a Avaliação dos Sistemas de Saúde, um processo rápido baseado em indicadores desenvolvidos por USAID/GH/HIDN. O enfoque cobre seis componentes nucleares dos sistemas de saúde: governação, financiamento, prestação dos serviços, recursos humanos, produtos farmacêuticos e sistemas de informação da saúde.

FASE I (Fevereiro – Março 2010): Esta fase realizou-se em Washington DC. A equipa revisou uma série documentos e relatórios incluindo entre outros: o HSA para Angola de 2005, relatórios de projectos de saúde, relatórios de população e documentos sobre estratégias. A equipa consultou os funcionários do governo dos EUA em Angola e em Washington que apoia programas para Angola tais como HIV/SIDA, malária (Iniciativa para a Malária do Presidente, PMI), saúde reprodutiva (RH), Tuberculose (TB), água e saneamento, democracia e governação. A equipe HSA em coordenação com os governos dos EUA e Angola seleccionou e contactou informantes chave para entrevistá-los, preparou os programas de campo e marcou as entrevistas.

FASE 2 (Abril - Junho 2010): Esta fase começou com a visita da equipa a Angola, de 7 a 21 de Abril, para entrevistar os informantes chave principais, fazer visitas aos locais, continuar com a recolha de informação /dados para enriquecer as áreas de inquérito identificadas durante a Fase I, realizar um seminário com as partes interessadas e apresentar um esboço de relatório ao MINSA e aos governos dos EUA e Angola para sua revisão e comentários antes de sua finalização. A equipa inclui três consultores internacionais patrocinados pela unidade de saúde da USAID/Angola. Durante os meses de Maio a Junho o esboço do relatório foi revisado pelos representantes do governo dos EUA, o MINSA, organismos da ONU e outros. A equipa incorporou os comentários e finalizou a versão em inglês do relatório.

PANORÂMICA DO PAÍS

Angola é um dos países de maior extensão e mais rico em recursos da região. A população é de aproximadamente 17 milhões, dos quais uma grande parte vive em áreas urbanas (56%). Angola teve um rápido crescimento económico, com uma média de 16% ao ano de 2004 a 2008, e uma crescente estabilidade política desde o fim da guerra civil em 2002. A renda *per capita* bruta é 20% mais alta do que a média na região, porém a riqueza está extremamente concentrada e Angola continua classificada em escalões muito baixos na maioria das medidas globais de desenvolvimento sócio económico e de saúde.

As principais causas de mortalidade em crianças com menos de cinco anos de idade incluem doenças facilmente tratáveis ou preveníveis tais como a pneumonia, diarreia e malária.

TABELA 1: INDICADORES SELECCIONADOS PARA ANGOLA E PARA A ÁFRICA SUBSAARIANA

Indicadores Seleccionados (2007)	Angola	Média Regional	Fonte dos dados
População total (milhares)	16.948	17.020	WDI-2009
População em áreas urbanas (%)	56	38	
PIB *per capita* (constante 2000 US$)	1.265	1.003	
Expectativa de vida ao nascer (anos)			http://www.who.int/gho/countries/ago
Masculina	51	51	
Feminina	55	54	
Ambos	53	52	
Taxa de mortalidade de menores de cinco anos (por 1000 nascidos vivos)	158	145	
Prevalência de VIH entre adultos (por 100.000 adultos maiores de15)	1.962	4.735	
Prevalência da tuberculose	294	475	

Angola enfrenta grandes desafios pois a prolongada guerra deixou em ruínas a infra-estrutura do país, o interior tem extensas áreas minadas e suas instituições sociais, políticas e económicas, basicamente não são funcionais. Para poder resolver algumas das vulnerabilidades de um governo altamente centralizado, o governo de Angola lançou oficialmente uma política de descentralização política e administrativa em 2001. O MINSA levou esta política ainda mais adiante através de sua política de saúde municipal ("Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde", MINSA 2008, 2009) cujo objectivo é transferir maior responsabilidade administrativa e mais recursos para o sistema da saúde primária dos 164 municípios.

Apesar de que o sistema de saúde em Angola ainda enfrenta muitos dos mesmos desafios que enfrentava em 2005, houve um progresso mensurável e novos acontecimentos nos últimos cinco anos que colocam o país em posição de continuar melhorando o desempenho do sistema de saúde e seus resultados.

PRINCIPAIS RESULTADOS

Prestação de serviços de saúde: A cobertura dos serviços básicos de saúde aumentou de 30 a 42 % desde 2005. O financiamento público das unidades sanitárias de atendimento primário cresceu mais do que qualquer outra categoria. O acesso geográfico aumentou graças à reforma e construção de centros de saúde, em muitos casos realizada em base aos mapas sanitários provinciais e a algumas experiencias no uso de serviços privados para alcançar a população. A aplicação da regulamentação do sistema de saúde e a introdução de mapas sanitários provinciais esclareceu as normas para níveis de tratamento, serviços, e tipos de unidades sanitárias, o que permitiu uma avaliação objectiva do desempenho da unidade sanitária. A qualidade da prestação dos serviços ainda está aquém do esperado devido a questões relacionadas com recursos humanos, falta de produtos essenciais e financiamento irregular de custos recorrentes como veremos abaixo.

Governação: Angola tem uma estrutura de governo com um poder executivo forte: o presidente nomeia os governadores das províncias os quais pela sua vez nomeiam os administradores municipais. Em 2008 foram realizadas com sucesso eleições para o parlamento, demonstrando um claro esforço de chegar aos eleitores, especialmente em assuntos tais como moradia e água. Desde 2005 vem surgindo

um grande impulso para implementar uma descentralização administrativa e fiscal a nível dos governos provinciais e distritais com uma estratégia de "revitalização". Com o apoio dos doadores[1] foram realizadas várias avaliações municipais visando fazer um inventário dos recursos existentes em todos os sectores e realizar o planeamento através de um processo altamente participativo a nível local. Paralelamente vem surgindo diferentes estruturas para prestação de contas e fortalecimento da voz a nível local, como comités de água, foros municipais e cooperativas. Porém ainda há muito por fazer para robustecer à prestação de contas. A fim de informar os investimentos em infra-estrutura de saúde e o planeamento operacional, o MINSA concluiu os exercícios de mapeamento sanitário em 11 das 18 províncias angolanas. A estratégia de saúde municipal do MINSA é um compromisso com a saúde primária e com os pobres. Porém isto significa uma transferência significativa da responsabilidade para os municípios sem esclarecer como as limitações de capacidade e recursos serão resolvidas.

Financiamento da Saúde: Angola gasta aproximadamente US$ 72 per capita em saúde, o que é mais ou menos igual à média regional. Diferentemente do resto da região o financiamento público domina com 80% e Angola depende menos do financiamento de doadores (apenas 7% dos gastos totais na saúde, enquanto que a média regional é de 22%). O financiamento público da atenção primária à saúde aumentou dramaticamente (415%) de 2000 a 2005. Porém o gasto público na saúde em geral ainda encontra-se a níveis baixos, 5% do gasto público, muito inferior à média regional de 9.6%. A gestão do financiamento da saúde está em fase de transição pois o país está implementando uma estratégia de descentralização visando transferir a responsabilidade da planificação e custos dos orçamentos de saúde aos municípios. Os mapas sanitários provinciais estão sendo utilizados como guia para o investimento em infra-estrutura e decisões operacionais. Os serviços de atendimento primário à saúde já não cobram taxas de uso, porém o financiamento para substituir essa receita tem sido irregular. Desde 2005 vem surgindo opções de seguro de saúde privados apontados para empresas e famílias com rendas mais altas. O principal desafio é o financiamento de custos recorrentes, não salariais (remédios, agua, combustível e material médico) no atendimento primário de saúde dada a rápida descentralização. Este material é crucial para melhorar a qualidade do serviço e evitar despesas aos pacientes.

Recursos humanos: As mesmas questões referidas a recursos humanos que foram originalmente enfatizadas em 2005, estão citadas como importantes limitações em 2010: capacidades clínicas limitadas, tanto no escopo como na profundidade, sub - atendimento nas áreas rurais, escassez de médicos, poucas faculdades de medicina, supervisão de qualidade limitada e poucos agentes comunitários. O progresso desde 2005 inclui: triplicação do número de médicos (que subiu a 2,956 em 2009), construção de varias novas faculdades de medicina (apesar de que conseguir pessoal para trabalhar nelas ainda é um desafio), estabelecimento de um sistema de folha de pagamento funcional (os funcionários públicos em geral recebem seus pagamentos a tempo), incluindo os agentes comunitários da estratégia municipal do MINSA. A falta de recursos para custos recorrentes (i.e. combustível) e a programação vertical são obstáculos para a supervisão integrada e a formação trabalhadores para cuidados primários de saúde, e em última instância limitam as oportunidades para aumentar a eficiência e resolver realidades clínicas.

Medicamentos e Produtos Médicos: A política nacional de medicamentos foi adoptada em 2010 abrindo oportunidades para melhorias significativas na gestão de medicamentos. Problemas no abastecimento de medicamentos e de material médico no sector público para apoiar a prestação de serviços ainda constituem-se em desafios. No momento o MINSA ainda administra o aprovisionamento e a distribuição, incluindo o programa de kits de medicamentos essenciais, porém os problemas existentes incluem sistemas de informação fracos, atrasos no aprovisionamento nacional, falta de um sistema de registo operacional e controle de qualidade limitado. Dados estes desafios, cada vez mais as

[1] Programa de Desenvolvimento Municipal (PDM) com 9 perfis municipais (http://www.dw.angonet.org/)

províncias estão a administrar seus próprios medicamentos, com excepção do sistema de kits; um dos doadores, se não mais de um, viu-se na necessidade de utilizar um sistema de distribuição privado.

Sistema de Informação da Saúde: Através de estudos sobre temas prioritários de saúde e dos mapas sanitários provinciais Angola conseguiu muita informação sanitária nova e de grande valor. O MINSA e os doadores vêm trabalhando estreitamente para construir capacidade a nível provincial e a nível dos serviços a fim de melhorar a qualidade dos dados. O MINSA trabalha também em prol do registo de nascimentos e auditorias sobre mortalidade materna. No entanto existem atrasos significativos e restrições à liberação de informação de saúde pública, o fluxo de informação de mão única entrava o uso dos dados e sua qualidade. Por exemplo, os relatórios anuais sobre estadísticas de saúde não estão disponíveis desde 2007. Registos individuais de pacientes são uma raridade no atendimento primário, facto que torna-se uma barreira para assegurar a qualidade clínica. Uma importante lacuna é a falta de um censo nacional, que não acontece desde os anos 70. Desde 2001 o MINSA tem trabalhado para estabelecer um sistema de informação de saúde único e uma base de dados de rotina do sistema de saúde. A Rede de Métrica de Saúde recentemente concluiu uma avaliação e a estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde apresenta novas oportunidades para a criação de um Sistema de Informação da Saúde (SIS) harmonizado, integrado e bem utilizado.

OPORTUNIDADES/ RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados apresentados para os blocos individuais (módulos) foram identificadas oportunidades transversais e específicas, além de ideias para resolver os problemas. Apesar de que a maioria dos problemas é uma prioridade para o sucesso da estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde de Angola, as ideias e sugestões tem mérito qualquer que seja a situação da estratégia.

Financiamento de custos recorrentes não incluídos na folha de pagamento: O sistema de folha de pagamento público funciona de maneira confiável porém o financiamento de outras despesas de saúde recorrentes é inconsistente e frequentemente inadequado, devido ao fraco financiamento para a saúde a nível central e a insuficiente alocação, planeamento e gasto nos níveis sub-nacionais. A nível central, uma sugestão é fazer advocacia com os Ministérios de Finanças, (MINFIN) e Planeamento (MINPLAN) para conseguir financiamento integral para os orçamentos de saúde aprovados. Muitas intervenções de projectos tem estado centradas num melhor planeamento sanitário, no entanto pode ser necessário elevar a advocacia a um patamar mais alto para que tenha eco com peritos do MINFIN e do MINPLAN que não pertençam ao sector saúde. Nesse sentido o MINSA deve salientar as implicações macroeconómicas das tendências demográficas em Angola e a necessidade de um sistema de saúde forte para enfrentar as demandas da planificação familiar e de crianças e mães saudáveis. O MINSA e o MINFIN deveriam diagnosticar as causas da baixa execução do orçamento. Os investimentos do MINSA e dos doadores na criação de capacidade local e na motivação do pessoal para a preparação de planos e orçamentos, estarão em perigo se não tiverem impacto no próprio financiamento. Finalmente, existe a oportunidade de melhorar a coordenação entre doadores e fazer com que os parceiros falem em uníssono sobre a importância do financiamento integral dos orçamentos aprovados para custos de saúde recorrentes. A nível sub-nacional as ideias para facilitar a transferência de responsabilidade pelo planeamento e gastos dos orçamentos de saúde das 18 províncias aos 164 municípios incluem: orientações claras para os administradores municipais, orçamentos municipais baseados em critérios objectivos, co-financiamento a nível central, apoio técnico para as equipes municipais de saúde ou incentivos baseados em desempenho com base na estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde.

Produtos Médicos Essenciais: A escassez crónica de medicamentos essenciais e material médico pode levar à estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde ao fracasso. Em 2010, O MINSA continua a definir a solução em termo da eliminação de atrasos no aprovisionamento e distribuição de kits de medicamentos essenciais. A equipa recomenda redefinir o objectivo para assegurar o abastecimento consistente de produtos médicos essenciais em unidades sanitárias de atendimento primário de saúde e examinar diferentes soluções que aproveitem as novas políticas para medicamentos e os novos sistemas de gestão da cadeia de suprimento. Assim surgem quatro oportunidades específicas:

1. Opções para o sector privado: podem ser exploradas soluções que aproveitem as cadeias de suprimento privadas e de financiamento que sejam mais acessíveis, assegurem a qualidade e respondam às necessidades da comunidade. Estão sendo discutidos dois modelos, um com fundos rotatórios de medicamentos e outro de marketing social de produtos essenciais. No entanto existem outras opções que poderão ser exploradas se for verificada a sua adequação ao contexto angolano.

2. Investimento estratégico para assegurar a qualidade: aumentar o acesso a produtos médicos só faz sentido se os produtos tiverem qualidade assegurada tanto no sector público como no privado. Foram criados os componentes chave de um sistema de seguro de qualidade dentro da estrutura da Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamento (DNME). Avançou-se no desenvolvimento da formação de pessoal e de sistemas para fazer com que estes componentes sejam totalmente funcionais. Serão necessários investimentos na formação e equipamento para dar apoio à implementação no nível provincial. O MINSA já começou a receber apoio de seus parceiros internacionais, porém o alcance é tal que existirão muitas oportunidades para que o apoio torne operacionais as políticas a todos os níveis do sistema. A DNME poderia beneficiar-se de um ponto focal para assegurar que exista uma abordagem coordenada e estratégica para fazer investimentos estratégicos óptimos nesta área.

3. Combater o uso inapropriado de medicamentos em todos os níveis: devem ser implementadas estratégias baseadas nas unidades sanitárias e na comunidade para conter as emergências e a disseminação da resistência anti-microbiana resultante do uso inadequado de medicamentos e do uso de produtos de baixa qualidade.

4. Desenvolver sistemas de informação para apoiar a transparência e a prestação de contas, assim como eliminar a ineficiência; finalmente existe a oportunidade de assegurar que as melhorias planejadas na armazenagem e gestão dos suprimentos incluam o desenvolvimento de um sistema de informação eficiente que permita medir o desempenho da gestão de inventário. Dada a importância de uma cadeia de suprimento efectiva, todas as partes interessadas devem estar envolvidas e ser consultadas no desenho, testagem e implementação.

Integração dos Serviços à Nível Municipal: A integração dos serviços está no coração da estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde do MINSA, porém a integração enfrenta barreiras como o financiamento vertical dos doadores, programas centrais verticais e capacidade local frágil. Foram identificadas várias oportunidades: 1) aprimorar o alcance dos programas nacionais verticais afim de apurar o foco das funções nacionais tais como estratégia, informação nacional, educação e comunicação (IEC), orientação técnica, monitorização e avaliação; oferecendo ao mesmo tempo apoio político para a capacitação integrada, supervisão, aprovisionamento e sistemas de informação para o nível de prestação dos serviços, delegando a gestão e a implementação para o sector local; 2) as reformas e investimentos em recursos humanos devem apoiar propositadamente à prestação de serviços, incluindo a motivação dos trabalhadores da saúde para que alarguem suas capacidades e carga de trabalho; 3) as equipas de saúde provinciais podem desenvolver e administrar modelos de supervisão

integrados; e 4) O MINSA pode harmonizar os sistemas de informação através de programas verticais, incluindo produtos médicos.

Alcançar as Comunidades e Famílias: Existe um consenso no sentido de ir além da rede fixa de postos ou centros de saúde e chegar às comunidades e famílias com intervenções custo-efectivas em áreas tais como água, higiene, nutrição, cuidado neo-natal e seguimento de pacientes. A estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde propõe que os agentes comunitários sejam geridos a nível municipal; os municípios porém, já enfrentam desafios importantes na absorção de novas responsabilidades de financiamento e na administração dos postos e centros de saúde. A falta de clareza a respeito de qual seja o melhor caminho a seguir representa uma oportunidade para rever experiencias passadas e provar novos enfoques, na medida que a estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde começa a ser implementada. A baixa taxa de atendimento capacitado durante o parto e a existência de parteiras apoiadas pelo Ministério da Família é um argumento a favor de sua inclusão em qualquer avaliação de enfoques baseados na comunidade. As partes interessadas devem fazer uma monitorização sistemática e compartilhar lições aprendidas e até mesmo considerar uma avaliação formal. Adicionalmente, a promoção do auto-tratamento (geração de saúde na família) não pode ser deixada de lado como estratégia para melhorar os resultados sanitários, complementando o investimento angolano na prestação de serviços a partir das unidades sanitárias. Angola poderia utilizar canais alternativos para melhorar as práticas familiares, tais como as igrejas, os meios de comunicação e os comités de gestão de água.

Coordenação dos Doadores: A estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde oferece uma base clara para a coordenação dos doadores. Os novos projectos de saúde do Banco Mundial e da União Europeia fazem referência explícita a esta estratégia. Existem muitas oportunidades para melhorar a eficiência e os resultados. No entanto não existe um organismo formal ou um foro com escopo abrangente para dirigir os doadores do sector da saúde. A curto prazo os parceiros devem aproveitar organismos existentes tais como o Comité de Coordenação de Organismos na luta contra a Poliomielite e o Mecanismo de Coordenação Nacional associado ao Fundo Global. Os doadores poderiam também considerar a realização de reuniões regulares entre eles para compartilhar informação até que o MINSA estabeleça uma alternativa. A longo prazo deve ser estabelecido um organismo para a coordenação formal dos doadores, preferivelmente com informação dos estudos de experiencias dos ministérios de saúde em outros países africanos.

Além do Sector Saúde: Apesar de que esta avaliação está centrada no sistema sanitário, a coordenação com iniciativas de água, meio ambiente, agricultura, educação e subsistência tem o potencial de fornecer resultados significativos a nível de saúde. Por exemplo, a saúde ambiental (fornecimento de agua, saneamento e poluição) é um problema significativo em Angola. Os esforços locais e de doadores para resolver estes problemas oferecem a oportunidade de melhorar os resultados na saúde, governação e equidade. Desde 1999, o Programa de Pobreza Urbana de Luanda vem oferecendo água limpa a preços substancialmente reduzidos para os moradores, oferecendo também serviços de micro finanças e desenvolvimento empresarial. O sucesso com os membros da comunidade que contribuem para o custo do fornecimento de água limpa, sugere que os pacientes podem estar abertos a compartilhar custos a fim de obter serviços de qualidade que respondam às suas necessidades. A malnutrição é a principal causa associada à mortalidade em Angola, no entanto o enorme potencial agrícola do país ainda não está sendo utilizado. Na medida em que o governo e os doadores continuam a trabalhar para desenvolver o sector agrícola, existe a oportunidade de assegurar a criação de um vínculo forte entre segurança alimentar e nutrição. Também é necessário buscar oportunidades para incorporar mensagens a respeito de viver com saúde a outros esforços de desenvolvimento económico e de subsistência. Por exemplo o projecto SPREAD em Ruanda, um projecto de agro-negócios da USAID, acrescentou um componente de promoção da saúde ao seu trabalho com produtores de café.

O vínculo positivo entre educação materna e resultados na saúde infantil já está estabelecido há décadas. As melhorias na educação podem dar resultados importantes na saúde, ao melhorar a situação sanitária de mulheres e moças, melhorando portanto seus comportamentos em saúde; ao criar uma força de trabalhadores de saúde mais bem-educada, cria-se uma base mais forte para melhorar os recursos humanos de Angola para o sector saúde.

AMBIENTE PROPÍCIO

Existe um sentido de responsabilização incipiente porém crescente em relação aos pacientes e a comunidade, incrementado pelas eleições parlamentares de 2008, pela descentralização com foco nos municípios e as eleições presidenciais em 2012. A estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde oferece uma direcção clara, mais a favor dos pobres, centrada na saúde materno infantil. Alguns aspectos desta estratégia são claros e padronizados (sistemas de prestação de serviços fixos, incluindo referência entre níveis, pacotes básicos de benefícios, necessidade de supervisão integrada e sistemas de informação a nível municipal). Outros aspectos não estão claros e poderiam beneficiar-se da experimentação e criatividade como por exemplo agentes comunitários e financiamento da saúde pelo município. Existe um amplo acordo a respeito dos problemas e em muitos casos mesmo a respeito das soluções, porém nem sempre a respeito do "como" a nível operacional. Os líderes do sector público nem sempre sentem que tem a faculdade de agir, e no momento a preocupação está mais centrada no planeamento e a regulação e há menos ênfase na implementação.

1. ANTECEDENTES

Em 2005 o projecto Parceiros para a Reforma da Saúde *plus* (PHR*plus*) – predecessor do projecto Sistemas de Saúde 20/20 (HS 20/20) – realizou um a Avaliação do Sistema de Saúde em Angola (HSA) visando informar a programação do sector de saúde para Angola da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID). O HSA identificou os pontos fortes e vulnerabilidades relativas do sistema da saúde do país que incluíram o seguinte:

- Falta de capacidade institucional e de recursos humanos especialmente a nível provincial e municipal para a supervisão, análise e uso de dados, planeamento e preparação de orçamentos;
- Financiamento público da saúde insuficiente e não equitativo para o aprovisionamento dos produtos básicos necessários para a prestação de serviços (e.g. consumíveis, medicamentos, equipamentos, electricidade, agua potável) o que contribui para que algumas unidades sanitárias cobrem taxas de utilização;
- Os pontos fortes incluem o número de enfermeiras, planos do Ministério da Saúde e dos doadores para aumentar o esforço de capacitação, a motivação do pessoal do sector de saúde pública a múltiplos níveis, implementação de directrizes de qualidade (AIDI e saúde materna) e parcerias público privadas no sector saúde.

Adicionalmente a HSA priorizou os desafios específicos e baseado em contribuições das partes interessadas, propôs estratégias com resultados esperados (Tabela 2).

Desde então a USAID vem implementando uma série de projectos de saúde em áreas como a malária, HIV/SIDA, planificação familiar e saúde materna e infantil. Outros doadores tais como a União Europeia e alguns organismos das Nações Unidas (OMS, UNICEF, PNUD) também desenvolveram importantes actividades em Angola com o MINSA. Estes esforços geraram uma pletora de novos recursos de informação a respeito da condição do sistema de saúde em Angola e geraram alguns resultados. Actualmente o MINSA encontra-se no processo de conclusão de um plano de desenvolvimento do sistema sanitário e a USAID/Angola está a considerar a abordagem de um enfoque integrado para sua programação sanitária no país. Este é um momento oportuno para actualizar a avaliação de 2005 visando identificar os principais avanços desde então e informar as estratégias do MINSA e da USAID/Angola para o futuro. Os objectivos específicos desta avaliação são:

- Revisar novas fontes de dados que tenham ficado disponíveis desde 2005;
- Identificar áreas nas quais houve avanço desde a avaliação de 2005 e as estratégias que tiveram êxito;
- Identificar os desafios contínuos ao fortalecimento do sistema de saúde de Angola, prestando especial atenção aos recursos humanos, sistemas de informação de saúde, segurança dos produtos básicos, coordenação dos doadores e conversão do bom planeamento em acção. Todas são áreas de vulnerabilidade do sistema de saúde que continuam a impedir o desempenho dos programas da USAID;
- Desenvolver recomendações para ajudar a informar a estratégia de saúde do MINSA;

- Ajudar a informar a estratégia sanitária integrada USAID/Angola.

TABELA 2: RESUMO DOS RESULTADOS, RECOMENDAÇÕES E RESULTADOS ESPERADOS DA AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE EM ANGOLA DE 2005

Desafios Identificados	Estratégias Recomendadas	Resultados Esperados
Financiamento da Saúde		
• Financiamento inadequado e ineficiente da saúde pública (especialmente para custos recorrentes de atenção primária à saúde) • Planos e orçamentos de saúde vêm de cima para baixo • Baixa capacidade a nível provincial /municipal para planeamento e preparação de orçamento • Baixo nível de prestação de contas na execução dos planos de saúde e orçamentos a todos os níveis • Taxas cobradas aos utilizadores são altas e não transparentes	• Construir capacidade a nível provincial no planeamento e preparação do orçamento – especialmente no que tange a custos recorrentes • Monitorizar a implementação de planos e orçamentos de saúde • Fazer com que a cobrança das taxas aos utilizadores seja transparente • Construir capacidade local para administrar as receitas das tarifas cobradas aos utilizadores	• Aumento da capacidade e da prestação de contas à todos os níveis para a programação e gasto dos fundos da saúde pública • Aumento do financiamento para a atenção primária à saúde • Maior acesso da comunidade a serviços de atenção primária à saúde
Medicamentos Essenciais		
• Falta crónica de medicamentos essenciais devido à ruptura de stock: • Financiamento irregular • Falta de segurança nos armazéns regionais e provinciais • Insuficiência na transportação • Pessoal não treinado na gestão de stock	• Acordo de parceiros múltiplos com o MINSA e o Ministério de Finanças para assegurar um financiamento regular ao MINSA para a aquisição de medicamentos essenciais a câmbio de apoio externo coordenado para construir capacidade e fortalecer o sistema de distribuição nacional a todos os níveis	• Prestação de contas a nível nacional para a aquisição de medicamentos essenciais • Aumento da capacidade à todos os níveis para o aprovisionamento e distribuição de medicamentos essenciais • Melhoria da qualidade da atenção primária à saúde
Prestação de serviços		
• Falta de medicamentos essenciais, consumíveis, equipamento, água e electricidade • Níveis de atendimento não claramente definidos • Pessoal não treinado para o nível de atendimento necessário • Pessoal pode não ser o apropriado • Falta de supervisão para todos os serviços e iniciativas de saúde pública	• Coordenação dos doadores para assegurar o apoio aos programas nacionais e liderança na implementação • Capacitação em algumas províncias para implementar acções: • Supervisão formadora Formação no trabalho Monitorização da qualidade do atendimento e satisfação dos pacientes • Actualizar curriculum	• Melhor prestação de contas a nível nacional • Maior capacidade a nível provincial para melhorar a qualidade da atenção primária • Melhorar a prestação de contas no atendimento à comunidade • Maior qualidade e disponibilidade de serviços

Desafios Identificados	Estratégias Recomendadas	Resultados Esperados
Sector Privado		
• Sistema de saúde não presta contas no nível da comunidade • Aumentam os provedores do sector privado – a quem servem? • Reunir recursos empresariais para a saúde púbica	• Conselho de cidadãos para os centros de saúde • Contratos do MINSA para provedores de organizações sem fins de lucro ou do sector privado • Micro crédito para provedores privados • Coordenação entre empresas, os doadores e o MINSA	• Maior participação da comunidade na prestação de contas do sistema de saúde • Maior participação privada em populações alvo • Participação mais efectiva e coordenada de empresas na saúde pública
Informação Sanitária		
• Dados muito limitados (inquéritos) • Qualidade dos dados de rotina desconhecida • Faltam formulários, calculadoras e supervisão nos níveis inferiores • Fluxos de informação paralela • Informação não utilizada em níveis inferiores	• Avançar com os planos para realizar: • Inquéritos demográficos e sanitários • Mapeamento das instalações • Estudo dos custos da atenção primária • Censo	• Maior disponibilidade de dados confiáveis para a tomada de decisões

2. PANORÂMICA DO PAÍS

2.1 GERAL

A República de Angola está localizada na costa ocidental da África Subsaariana. É um dos maiores países do continente, com uma superfície de 1,2 milhões de km. Sua população está estimada em 17 milhões de habitantes (WDI 2009; estimativa 2007), dos quais 44% tem menos de 14 anos de idade e 57% moram em zonas urbanas (Estimativa do World Factbook da CIA de 2009). É um país multicultural e multilingue. Falam-se mais de 18 línguas nacionais, porém o português é falado pela maioria da população. Coexistem formas de vida moderna com as ancestrais. Política e administrativamente Angola está dividida em 18 províncias, 164 municípios e 557 comunidades.

Angola obteve sua independência em 1975, depois de 500 anos de domínio português e 14 anos de luta armada entre os colonizadores e o movimento nacionalista de Angola. Os grupos nacionalistas não conseguiram dividir o poder depois da independência. Com o apoio dos patrocinadores da Guerra Fria e sua riqueza mineral, os grupos enfrentaram-se numa terrível guerra civil que durou 27 anos. No final das contas um milhão de angolanos morreram, 4,5 milhões ficaram deslocados internamente e outros 450.000 fugiram do país como refugiados. Os dois maiores grupos que surgiram nessa época foram o *Movimento Popular de Libertação de Angola* (MPLA) e a *União Nacional para a Independência Total de Angola* (UNITA). A luta entre estes grupos durou até a morte do líder da UNITA em 2002. José Eduardo dos Santos do MPLA é o presidente desde que foi eleito pelo partido em 1979, e depois reeleito em 1992 na primeira eleição em que participaram múltiplos partidos. Em 2008 foram realizadas eleições legislativas e em 2012 será realizada uma eleição presidencial. Em Janeiro de 2010 foi promulgada uma nova constituição.

Quadro 1: Transformar a Saúde em Prioridade Nacional

As tendências demográficas actuais irão pressionar a estabilidade macroeconómica e política a menos que o governo invista na saúde reprodutiva e no sistema de saúde em geral.

A taxa actual de fertilidade e a distribuição de jovens de pouca idade em Angola permitem prever um crescimento acelerado da população, na medida em que uma proporção significativa entra em idade reprodutiva. Angola conta com vastas superfícies de terras cultiváveis e uma baixa densidade populacional. Porém as médias escondem uma aguda super população em áreas urbanas e a limitada capacidade da infra-estrutura do país (agua, saneamento, habitação, educação e saúde) e do mercado de trabalho para absorver o rápido crescimento da população.

É difícil confirmar a informação abaixo sem contar com um inquérito sobre os sistema de saúde (DHS ou outro semelhante), mas a prevalência da contracepção continua baixa (18% UNICEF 2008). Porém existem evidências de uma demanda insatisfeita por planificação familiar nos centros de saúde (pacientes que solicitam anticoncepcionais), segundo uma avaliação social recente, *"As mulheres queixaram-se do excessivo número de gravidezes"* (Banco Mundial 2010).

É necessário fazer advocacia com os Ministérios de Finanças e Planeamento para enfatizar o vínculo entre um sistema de saúde fraco e sem recursos suficientes, prevalência baixa de contracepção, alta taxa de fertilidade e a ameaça crescente de escolas super lotadas, jovens desempregados e outros resultados sociais e económicos.

A longa guerra deixou o país em ruínas, seu interior minado e o tecido social em frangalhos. As instituições políticas e económicas que durante a era colonial estiveram centralizadas para servir os

interesses de uma elite seleccionada, continuaram centralizadas. Angola está classificada nos últimos lugares na maioria das medidas de desenvolvimento sócio económico. O índice de desenvolvimento humano do Programa de Desenvolvimento da ONU (PNUD) classifica o país no 143° lugar dentre 182 países, o que representa uma leve melhora em comparação com 2003 quando ocupava o 160° lugar dentre 177. O Banco Mundial calcula a renda nacional bruta *per capita* em $5.030, o que é relativamente alto para a África Subsaariana; porém 70% da população de Angola vive com menos de US$ 2 por dia (relatório do desenvolvimento humano do PNUD de 2009). O Anexo A apresenta uma série de indicadores comparativos para Angola e África Subsaariana: económicos, de governação, financiamento da saúde, recursos humanos e físicos, farmacêutico, sector privado e sistema de informação sanitária.

Angola tem uma enorme riqueza natural. É o quarto produtor do mundo de diamantes brutos, os diamantes representam 95% das exportações não petrolíferas e a receita bruta das vendas de diamantes duplicou-se, de US$ 638 milhões em 2002 para US$ 1,2 bilhões em 2006, a receita do governo mais do que triplicou de US$ 45 milhões para US$ 165 milhões durante o mesmo período de cinco anos (Parceria África - Canadá 2007). Angola é o segundo produtor de petróleo na África Subsaariana e sétimo fornecedor dos Estados Unidos. A produção de petróleo actualmente encontra-se em 2 milhões de barris por dia e está aumentando; contando com as actividades concomitantes, a industria do petróleo contribui com aproximadamente 85% do produto interno bruto(PIB) (World Factbook da CIA) e com 75% da receita do governo. O PIB de Angola cresceu rapidamente, numa média de 16% ao ano de 2004 a 2008, em 2009 sofreu uma desaceleração devido à queda nos preços do petróleo. A riqueza dos recursos naturais e o rápido crescimento da economia, aliados à crescente estabilidade política desde o fim da guerra representam uma oportunidade única de progresso e prosperidade.

2.2 SAÚDE

2.2.1 SITUAÇÃO DA SAÚDE

A disponibilidade de dados sobre a saúde em Angola é limitada. Não foi feito nenhum inquérito demográfico e sanitário no país e a última fonte confiável para indicadores de saúde foi o Inquérito por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (MICS) de 2001. Apesar de que o relatório final do novo MICS (*Inquérito sobre o Bem-Estar da População*, IBEP) realizado em 2008 ainda não foi publicado, os dados preliminares deste inquérito encontram-se disponíveis (ver os indicadores correspondentes nas tabelas 3 e 4).

Os indicadores de saúde materna, infantil e reprodutiva de Angola são os piores da África Subsaariana. O coeficiente de mortalidade materna foi estimado em 1.400 mortes maternas por cada 100.000 nascidos vivos em 2007 (World Development Indicators 2009) enquanto a mortalidade infantil em crianças com menos de cinco anos de idade está sendo relatada como 195 por 1.000 nascidos vivos em 2008 (IBEP, UNICEF 2008). A taxa de fertilidade total está estimada em 5,8 nascimentos por mulher (UNICEF 2007). Apesar de que melhorou significativamente a prevalência de contraceptivos (todos os métodos) desde 2001, ela ainda é baixa, com 18% (IBEP, UNICEF 2008).

A média da expectativa de vida está estimada em apenas 38,2 anos para homens e 42 para mulheres. A malária é reportada como a principal causa de mortalidade e morbilidade no país com um total de 3,25 milhões de casos e 38.000 mortes devidas a malária notificadas em 2003 (Inquérito Indicador da Malária em Angola, USAID, 2006-7). Um pequeno número de doenças, tais como a malária, doenças diarreicas agudas, infecções respiratórias agudas, sarampo e tétano neo-natal são directamente responsáveis por 60% das mortes infantis, a pesar do facto de que é relativamente fácil prevenir ou tratar estas doenças à nível de atenção primária da saúde e com melhores práticas e cuidados em casa (MINSA 2004b). A

malnutrição é a principal causa associada da mortalidade em crianças com menos de cinco anos de idade (UNICEF, MINSA, DNSP. 2007).

TABELA 3. INDICADORES DA SITUAÇÃO DA SAÚDE

Indicador	Medida	Angola		África Subsaariana	
		Fonte	Dados	Fonte	Dados (anos)
Expectativa de vida	Expectativa de vida ao nascer (anos)	OMS 2004	38 (homens) 42 (mulheres)	OMS 2004	47 (homens) 49 (mulheres)
Taxa de mortalidade infantil	Mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos	MICS 2001 IBEP 2008	115.7 150	WDI 2009	79 (2007)
Mortalidade em crianças com menos de cinco anos	Mortalidade infantil por cada 1000 nascidos vivos	MICS 2001 WDI 2009 (dados de 2007) IBEP 2008	250 158 195	WDI 2009	124.9 (2007)
Coeficiente de mortalidade materna	Mortes maternas por cada 100.000 nascidos vivos	PNUD2007 WDI 2009	1400 -1700 1400	WDI 2009	832 (2005)
Taxa de fertilidade	Número de nascimentos por mulher até o final de sua vida fértil	OMS 2004 UNICEF 2007	6,7 5,8	WDI 2009	4,9 (2007)
Prevalência de crianças de baixo peso com menos de cinco anos de idade	Baixo peso por idade está a > 2 desvios padrão da média	MICS 2001 UNICEF 2007	31% 16%	OMS	24,9 (2001)
Prevalência do VIH	Prevalência do VIH em adultos (15-49 anos)	UNGASS 2010	2.0%	UNAIDS 2008	5,75 (2007)

Existem uma série de factores que contribuem para os baixos indicadores de saúde relacionados aos serviços de saúde, aos sistemas de saúde, às práticas sanitárias domesticas, à pobreza e ao meio ambiente. A Tabela 4 mostra alguns indicadores de serviços de saúde que reflectem o desempenho do sistema de saúde.

TABELA 4. INDICADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Indicador	Medida	Angola		África Subsaariana	
		Fonte	Dados (ano)	Fonte	Dados (ano)
Médicos no sector público	Médicos por 100.000 habitantes	MINSA OMS SIS	7.7 (1997) 5 (2000[a])	HDR OMS SIS	32 (1991) 16 (1995-2003)
Acesso a medicamentos	% da população com acesso a medicamentos essenciais	OMS	20 (2001)	n/d	n/d
Cobertura da vacina contra difteria, pertussi e tétano (DPT) (terceira dose)	% de crianças vacinadas entre 12 e 23 meses	MICS OMS	24 (1996) 34 (2001[b]) 83 (2007)	SOWC[c]	46 (1999) 85,2 (2007)

Indicador	Medida	Angola		África Subsaariana	
		Fonte	Dados (ano)	Fonte	Dados (ano)
Cobertura da vacina contra a poliomielite	% de crianças vacinadas entre 12 e 23 meses	MICS	28 (1996) 63 (2001[b])	SOWC[c]	48 (1999)
Partos em centros de saúde	% de partos com atenção de pessoal da saúde capacitado	MICS WDI-2009	22 (1996) 45 (2001[b]) 47,3 (2007)	SOWC[c] WDI-2009	39 (1995-2000) 59,1 (2007)
Consultas pré-natais	% de mulheres grávidas que recebem uma ou mais consultas pré-natais	MICS IBEP 2008	64 (1996) 66 (2001[b]) 69 (2008)	SOWC[c]	64 (1995-2000)
Uso de anticonceptivos	% de mulheres em idade fértil que usam alguma forma de anticonceptivo	MICS IBEP 2008	8 (1996) 6 (2001[b]) 18 (2008)	SOWC[c] WDI-2009	22 (1995-2000) 15,8 (2001)

Notas: OMS SIS = Sistema de Informação Estatística da OMS, HDR = Relatório de Desenvolvimento Humano (PNUD), MICS = Inquérito por Agrupamento de Indicadores Múltiplos, SOWC = Situação das crianças no mundo (UNICEF), WDI = Indicadores de Desenvolvimento Mundiais. IBEP = Inquérito sobre o Bem-Estar da População, UNGASS = Sessão Especial da Assembleia Geral da ONU (UNGASS) para VIH/SIDA .

a) Estimativa baseada apenas em médicos do Serviço Nacional de Saúde publicada no *Anuário Estatístico do MINSA* (MINSA 2000).

b) MICS 2001 (Plano Operacional da Malária 2003) só cobriu as áreas acessíveis durante a guerra.; c) UNICEF (2002).

O perfil epidemiológico de Angola está ainda dominado por doenças e condições sanitárias contra as quais é possível conseguir grande impacto no nível familiar. Os dados limitados disponíveis a respeito da geração de saúde no lar mostram a necessidade de uma maior promoção da saúde para melhorar o conhecimento, as atitudes e as práticas (CAP). Por exemplo, segundo o Inquérito de Indicadores da Malária em Angola de 2006-7, apenas 20.7% das crianças com menos de cinco anos de idade dormiam protegidas por um mosquiteiro. Em termos de saúde reprodutiva um inquérito CAP realizado pelo projecto ESD, financiado pela USAID na província de Luanda em 2009, mostra que o motivo mencionado com maior frequência pelas mulheres para o não uso de anticonceptivos foi falta de conhecimento (33%), seguido pela desaprovação da sogra (32%), desaprovação do marido (29%), e preocupações relacionadas à privacidade /confidencialidade (26%). Em termos de nutrição, apenas 31,1% das mães utilizavam exclusivamente o aleitamento materno para alimentar os seus filhos até os seis meses de idade, o que apesar de baixo, é uma melhoria em relação a 2001 quando só 14% o faziam.

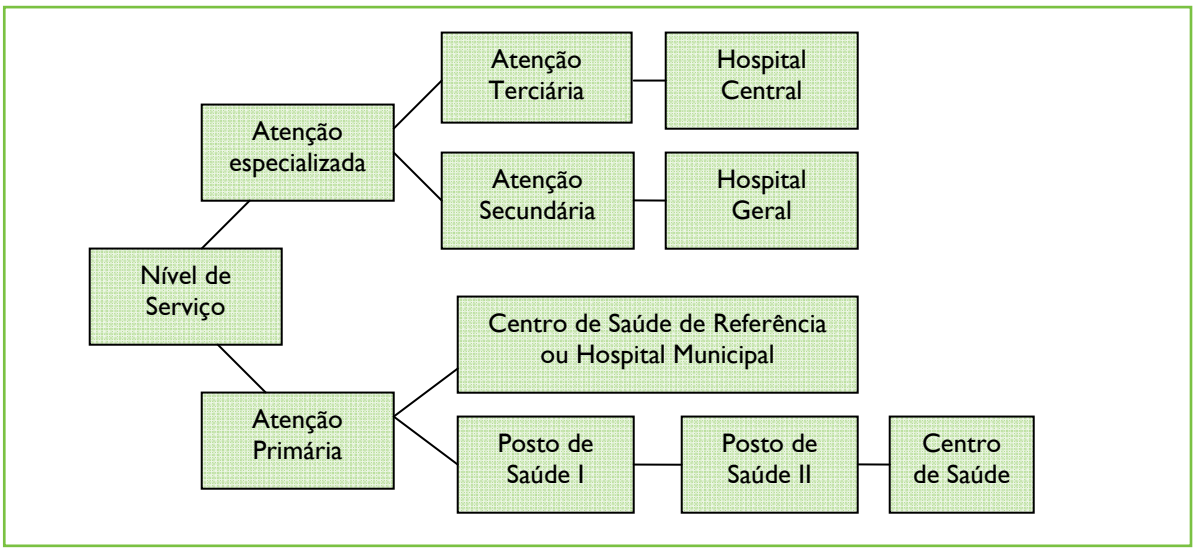
Os problemas de saúde relacionados ao meio ambiente continuam a ser um fardo significativo para Angola. 42% da população tem acesso a alguma uma fonte de água potável melhorada e 60% utilizam uma instalação sanitária melhorada (IBEP, UNICEF 2008). As populações semi-urbanas vivem perto de montanhas de lixo não recolhido e de água estagnada. Menos de um quarto da população de Luanda tem saneamento básico (Hodges 2004). Com base nos registos de mortes em Luanda, o plano acelerado do governo para reduzir a mortalidade materna e infantil (MINSA 2004b) observou que, "…as causas ambientais tem maior importância do que as biológicas para determinar a mortalidade das crianças angolanas."

2.2.2 SISTEMA DE SAÚDE

A estrutura do MINSA continua sendo a mesma de 2005 (Figura1). A prestação de serviços de saúde está dividida em três níveis (primário, secundário e terciário), que correspondem aos três níveis de governo (municipal, provincial e nacional). O MINSA executa seu papel de guia e orientação técnica através de toda uma série de dependências (por exemplo o departamento de planeamento conhecido como GEPE) e programas de saúde verticais com apoio de parceiros tais como a União Europeia,

agências da ONU e do governo dos EUA. Os governos municipais e provinciais estão passando por uma importante transição na medida em que o sistema de saúde está a descentralizar a responsabilidade pelo atendimento primário do nível provincial para o municipal.

FIGURA 1: NÍVEIS DE ATENDIMENTO DE SAÚDE



Angola herdou o sistema de saúde colonial que servia quase exclusivamente aos colonizadores e não era adequado para satisfazer as necessidades de saúde da população local. A guerra prolongada que irrompeu logo após a independência impediu o desenvolvimento de um sistema de saúde adequado até pouco tempo atrás, quando a guerra finalmente acabou. Depois de décadas de destruição, nos primeiros anos de paz houve uma corrida para investir no desenvolvimento do sector de saúde. Este investimento porém não esteve necessariamente de acordo com as prioridades da saúde da população, pois foi realizado sem muita informação ou planeamento (MINSA 2008). Nos últimos cinco anos, importantes acontecimentos no governo de Angola e no apoio dos doadores começaram a dirigir o sistema de saúde de Angola para uma estratégia de fortalecimento mais informada e sistematizada.

Em 2001 o Governo de Angola começou oficialmente o processo de descentralização, no entanto este processo não se materializou no sector de saúde até alguns anos mais tarde. O sistema de saúde agora vem dando os primeiros passos em direcção à descentralização, transferindo responsabilidades e decisões do nível central para os níveis provincial e municipal. Com o apoio da União Europeia e dos organismos da ONU, o MINSA desenvolveu uma estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde detalhada, que guiará o processo de descentralização. No coração desta estratégia encontra-se o deslocamento de programas verticais para a atenção integrada. O MINSA está também no processo de criar perfis de saúde provinciais abrangentes (Mapas Sanitários), gerando uma quantidade sem precedentes de informação que está sendo utilizada para informar a estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde. Nesse meio tempo, o investimento da USAID está sendo usado para construir capacidade a nível municipal (no sector de saúde e outros) visando planejar, administrar e oferecer um atendimento melhor.

O Governo de Angola vem também investindo pesadamente em infra-estrutura nos últimos cinco anos. As novas estradas tem melhorado de maneira significativa o tempo e a segurança da transportação dentro do país e centenas de novas instalações foram construídas em todo o território nacional (Tabela 5).

TABELA 5: CONSTRUÇÃO DE UNIDADES SANITÁRIAS EM CINCO PROVÍNCIAS 1976–1999 E 2000-2006

Província	1976-1999	2000-2006	Total
Luanda	18	28	46
Benguela	18	50	68
Huambo	6	90	96
Bié	3	25	28
Huíla	33	66	99
Total	78	259	337

Fontes MINSA e PASS 2008

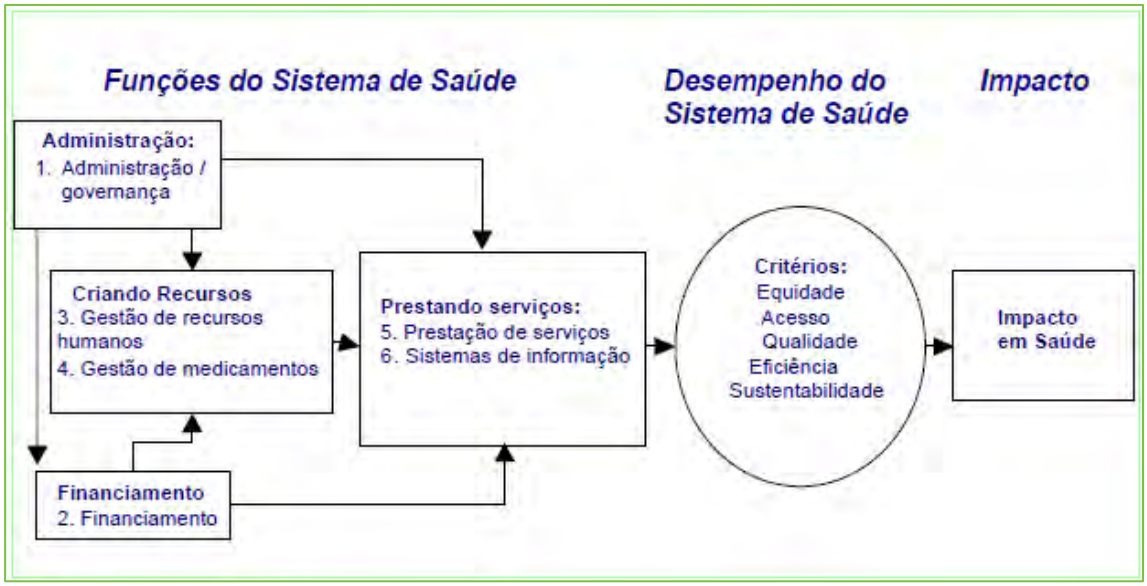
A pesar de que o sistema de saúde angolano ainda enfrenta muitos dos mesmos desafios que enfrentava em 2005 os acontecimentos dos últimos cinco anos tem sido passos importantes para posicionar o MINSA para que realize mudanças significativas e duradouras.

3. METODOLOGIA

3.1 ENQUADRAMENTO PARA O ENFOQUE DA AVALIAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

A avaliação foi adoptada do Enfoque para a Avaliação dos Sistemas de Saúde: O Manual (Islam 2006), que foi aplicado em pelo menos 14 países em desenvolvimento. O enfoque HSA está baseado no quadro de sistemas de saúde da OMS para as seis funções dos sistemas de saúde (OMS 2000), conhecido posteriormente como "blocos de construção" (Ver figura abaixo). A metodologia de avaliação consiste numa análise do desempenho do país baseada num conjunto de indicadores reconhecidos internacionalmente, uma análise documental, entrevistas com informantes chave e um seminário com as partes interessadas para validar os resultados preliminares e discutir recomendações.

FIGURA 2: QUADRO DA OMS PARA AS SEIS FUNÇÕES DE UM SISTEMA DE SAÚDE



Numa avaliação rápida, a equipa não recolhe dados primários quantitativos. A equipa consolida e analisa os dados disponíveis em todos os componentes do sistema de saúde para avaliar o desempenho do sistema de saúde como um todo e identifica obstáculos e oportunidades situadas transversalmente entre múltiplos componentes.

Este enfoque foi adaptado das expectativas específicas da USAID/Angola em 2010 tal como foi documentado no escopo do trabalho da equipa (Anexo D). A singularidade do trabalho reside no facto de que em 2005 foi feita uma avaliação similar utilizando uma versão piloto da metodologia HSA. Os objectivos da USAID/Angola para a avaliação de 2010 são:

- Revisar novas fontes de dados disponíveis desde 2005;
- Identificar áreas de progresso nacional desde 2005 e estratégias bem-sucedidas;

- Identificar os obstáculos para o fortalecimento do sistema de saúde de Angola, com atenção particular à: recursos humanos, sistemas de informação de saúde, gestão de medicamentos, coordenação entre agências cooperativas e tradução de bons planos em acções;
- Desenvolver recomendações para informar a estratégia de saúde do Ministério de Saúde;
- Informar a nova estratégia de saúde do governo dos EUA para Angola a ser desenvolvida internamente em Julho de 2010.

3.2 FASE 1: ANÁLISE DOCUMENTAL E ENTREVISTAS

A primeira fase da avaliação de Angola consistiu numa análise documental. Os documentos de base (ver Anexo G) a respeito de Angola em geral e o sistema de saúde especificamente foram identificados através de uma pesquisa pela internet, recomendações da USAID/Angola, USAID/W, e informantes chave contactados antes da visita a Angola. Os dados para 80 indicadores da OMS, Banco Mundial, DHS, UNICEF, UNAIDS, e outras fontes internacionais foram compilados da Base de Dados de Sistemas de Saúde (www.healthsystems2020.org), incluindo a média dos benchmarks para um grupo comparador regional, a África Subsaariana e um grupo comparador para renda: países de rendas médias baixas (ver Anexo A).

A equipa fez duas teleconferências com a equipa de saúde da USAID/Angola e reuniu-se com vários funcionários do Bureau para África da USAID/W, Escritório do VIH/SIDA, Bureau da Democracia e Governação e outros com longa experiência em Angola. Uma rodada inicial de informantes chave foi identificada e a USAID/Angola gentilmente ajudou na organização das reuniões.

3.3 FASE 2: EM ANGOLA

Durante um período de 14 dias a equipa da avaliação entrevistou em campo, vários dos envolvidos à nível nacional, provincial, municipal e nas unidades sanitárias (ver programa na página 28). As respostas foram registadas em cadernos pelos entrevistadores e analisadas para a identificação de padrões entre os diferentes entrevistados. A equipe visitou basicamente centros de saúde primária e autoridades da saúde pública em duas províncias (Luanda e Huambo), dois projectos (Projecto SES – Projectos Essenciais da USAID e o Projecto Pathfinder), e participou de um foro com a sociedade civil durante três dias, que juntou mais de 20 ONGs locais envolvidas em VIH/SIDA. A equipa coordenou também com funcionários da Iniciativa Presidencial para a Malária que também estava em Angola naquele momento para comparar resultados a respeito de assuntos farmacêuticos.

Cada membro da equipe apresentou um sumario de seus resultados para os módulos que lhes foram atribuídos e em seguida toda a equipa resumiu os resultados, enfatizando as principais descobertas em todos os indicadores de desempenho do sistema de saúde. A partir deste trabalho foram desenvolvidas recomendações. Os resultados preliminares e as recomendações foram apresentados ao mesmo tempo à USAID/Angola e ao MINSA. No 13° dia da visita foi realizado um seminário com 40 participantes que incluíram representantes da USAID/Angola, do MINSA, dos doadores, organismos da ONU, sector privado, organizações não governamentais (ONGs) e organizações da comunidade (ver Anexo C).

Programa Da Avaliação dos Sistemas de Saúde em Angola Durante a Visita Realizada de 5-21 de Abril de 2010

Sab	Dom	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
3	4	5 Equipa viaja para Angola	6	7 Chegada a Luanda 15:30 USAID reunião com Bart, Domingas, Giselle 16:30 Orientação sobre segurança	8 9:00 OMS 10:30 UNAIDS 12:00 UNICEF 14:30 Projecto Pathfinder 16:00 Projecto Serviços Essenciais de Saúde(SES)	9 9:00 Consaúde 11:00 DPS Luanda 14:00 OMS/Genebra equipa para RH 16:00 USAID teleconferência a respeito de levantamento de custos para VIH/SIDA
10 Redigir relatório	11 *Denise, Maria e Giselle viajam para a província de Huambo*	12 8:30 10:00 MINSA 12:00 Visita com MINSA PMU para Fundo Global 14:00 USAID Preparar agenda para seminário com partes interessadas	13 *Catherine e Ana Johansen (USAID), e Sanson (SES) visitam Viana* RMS Posto Km30 Centro de Saúde 500 Casas	14 9:30 GEPE Aran Palao 10:00 GEPE Daniel António 11:00 INLS 12:00 Visita ao local do seminário 14:00 OMS Dr. Coulibaly 16:00 USAID Funcionário D&G Ronca 18:00 Reunião da equipa	15 8:30 Foro da Sociedade Civil ANASO 9:00 MINSA RH/FP 10:00 MINSA PMU para Fundo Global 14:00 UE Preparar apresentação para o seminário	16 9:00 Direcção de Medicamentos 9:00 ANASO 10:00 GEPE 12:00 Coordenador da Revitalização Municipal 14:00 MINSA Recursos Humanos Preparar material para seminário
17 Redigir relatório	18 15:00 Reunião com USAID/Angola e MINSA para rever a apresentação ao seminário	19 9:00 Seminário de desenvolvimento Preparação para a reunião com as partes interessadas	20 Reunião com as partes interessadas 8:30 – 14:00 Reunião da equipa para conclusões	21 Partida da equipa	22	23

4. MÓDULOS TÉCNICOS

4.1 GOVERNAÇÃO

Governação em sistemas de saúde diz respeito à elaboração e implementação de regras efectivas para políticas e programas, incluindo também o modo de conduzir as actividades necessárias à consecução dos objectivos do sector de saúde. Essas regras determinam quais actores sociais desempenharão quais papéis e com quais responsabilidades, de modo a alcançar os objectivos propostos. De acordo com o escopo conceitual de governação para os fins desta avaliação (Brinkrhoff e outros 2008), governação em saúde envolve três principais conjuntos de actores:

Actores do Governo: quer sejam políticos, responsáveis pela elaboração de políticas ou funcionários do governo, estes actores da burocracia do sector público da saúde são primordiais. Dentre eles, estão o Ministério da Saúde, órgãos de seguro social e saúde bem como entidades públicas responsáveis pelo aprovisionamento e distribuição de produtos farmacêuticos. No entanto, outros actores do sector público, fora da área de saúde, também podem desempenhar um papel importante como, por exemplo, os comités parlamentares da saúde, as agências regulatórias, o Ministério das Finanças, diferentes entidades de supervisão e prestação de contas, bem como o sistema jurídico.

Prestadores de Serviços de Saúde: dependendo das peculiaridades de cada sistema de saúde em diferentes países, este grupo pode incluir prestadores do sector público, privado e voluntário. A categoria de prestador também inclui as instituições de apoio aos prestadores do sector como: seguradoras, indústria farmacêutica, fabricantes e fornecedores de equipamento.

Beneficiários, usuários do serviço e a população em geral: este grupo pode ser classificado de diversos modos: por exemplo, por nível de renda (pobres em contraposição aos não-pobres), localização geográfica (rural / urbano), categoria de serviço (saúde materno-infantil, saúde reprodutiva, assistência geriátrica), tipo de doença ou afecção (VIH, SIDA, tuberculose, malária, etc.) ou por crença religiosa (adesão a determinados valores e costumes).

Na maioria dos países em desenvolvimento, os doadores constituem um quarto tipo de actor que pode ter uma influência significativa nos outros actores e no desempenho do sistema de saúde em geral. Os financiamentos externos, por exemplo, representam, em média, 22% do total de gastos com saúde nos países da África Subsaariana, embora apenas 7% em Angola.

A avaliação de governação diz respeito ao grau de sucesso desses actores no desempenho de actividades que perpassam todos os demais componentes do sistema de saúde. Os critérios utilizados para avaliar governação em uma macro dimensão incluem voz e responsabilização, estabilidade política, eficácia governamental, estado de direito, qualidade da regulação e controlo da corrupção. Nesse contexto, esta secção descreverá a governação no sistema público da saúde em Angola.

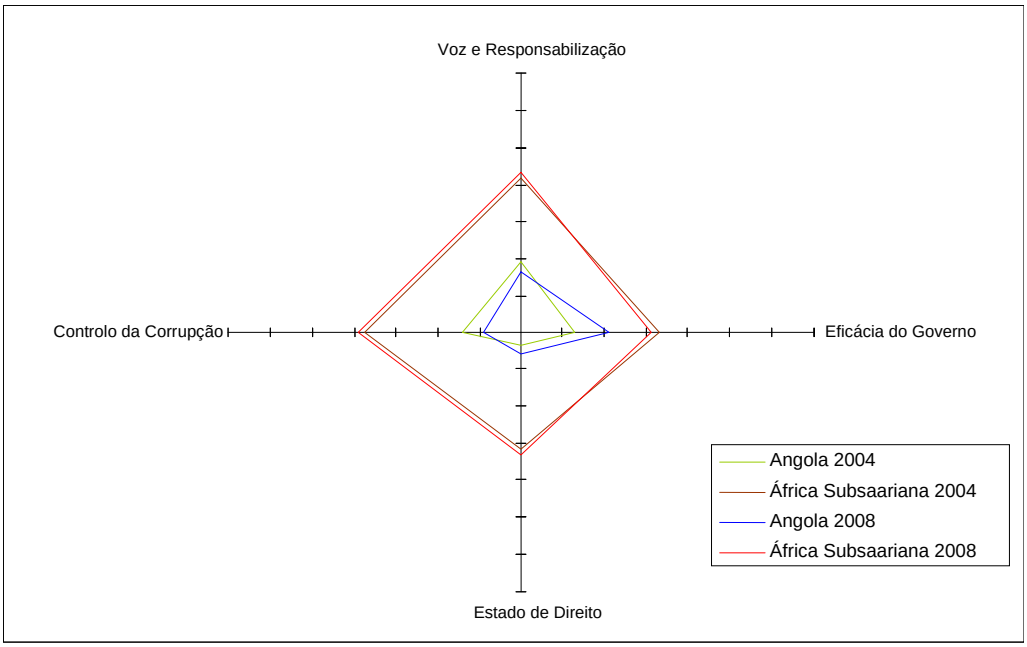
TABELA 6: O QUE HÁ DE NOVO DESDE 2005 EM GOVERNAÇÃO

2005	2010
• Existência de uma lei estabelecendo a descentralização de algumas funções do governo (DL 17/99) • Estratégia de implementação indefinida • Carência de apoio legal e regulador para a implementação • Inexistência de informações para orientar o processo de decisão • Governação percebida internacionalmente como fraca	• Implementação de descentralização fiscal no âmbito municipal (DL 2/07) • Estratégia municipal para saúde identificada e implementada • Crescente actividade da sociedade civil • Alguma melhora na classificação internacional quanto à eficácia governamental e estado de direito • Nova constituição comprometida com políticas que promovem serviços gratuitos de cuidado primário

4.1.1 VISÃO GERAL

Angola continua com uma baixa classificação segundo os indicadores da Corruption Perceptions Index (CPI - Índice de Percepções da Corrupção), tanto em termos absolutos quanto em comparação com os países da África Subsaariana (ASS). Embora tenha havido progresso na pontuação quanto à eficácia governamental e estado de direito, no que se refere aos indicadores de voz, responsabilização e controlo da corrupção houve um declínio em Angola ao mesmo tempo em que, na região, era registada uma ligeira melhora. Os indicadores relativos à qualidade das leis e respeito aos contratos, polícia e nível de violência são particularmente baixos.

FIGURA 3. INDICADORES DE GOVERNAÇÃO SELECCIONADOS PARA ANGOLA E ÁFRICA SUBSAARIANA



Fonte: Indicadores de governação do Banco Mundial 2004, 2008

Em geral, reconhece-se que o período de cerca de 30 anos de Guerra civil que se seguiu à independência comprometeu severamente a evolução das práticas democráticas e institucionais. Considerando o precário contexto político, social e económico da época, pode-se entender a alocação recessiva de recursos e patrimónios públicos para uma elite minoritária, em sacrifício de uma parcela maioritária da população.

A Tabela 7, abaixo, apresenta a estrutura política do governo de Angola, por nível administrativo, juntamente com a correspondente estrutura do sistema de saúde. O presidente e o parlamento são eleitos por escrutínios nacionais, porém todos os actores dos estados nos escalões abaixo são nomeados, com excepção dos tradicionais líderes locais cujas posições são herdadas. Esta estrutura reflecte a estratégia de desenvolvimento nacional de descentralização fiscal e administrativa que, deliberadamente, exclui a correspondente dimensão política nos níveis das províncias e dos municípios. A implementação da política de descentralização se faz sentir no sector social, inclusive no da saúde, através de um processo conhecido por "revitalização municipal".

TABELA 7: ESTRUTURA POLÍTICA DE ANGOLA E SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE POR NÍVEL ADMINISTRATIVO

Nível	Estrutura Política		Sistema de Saúde	
	Executivo	**Legislativo**	**Governação**	**Unidades da Saúde**
Nacional	Presidente: eleito Ministros por sector são nomeados pelo Presidente	Assembleia Nacional: eleita Comissão parlamentar da saúde, meio ambiente, e assuntos sociais	Ministério da Saúde responsável por políticas/planeamento, regulação, capacitação, programas de saúde pública, aprovisionamento de medicamentos essenciais	Hospitais nacionais e especializados
Província (18)	Governador nomeado pelo Presidente Governador indica equipe de servidores das directorias provinciais para cada sector (saúde, educação, etc.)	Nenhum	Directorias provinciais de saúde responsáveis pelos hospitais provinciais e municipais, centros e postos de saúde.	Hospitais provinciais
Municípios (164)	Administrador nomeado pelo governador Equipa de gestão municipal para serviços sociais (saúde, educação, outros)	Emergente	Equipas de gestão da saúde municipal são os principais responsáveis pelos centros e postos de saúde	Hospitais municipais e centros de saúde
Comunidades	Nomeados pelo administrador municipal, ou hereditário (Soba)			Postos de saúde

a) Não inclui o sistema militar de saúde que representou seis por cento das despesas públicas de saúde em 2001

Várias instituições doadoras internacionais dão apoio aos objectivos de desenvolvimento do Governo de Angola. O Comité de Coordenação Inter-agências (ICC) continua sendo citado como o mais regular e eficiente órgão de coordenação de doadores. Actualmente o ICC é o principal responsável pela coordenação das actividades de erradicação da poliomielite e inclui autoridades no nível do Ministério

da Saúde (MINSA), Organização Mundial de Saúde (OMS), UNICEF, Rotary Internacional, USAID e o grupo CORE das Organizações Não Governamentais (ONGs). 2

4.1.2 DESCENTRALIZAÇÃO E REVITALIZAÇÃO MUNICIPAL

Os últimos cinco anos foram testemunhas de um grande impulso para implementar políticas nacionais de desenvolvimento através da descentralização[3] administrativa e fiscal iniciada por ocasião da promulgação, pelo Governo, do Decreto da Administração Local, em 1999 (Lei 17/99). O estilo de implementação da política de descentralização pode ser descrito como incremental, ou seja, os componentes relevantes para a estratégia vão sendo definidos e implementados por etapas.

Como parte de uma vasta reforma administrativa em 2001 (Reforma Administrativa do Estado), a responsabilidade pelo planeamento e implementação da prestação de serviços para o sector social foi descentralizada, sendo transferida para os governos provinciais sob os auspícios dos governadores indicados pelo Presidente. Essa transferência de responsabilidade não foi acompanhada de qualquer orientação específica ou prescritiva de como tal processo deveria ocorrer e aos governadores provinciais foi delegado total poder discricionário para executar os orçamentos da forma que lhes conviesse.

Em Agosto de 2007, o "Plano de Melhoria da Gestão Municipal" (Shaxson e outros 2008) foi aprovado (Decreto 2/07). Este documento definiu o papel do município como unidade básica responsável pela gestão dos serviços municipais. O administrador municipal, indicado pelo Governador Provincial, deverá contar com o respaldo e assessoria da Repartição Municipal de Saúde – RMS. O administrador municipal indica os membros da RMS. Este documento também reconhece os Conselhos de Auscultação e Concertação Social (CACS) como autoridades comunitárias, além dos tradicionais líderes comunitários sobas como interlocutores entre a sociedade civil e os órgãos do governo. Entretanto, como os sobas recebem incentivos pecuniários provenientes do Orçamento Geral do Estado (OGE), terminam por ser, na realidade, representantes do governo mais do que das comunidades.

Os municípios tornaram-se unidades orçamentais (que podem fazer dispêndios autonomamente, sem a necessidade de autorizações por parte de instituições supervisoras) a partir de 2008 e 68 municípios foram escolhidos como pilotos desta descentralização fiscal. Em 2008 e 2009 esses municípios receberam, independentemente de seu tamanho, USD 5 milhões além de assistência técnica do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), para a formulação de estratégias municipais e planos de operação (perfis municipais) no âmbito do Programa de Desenvolvimento Municipal financiado em conjunto pela USAID, Chevron e outros. Sob esta iniciativa, a RMS (Repartição Municipal de Saúde) recebeu a atribuição de elaborar os planos do sector de saúde e actuar junto ao administrador municipal para que estes sejam implementados.

---

[2] O grupo CORE (Cooperação e Recursos para a Sobrevivência da Criança) é um grupo de ONGs e doadores que trabalham com questões específicas como poliomielite ou VIH/SIDA.#

[3] A descentralização administrativa envolve transferir importantes responsabilidades de planeamento e implementação para trabalhadores civis nos níveis de base que estão sob a jurisdição de governos locais eleitos. A descentralização fiscal implica em atribuir uma autoridade substancial no tocante a receitas e despesas para governos de nível intermediário e local. A descentralização em Angola adquire a forma de desconcentração através da qual muitas funções e responsabilidades, tais como aquelas associadas à execução do orçamento, são transferidas para os níveis mais baixos (do funcionalismo público) sem estar acompanhadas da correspondente autoridade para tomada de decisão.

TABELA 8: POLÍTICAS CHAVE, LEGISLAÇÃO E PLANOS ESTRATÉGICOS

Políticas chave / Legislação / Planos estratégicos	Descrição
Lei 9/75	Criação dos Serviços Nacionais de Saúde
Lei 1992	Lei versando sobre Associações estabelece limites na capacidade das organizações da sociedade civil de influenciar políticas públicas
Decreto lei 1993	Regula as actividades das associações da sociedade civil, incluindo uma série de cláusulas que limitam a liberdade de associação
Lei nº 21-B/92 de 21 de Agosto de 1992	Conhecida como a Lei Básica do Sistema de Saúde Nacional, refere-se à reorganização dos serviços nacionais de saúde à luz do novo esquema de financiamento da saúde que prevê taxas por utilização
Decreto lei 15/96	Estabelece os princípios que regem o Conselho Nacional de Estatística (CNE) e o Instituto Nacional de Estatística (INE)
Decreto lei 17/99 e revisão	Cria o arcabouço legal para a descentralização
Decreto nº 54/03	Regula cada nível do REGUSAP (Regulação do Sistema de Atendimento Primário)
2004/2005	Adoptada/modificada a estratégia para redução da pobreza. Objectivos dos estados são a inclusão, reabilitação, reconstrução, estabilidade económica, crescente direito de acesso à educação, saúde e outros serviços básicos
Decreto lei 2/07	Cria as Equipas de Gestão da Saúde nos Municípios e reforça a condição de desconcentradores dos governadores provinciais e municipais
Decreto lei 8/08	Concede a condição de unidades orçamentárias a determinados municípios. 68 municípios foram escolhidos como pilotos do sistema de desconcentração fiscal
Estratégia para o país UE-Governo de Angola 2008-2013	Descreve o Programa Indicativo Nacional para financiamentos pela União Europeia, com a reforma institucional e económica e de governação, desenvolvimento humano e social, desenvolvimento rural, segurança alimentar e agrícola
Constituição de 2010; Artigo 21(f) "Obrigações do Estado"	Estabelece como responsabilidade do governo a promoção da assistência universal e gratuita dos cuidados primários da saúde

4.1.3 VOZ

No contexto da governação, voz se refere à capacidade dos pacientes/beneficiários de expressarem seus interesses como grupo de uma forma organizada que seja "ouvida" pelo governo. Em Angola, de modo geral, a sociedade civil pode ser caracterizada como em evolução mas ainda fraca, um fenómeno que pode ser observado no sector da saúde. A descentralização e o surgimento de foros municipais bem como de comités comunitários são indicativos dessa evolução.

Duas importantes organizações de coordenação vêm crescendo e se capacitando melhor nos últimos 20 anos: CONGA (Comissão das ONG Internacionais em Angola) e FONGA (Fórum das ONG de Angola) que lideraram a primeira conferência da sociedade civil de Angola. Além disso, a ANASO (Rede Angolana das Organizações de SIDA) é um consórcio de ONGs que amadureceu ao ponto de receber financiamentos directamente de organismos internacionais.

Existem muitas outras ONGs menores, bem como grupos organizados, o que sinaliza uma melhoria geral ou amadurecimento da sociedade civil. Dentre estes, pode-se mencionar grupos de jovens, comités para uso da água e associações para moradias. Em princípio, essas organizações têm agora um espaço para expressar sua voz e assim contribuir com subsídios para o planeamento municipal e comunal através dos Conselhos de Auscultação e Concertação Social (CACSs). Segundo importantes fontes de informação, existe hoje um sentimento crescente de responsabilização do estado em relação à

população, especialmente no tocante ao fornecimento de água e moradia, havendo esperanças de que esta atmosfera se prolongue mesmo após as próximas eleições presidenciais em 2012. A descentralização em prol dos municípios é vista como uma oportunidade para o fortalecimento da expressão da comunidade, já que esta estará mais próxima do representante do governo, o qual desfrutará de maior poder. Pode-se citar o surgimento de foros municipais e comités comunitários para a administração do suprimento de água, por exemplo, como precursores dos conselhos eleitos que estão por vir. Por outro lado, a mobilização de 164 municípios demanda maior força de trabalho do que a de 18 províncias. A coordenação das ONGs no nível municipal é um dos papéis propostos para as repartições municipais de saúde dentro da estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde (ver a Quadro 7 na secção Prestação de Serviços) e, caso isso venha a se materializar, poderá fortalecer a capacidade de mobilização comunitária naquele nível.

4.1.4 CAPACIDADE DE RESPOSTA

A capacidade de resposta diz respeito à capacidade do governo de "ouvir" e agir em relação aos anseios expressos. Aqui, como no caso da voz, há várias perspectivas. Embora a constituição garanta a liberdade de expressão e existam hoje mais oportunidades de expressão, cada vez com maior alcance, o estatuto anti-difamação protege os servidores públicos de quaisquer manifestações consideradas "ofensivas" a estes. Não obstante, as eleições parlamentares de 2008 chamaram a atenção pelo facto de diversos jornais e estações de rádio privados terem veiculado críticas ao governo.

A estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde pode ser considerada um importante avanço no desenvolvimento de uma abordagem transparente e receptiva em relação aos objectivos, planeamento, orçamento, despesas e dados relativos ao sector da saúde. Actualmente, não existem mecanismos assegurando que os funcionários nomeados como responsáveis pela implementação da política de descentralização irão buscar subsídios junto à população ou partes interessadas (grupos de vulnerabilidade, grupos com uma demanda específica de saúde, etc.) acerca de prioridades, serviços e recursos. Por exemplo, a ruptura de stocks de fármacos pode se constituir em uma questão concreta a respeito da qual a população iria se manifestar.

Na medida em que são nomeados pela administração das províncias, as autoridades municipais não prestam contas à população. Presumivelmente, se fossem eleitos democraticamente, haveria maior estímulo para uma interacção mais intensa. O que mais se aproxima de uma representação popular ou comunitária são os CACS, entidades ainda muito recentes na maioria dos municípios, ou os líderes tradicionais sobas, cuja posição é hereditária mas que, como mencionado anteriormente, têm seu posicionamento comprometido pelo fato de receberem incentivos pecuniários directamente do Orçamento Geral do Estado (OGE). Partindo da premissa de que a descentralização/ revitalização continuará a ganhar impulso e que as organizações da sociedade civil conseguirão ter cada vez mais voz, é provável que o público e outras partes interessadas também melhorem seus desempenhos em termos de ouvir e serem receptivos.

4.1.5 VISÃO GERAL TÉCNICA

O MINSA desempenha seu papel de liderança e orientação técnica mediante vários departamentos (por exemplo, o departamento de planeamento conhecido por GEPE – Gabinete de Estudo, Planeamento e Estatística) além dos programas nacionais de saúde que contam com o respaldo de parceiros como a União Europeia (EU), agências das Nações Unidas (ONU) e o governo norte-americano. Os governos provinciais e municipais estão passando por uma importante transição na medida em que ocorre a descentralização do sistema de saúde, que transfere a responsabilidade pelos cuidados primários do nível provincial para o municipal. Os vários institutos e programas verticais de âmbito nacional do MINSA (ver organigramas sob Sistema de Informação sobre Saúde (SIS) e Prestação de Serviços) são

responsáveis pela supervisão técnica. Como exemplos, citamos o Departamento de Saúde Reprodutiva, o Programa Nacional de Controlo da Malária, Programa da Tuberculose, e o Instituto para VIH/SIDA. Cada um exerce sua supervisão mediante a formulação de directrizes (protocolos e padrões), análise de dados sobre a saúde que sejam relevantes para doenças ou serviços, capacitação de trabalhadores da saúde, assim como desenvolvendo formulários e ferramentas.

Há várias iniciativas, muitas delas apoiadas por doadores, com o intuito de melhorar a capacidade do governo não apenas na elaboração de protocolos e padrões mas também na supervisão das implementações nos diferentes níveis. O Mecanismo de Coordenação Nacional (CCM) que é responsável pela coordenação das propostas técnicas para o Fundo Global também amadureceu notadamente nos últimos cinco anos e exerce uma forte liderança. A avaliação de 2005 realçou a ineficiência dos esforços múltiplos de obtenção de dados, supervisão e capacitação vertical. O problema é reconhecidamente um desafio para a estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde que demanda a integração de vários subsídios verticais no nível municipal onde as qualificações clínicas do pessoal, a supervisão, a prestação do serviço, o sistema de informação e os inventários de medicamentos deveriam ser unificados.

4.1.6 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Autoridades municipais e provinciais estão, actualmente, recebendo apoio para que possam desenvolver as capacidades de planeamento, orçamentação e administração dos serviços de saúde de acordo com suas áreas de responsabilidade.

Até a presente data, os serviços de saúde não são organizados e financiados de modo a oferecer incentivos ao público, ONGs e prestadores privados, no sentido de melhorar o desempenho da prestação dos serviços. Entretanto, há esforços para desenvolver ferramentas que poderão prover a base para que isso aconteça no futuro, à medida que o sistema de saúde amadureça. Dentre estas constam as ferramentas desenvolvidas pela USAID/Pathfinder para uma prestação de serviços de saúde com qualidade. Para maiores informações a este respeito, favor consultar o capítulo sobre prestação de serviços.

O público e outras partes interessadas não estão impedidas de se reunirem com os gerentes (directores) das unidades de saúde (hospitais, centros médicos, clínicas) para tratar de questões como eficiência ou qualidade dos serviços. Entretanto, até o período em que este relatório foi elaborado, a equipa de avaliação não teve conhecimento de qualquer foro formal para esse tipo de reunião.

4.1.7 INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO E ADVOCACIA

Com o apoio e advocacia de parceiros nacionais e internacionais, o MINSA vem evoluindo para um planeamento baseado em evidências. Actualmente estão disponíveis mais estudos e documentos relativos à situação do sistema de saúde do que em 2005. Nos municípios que receberam um apoio substancial e com foco definido dos programas financiados por doadores, fica claro que os provedores de serviços souberam fazer bom uso das evidências nos resultados dos programas, satisfação do cliente, e outras informações relativas à saúde de maneira a melhorar a qualidade dos serviços prestados. Por exemplo, observou-se na província de Huambo que os prestadores de serviços locais puderam utilizar informações obtidas nos mapas sanitários do município e evidências dos resultados do programa para pressionar as autoridades de saúde da província a fim de melhorar o suprimento de equipamentos básicos. Esta é uma área que deveria continuar sendo uma prioridade nos programas futuros, dado que se presta a estimular a crescente participação local para melhorar as iniciativas.

As unidades de saúde no nível dos cuidados primários (hospitais municipais, centros e postos de saúde) não fazem o rastreamento da alocação e utilização de recursos porque não são unidades orçamentais e, portanto, não controlam quaisquer recursos. O mais perto que chegam em termos de gestão de recursos é o sistema de administração de inventários de medicamentos. Do mesmo modo, dados sobre utilização dos serviços e inquéritos epidemiológicos são registados pelas unidades mas estas informações não refluem de modo a dar subsídios para a monitorização e para os processos de tomada decisão. Os resultados tampouco estão disponíveis para a apreciação da população ou partes interessadas em tempo hábil (por exemplo, o último *Anuário* com estatísticas nacionais da área de saúde data de 2006).

Informações sobre a qualidade e o custo dos serviços de saúde, que poderiam ser úteis aos clientes para escolherem seus prestadores ou unidades de saúde, não estão disponíveis para o público. Esta é uma área que começou a receber atenção e pode ser considerada para maiores investimentos. Vale ressaltar que o Governo de Angola vem investindo no desenvolvimento de um sítio na Internet onde o MINSA tem seu próprio portal. Tais esforços visam aumentar a transparência do Ministério e melhorar o acesso à informação. Novas adições são postadas em bases regulares e o sítio, nitidamente, vem recebendo cada vez mais dados embora possa ser argumentado que a grande maioria da população angolana não terá acesso a essas informações ainda por algum tempo em função da precária infra-estrutura do país.

4.1.8 DIRECTIVAS, SUPERVISÃO E RECURSOS

Existem várias políticas nacionais para atender diversos aspectos da prestação de serviços de saúde em Angola. Foram elaborados protocolos para VIH/SIDA, malária, tuberculose e várias outras enfermidades e afecções, juntamente com os padrões correspondentes, além dos códigos profissionais de conduta, incluindo os procedimentos para certificação, que estão sendo divulgados junto às instituições de capacitação, unidades de saúde e prestadores de serviços de saúde. As declarações de conflito de interesse, no entanto, nunca foram institucionalizadas. Existem procedimentos para divulgação, investigação e julgamento de casos de má alocação ou mal uso de recursos. Na realidade, durante o período de recolha de informações para este estudo, a equipa de trabalho testemunhou a interposição de uma queixa formal contra autoridades provinciais de saúde por ocasião de uma reunião rotineira com lideranças da Direcção Provincial de Saúde (DPS) a respeito da venda ilegal de medicamentos da rede pública em uma farmácia privada. As autoridades policiais foram notificadas e foi solicitado o ajuizamento de uma acção legal.

Entretanto não existem mecanismos, procedimentos ou instituições aos quais os clientes, prestadores de serviços ou partes interessadas possam recorrer para lutar contra preconceitos e injustiças relacionados ao direito de acesso aos serviços e recursos da área de saúde. A posição do governo nacional sobre tais assuntos, inclusive sobre prioridades nacionais e posições estratégicas gerais para orientar a formulação de regulamentos e leis apropriadas, é expressa muitas vezes através da Política Nacional de Saúde. Há exemplos de supervisão feita por outros actores não-governamentais como os comités de supervisão institucionais ou ouvidorias. A sociedade civil (incluindo organizações profissionais, ONGs especializadas em saúde, meios de comunicação em geral) dispõe de capacidade limitada para exercer a supervisão das instituições públicas e privadas, ou das ONGs, quanto ao modo como estas prestam atendimento e custeiam os serviços de saúde. Há um reconhecimento generalizado de que esta é uma área que merece mais atenção.

4.1.9 DOADORES E COORDENAÇÃO DE DOADORES

A exemplo da situação em 2005, Angola ainda carece de mecanismos formais para a coordenação dos doadores deste sector. No entanto, existem diversos órgãos de coordenação:

- O ICC continua sendo apontado como o órgão de coordenação de doadores mais regular e eficiente. É constituído pelo escalão mais alto do MINSA, OMS, UNICEF, Rotary Internacional, USAID e o CORE, embora o escopo deste último esteja limitado à erradicação da poliomielite;

- O Mecanismo de Coordenação Nacional (CCM), do Fundo Global, é multissectorial mas concentra-se em três doenças;

- O Grupo Técnico de Trabalho de Monitorização e Avaliação é multissectorial e faz reuniões mensais para supervisionar os planos estratégicos do governo de Angola relativos a VIH/SIDA;

- Fórum dos Parceiros da Malária – o fórum é, hoje, presidido pelo Consaúde. Este fórum, originalmente incentivado pelo PMI, foi criado com o objectivo de coordenar todas as intervenções relacionadas à malária. Actualmente se reúne de forma não rotineira. O fórum foi recriado no nível provincial em algumas províncias (por exemplo, Huambo) onde existe uma forte presença de doadores nos programas de malária;

- Conselho Nacional da Criança, da UNICEF, e 12 vice-ministros, incluindo os Ministérios de Planeamento, Trabalho, Educação, Justiça e Saúde. Consta que seu funcionamento é bom;

- Em um nível provincial e mais operacional, a Direcção Provincial de Saúde de Luanda (DPS Luanda) dispõe de múltiplos parceiros no planeamento dentre as repartições municipais de saúde (RMS), os programas alargados de vacinação (PAV), Projecto SES da USAID, e outros. Seus representantes se reúnem regularmente para a coordenação das actividades relativas a sete objectivos principais na área de saúde, coordenação dos valores de diárias, capacitação, recolha de dados, estudos, eventos de divulgação assim como intervenções para assegurar consistência e sinergias.

Embora Angola tenha poucos doadores operando no sector de saúde em comparação com a maior parte dos países da África Subsaariana, a coordenação precária junto aos doadores representa uma oportunidade perdida de alavancar a ajuda externa em saúde de maneira a maximizar seus impactos positivos. O Mapa de Doadores e as entrevistas realizadas com representantes locais revela uma ampla concordância quanto à definição dos problemas prioritários do sistema de saúde de Angola, que seriam, por exemplo, recursos humanos, sistemas de informação e medicamentos. Entretanto, esse mesmo consenso pode acarretar duplicidade de intervenções na ausência de uma coordenação sistemática dos doadores. Um exemplo claro seria o fato de que a OMS está ajudando o MINSA em uma avaliação dos recursos humanos, o programa Health Metric Network (Rede da Métrica de Saúde – HMN) analisará o sistema de informações de recursos humanos (RH) enquanto que um novo programa do Banco Mundial inclui, nos termos de referência, um plano de desenvolvimento de RH; além desses, o governo norte-americano está em considerações sobre como contribuir nesta área.

A contribuição dos doadores em Angola para aprimorar a governação se dá através da adopção de bom sistema de aprovisionamento, gestão e práticas de responsabilização. Alguns exemplos: o CCM, do Fundo Global, que inclui representantes da sociedade civil; processo de planeamento inclusivo do PMI para o aprovisionamento e distribuição de medicamentos para malária; e análise dos gastos públicos em 2004 e 2008 feita pelo Programa de Apoio ao Sector de Saúde (EU PASS) da União Europeia. Os especialistas têm sido incentivados a trabalhar a partir do sector público, como fazem os técnicos em malária da OMS presentes em cada província e os ex-funcionários do EU PASS no Gabinete de Estudo, Planeamento e Estatística (GEPE), a fim de apoiar os esforços locais em prol da boa governação nessas instituições.

O Mapa de Doadores do Anexo B resume os programas de doadores em curso e os projectados para o sector de saúde, dos quais participam o governo norte-americano e outras agências multi e bilaterais. Vale mencionar que tanto o Banco Mundial quanto a União Europeia estão finalizando um novo projecto de saúde baseado na estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde. Em conjunto, os dois projectos contemplam um volume total de recursos da ordem de USD 100 milhões, cronogramas semelhantes cobrindo de 2011 a 2014/15 e, deliberadamente, seleccionaram províncias diferentes – o Banco Mundial actuando em 6 e a EU em 5 províncias. Os subsídios para os projectos tendem a ser bem diferentes, sendo o investimento mais vultuoso do Banco Mundial voltado para a capacitação clínica, infra-estrutura, viaturas, inventários reguladores de medicamentos, e outras "ferramentas" enquanto o projecto de menor envergadura da União Europeia deve consistir basicamente em assistência técnica seguindo a mesma orientação do projecto anterior do EU PASS. Ambos tem por objectivo vincular as intervenções nacionais e as de nível municipal.

4.1.10 SUMÁRIO

Esta secção resume o desempenho da governação em saúde segundo critérios de avaliação para sistemas de saúde.

TABELA 9: DESEMPENHO DA GOVERNAÇÃO

	Equidade	Acesso	Eficiência	Qualidade	Sustentabilidade
Pontos fortes e oportunidades	Comparado a 2005, há uma nítida evolução, por parte do Governo de Angola, em direcção a maior transparência e planeamento estratégico em todos os sectores. Isto se deve, em grande parte, aos esforços dos doadores e inclui uma ênfase na criação e utilização de uma base de evidências como parte integral das actividades de planeamento, bem como o comprometimento efectivo de todos os níveis do governo. Embora o MINSA faça parte deste movimento geral, nem todas as partes do Ministério estão caminhando na mesma direcção e com a mesma velocidade. Há uma excelente oportunidade de apoiar o fortalecimento da governação no sistema de saúde através da agenda de desenvolvimento social mais ampla e também devido ao facto de importantes doadores estarem, no momento, revendo seus próprios planos estratégicos para o país. A existência de um modelo único de Política Nacional de Saúde que estabelece as prioridades estratégicas e os instrumentos de implementação, dentre os quais as estratégias de financiamento, facilita o desenvolvimento e alinhamento de diversas outras políticas relativas à saúde pública. As actividades de fortalecimento do sector da saúde podem alavancar acções e experiências adquiridas com as iniciativas de vários doadores e grupos militantes que trabalharam com actividades locais e nacionais, assim como grupos comunitários com vivência em governação em outros sectores como agricultura, habitação e suprimento de água. Uma questão ainda sem resposta é a do papel do sector privado no sentido de ampliar a transparência e responsabilização no planeamento e implementação de serviços e produtos de saúde, ou quanto à garantia de qualidade, uma vez que não existem até então mecanismos de supervisão.				
Pontos fracos e ameaças	Embora a orientação estratégica venha crescendo e ganhando impulso, ainda é fraca a capacidade dos responsáveis pelo planeamento estratégico e implementação de planos. Isto é particularmente verdadeiro no caso de autoridades e representantes nos níveis municipal e comunitário. Não existem ainda mecanismos para o engajamento pleno desses indivíduos e desenvolver tais capacidades exigirá algum tempo. É bom saber que alguns exemplos de sucesso já ocorrem em outros sectores, especialmente no nível das comunidades, o que sugere que a participação da população nas questões da governação local em termos dos serviços é alcançável. A própria natureza do governo nacional de coalizão faz com que a formulação de políticas abrangentes seja um desafio. Isto pode estar reflectido na falta de um mecanismo de coordenação dos doadores cobrindo todo o sector, sendo que as várias políticas relativas à saúde que surgem correm o risco de serem contraditórias ou de competirem entre si, deixando assim certas áreas desatendidas. Além do mais, se por um lado pode-se argumentar que a falta de directivas firmes do governo nacional teoricamente daria espaço para a definição de prioridades e de soluções em nível local, o facto é que a protecção das				

	Equidade	Acesso	Eficiência	Qualidade	Sustentabilidade
	populações mais vulneráveis não está ainda assegurada. Isto se vê exacerbado pelo fato da corrupção no governo, que permeia até os níveis mais baixos, continuar a ser considerada como um problema nacional. Dentre as ameaças à boa governação no sector da saúde constam a fragilidade política do país. A importância de eleições nacionais não pode ser exagerada. Junto com as eleições nacionais, vem a "ameaça" de mudanças no conselho de ministros e de um efeito dominó nas províncias. A formulação de políticas e os procedimentos legislativos podem ser interrompidos e dados/evidências passíveis de terem uma repercussão desfavorável podem ser vedados. É a razão pela qual muitas iniciativas no sector da saúde são empreendidas e prosseguem sob a chancela de programas pilotos, uma vez que as autoridades governamentais são percebidas como muito pouco transparentes.				

4.2 FINANCIAMENTO DA SAÚDE

O financiamento da saúde está relacionado a três funções: mobilização, mutualização/alocação de recursos e compra de serviços de saúde. Houve mudanças significativas em Angola, na maioria positivas, nestas três funções como consequência de tendências macroeconómicas e reformas políticas (ver Tabela 10). Devido à falta de dados tais como despesas domésticas, e ao atraso na publicação de outros dados, como gastos com saúde pública, a comparação entre 2005 e 2010 reflecte anos anteriores em que os dados estão disponíveis.

TABELA 10: O QUE HÁ DE NOVO DESDE 2005 NO FINANCIAMENTO DA SAÚDE

2005 (ref 2000-2005)	2010 (ref 2003-2010)
1. Recursos públicos limitados para cuidados primários (25% do gasto total com saúde pública em 2002)	1. Dispêndio público no atendimento primário cresceu 415% alcançando 33% do total de gastos públicos em saúde (2005)
2. Execução orçamental 70-80% (2000-02)	2. Execução orçamental 62-75% (2003-05)
3. Investimentos em infra-estrutura sem qualquer critério (2005)	3. Investimentos em infra-estrutura orientados por "mapas sanitários" detalhados de 11 províncias (2008-2010)
4. Dispêndio do governo com saúde é somente 4-6% do gasto total [a] (2000-2002)	4. Governo despendeu em saúde somente 4,7% do total de gastos (2003-06)
5. Províncias administram orçamentos das despesas operacionais no nível de cuidados primários (2005)	5. Transição da gestão orçamental das despesas operacionais com cuidados primários para níveis municipais (2008-10)
6. Pacientes pagam taxa de uso em algumas das unidades de cuidado primário (2005)	6. Eliminado o pagamento da taxa de uso em unidades de cuidados primários (2008)
7. Nenhum plano de seguro-saúde público ou privado (2005)	7. Surgem planos seguro-saúde privados (2009)

a) Comparado à media de 9% dos países da ASS e meta de Abuja de 15%

A OMS está ajudando o GEPE, do MINSA, a realizar a primeira Contabilização Nacional da Saúde (NHA) em Angola para o período de 2006 a 2008. A NHA é uma metodologia reconhecida internacionalmente para monitorização de todos os dispêndios de saúde em um país, abrangendo desde as fontes de recursos até provedores e usuários. Infelizmente, não havia dados preliminares disponíveis por ocasião deste relatório.

4.2.1 VISÃO GERAL

Angola está em posição favorável em relação à região da África Subsaariana (ASS) no que se refere a diversos indicadores importantes relativos à financiamento da saúde (Tabela 11). Em 2006, o dispêndio

per capita foi estimado em USD 71 (OMS 2006), que vem a ser o mesmo que a média da região e substancialmente maior do que os USD 37 calculados pela Comissão de Macroeconomia e Saúde como pacote básico. O dispêndio familiar do próprio bolso é estimado em menos que 20 por cento, bem abaixo da média de quase 40 por cento da ASS. No entanto, o dispêndio real do agregado familiar é desconhecido e um pequeno estudo realizado em 2007 indicou que este poderia ser bem mais elevado (OMS, Angola 2009, pág. 7). Além do mais, Angola é bem menos dependente de financiamentos externos para a saúde do que seus vizinhos - 7 por cento contra 22 por cento.

TABELA 11: DESEMPENHO DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE EM ANGOLA COMPARADO À ÁFRICA SUBSAARIANA (ASS)

Indicador financiamento da saúde	Angola 2006	Média regional 2006 ASS	Interpretação
Dispêndio total com saúde per capita (USD)	USD 71	USD 72	Mesmo que ASS e bem acima do nível recomendado de USD 37
Dispêndio do próprio bolso como % do total gasto em saúde	13.4%	49%	Angola menos dependente em dispêndios em dinheiro que ASS
Dispêndio de doadores com saúde como % do total gasto em saúde	7%	22%	Angola menos dependente de financiamento externo
Dispêndio governamental em saúde como % do total de gastos do governo	5%	9.6%	Governo bem longe da meta de Abuja de 15%
Total gasto em saúde como % do PIB	3%	5%	Baixo comparado com ASS
Gastos das família, do próprio bolso, como % do dispêndio privado com saúde (medida de mutualização de risco)	100%	78%	Mutualização de risco privado limitada; mas financiamento de saúde pública pode ser considerado uma forma de mutualização do risco

Fonte: OMS 2006

Não obstante o significativo aumento do dispêndio governamental na área de saúde em termos absolutos, de USD 213 milhões em 2002 para estimados USD 800 milhões em 2006, a parcela dos gastos com saúde em relação ao dispêndio total ficou estagnada no baixo patamar de quatro a cinco por cento no período 2003-2006. Trata-se de uma queda em relação aos seis por cento verificados em 2001. Os gastos em saúde como percentual do PIB também são estimados pela OMS como sendo inferiores a três por cento desde 2001, em oposição aos cinco por cento na região. Finalmente, há até bem pouco tempo, havia uma mutualização limitada de risco onde os recursos transitam através de seguros de saúde públicos ou privados. Entretanto, o financiamento governamental da saúde, que representa mais que 80 por cento do total de dispêndios em saúde, é considerado uma forma de mutualização de risco

4.2.2 MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS

O financiamento da saúde pode ser mobilizado tanto de fontes internas quanto externas. Existem três principais fontes internas: o governo, os agregados familiares e os empregadores.

Governo: o governo é a maior fonte de financiamento da saúde, representando, segundo estimativas, 81 por cento do total de gastos. A economia de Angola cresceu muito rapidamente, em média 16 por cento em termos reais no período de 2004-2008, quando os preços do petróleo estiveram muito elevados (FMI 2009, pág.16). Isto permitiu ao governo aumentar seus dispêndios em saúde e outros sectores, "... em média de 18 por cento em termos reais durante 2006-2008" (FMI 2009, pág.7). O gasto público com saúde mais do que dobrou, passando de USD 447 milhões em 2005 para bem mais de USD 1,0 bilhão em 2008 (ver Tabela 12). A queda abrupta dos preços do petróleo no final de 2008 conduziu a uma crise financeira em 2009. Em meados de 2009, foi elaborado um novo orçamento com o

objectivo de reduzir os dispêndios previstos, especialmente em bens e serviços assim como em investimentos de capital. As estimativas são de que os gastos públicos com saúde devem cair ligeiramente em relação a 2008 mas ainda devem se situar acima de USD 1,0 bilhão. Um acordo de crédito contingente com o FMI (empréstimo de USD1,4 bilhão) estimula reformas a fim de estabilizar os gastos governamentais em níveis sustentáveis no longo prazo. [4]

As reformas fiscais incluem o controlo de gastos, a saber: "os gastos sociais serão mantidos no patamar de 30 por cento do total de dispêndios, a média histórica nos anos recentes. A massa salarial crescerá 4 por cento em termos reais para acomodar o aumento das contratações de pessoal em educação, saúde e outros sectores sociais. Foi estabelecida a meta de manter o orçamento de capital constante em termos reais, com projecção de gastos principalmente em desenvolvimento de infra-estrutura" (FMI 2009). Com a ajuda do projecto EU PASS, o GEPE concluiu uma excelente análise sobre o financiamento da saúde pública para 2000-2005 que possibilita que as parte interessadas possam monitorizar as despesas usando diferentes referenciais para comparações. Entretanto, nenhuma dessas análises foi realizada desde 2005.

TABELA 12: DESPESAS PÚBLICAS TOTAIS E DESPESAS COM SAÚDE 2001-2009

Cenário 1: Saúde como % do total de despesas públicas consideradas como fixas em 5% em 2006-2009	**2001**	**2002**	**2003**	**2004**	**2005**	**2006**	**2007**	**2008**	**2009**
	Real	**Real**	**Real**	**Real**	**Real**	**Est**	**Est**	**Prelim**	**Proj**
PIB (milhões de USD)	8.936	11.386	13.956	19.800	30.632	45.168	59.263	84.945	68.632
Total de despesas públicas (milhões de USD)	4.386	5.401	6.141	7.095	10.159	14.273	20.742	35.337	29.512
Saúde como % do total de despesas públicas	6,01%	3,95%	4,86%	4,42%	4,40%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
Despesas públicas com saúde (milhões de USD)	264	213	299	314	447	714	1.037	1.767	1.476
Despesas públicas com saúde per capita em saúde (USD)	19,1	15	20,4	20,8	28,8	44,7	63,1	104,4	84,8
População estimada (milhões)	13,80	14,23	14,64	15,09	15,53	15,98	16,44	16,92	17,41

Fonte: 2001-2005 FMI para PIB; Principia 2007 para todos os outros dados; 2006-2009: cálculos do FMI e autores

Agregados familiares: Desde 2005, a mais importante mudança ocorrida foi a eliminação da cobrança da taxa de uso na rede de prestação de serviços de saúde no nível de cuidados primários (postos, centros e hospitais municipais). Uma avaliação social (Banco Mundial 2010 e PAD, pág.25)[5] realizada pelo Banco Mundial constatou que os usuários percebiam as taxas de uso como uma barreira ao acesso aos serviços de saúde. Em Huambo, em 2005, onde adoptava-se consistentemente a política de gratuidade, a rede de prestação de serviços de saúde costumava dar aos pacientes uma lista de suprimentos que estes deveriam comprar para seu tratamento específico, contribuindo assim para um imenso mercado informal de produtos farmacêuticos. Nas províncias onde as taxas de utilização eram cobradas não havia regulamentação para os valores das taxas nem para a destinação de sua receita. Algumas unidades da rede usavam tal receita para cobrir custos que deveriam ser cobertos pela província (ver fluxos de recursos ao final desta secção). Um pequeno estudo em 22 unidades da rede em cinco províncias em

[4] Por exemplo, Angola está considerando a criação de um fundo soberano para poupar as receitas proveniente do petróleo quando os preços estiverem em alta e sacar do fundo quando os preços estiverem em baixa, de modo a garantir a estabilidade e previsibilidade dos gastos públicos no longo prazo.

[5] A avaliação social constou de grupos de discussão em uma área urbana e em uma área rural em cada uma das províncias de Malange e Bengo.

2005 (OMS 2009, pág. 6-7)[6] mostrou que a receita proveniente das taxas de uso representavam quatro por cento do total dos custos das unidades da rede, uma média de 23 por cento dos custos extra folha de pagamento como média de todos os tipos de unidade de saúde, e 53 por cento dos custos extra folha de pagamento entre os centros de saúde.

Desconhece-se qual é o encargo real das famílias em Angola com o financiamento da saúde. Pela primeira vez em 2008, uma pesquisa por agrupamento de indicadores múltiplos (MICS) incluiu um módulo com dispêndios detalhados mas os resultados ainda não se encontram disponíveis. O resultado do MICS 2008 tem importância vital para revelar se as famílias pagam taxas "de facto" quando compram medicamentos e suprimentos não oferecidos na rede pública.

Empregadores: a partir de 2005 todas as grandes empresas forneciam algum tipo de cobertura de saúde para seus empregados, quer seja em clínicas in situ, ambulatórios da própria empresa ou em instalações hospitalares independentes contratadas. Essa cobertura era extensiva aos dependentes dos empregados e até mesmo aos empregados terciarizados em certos casos. Empresas públicas como SONANGOL e Endiama são grandes empregadores que oferecem benefícios para os empregados. Recentemente, planos de seguro de saúde privados tornaram-se acessíveis aos empregadores – ver a secção abaixo sob título Mutualização. O próximo NHA apresentará uma estimativa da parcela financiada pelos empregadores.

Fontes externas: conforme já comentado anteriormente, quando comparado à ASS, Angola é bem menos dependente de ajuda externa, mantendo-se no patamar médio de sete e meio por cento do total de despesas com saúde desde 1995 em comparação aos 22 por cento registados na ASS em 2006. Os doadores principais são a União Europeia, o Fundo Global, o Banco Mundial e o Governo dos Estados Unidos, incluindo o PEPFAR (Plano de Emergência para o Alívio da SIDA do presidente norte-americano)e a PMI (Iniciativa Presidencial contra a Malária). Em termos agregados, os doadores contribuem com aproximadamente USD 75-80 milhões em bases anuais. A China também financiou a recuperação de instalações hospitalares como parte de um amplo plano de construção da infra-estrutura para estradas, edifícios públicos, habitação, assim como outras obras públicas. Cuba fornece bolsas de estudo para estudantes de medicina e alguns médicos, apesar do fato que muitos médicos cubanos são contratados pelo MINSA. Além dos doadores multi e bilaterais, muitas ONGs internacionais e organizações de cunho religioso continuam financiando serviços de saúde em Angola, frequentemente em áreas remotas, com recursos próprios e como intermediários dos doadores. A prestação dos serviços de saúde tende a ser feita em coordenação com as autoridades municipais e provinciais mas em menor escala com o MINSA. Dentre as organizações de cunho religioso estão o Hospital São Lucas, Caritas e o Hospital Divino Benefício que tem convénio com a província de Luanda para formar o quadro de pessoal com funcionários do governo da área de saúde.

4.2.3 MUTUALIZAÇÃO E AFECTAÇÃO DE RECURSOS

Mutualização: em lugar do pagamento directo feito pelo paciente ao prestador do serviço, a mutualização de recursos para cobrir as despesas com saúde oferece a oportunidade de distribuir o risco do custeio por um grupo de pessoas. A mutualização pode contribuir para a maior equidade e acessibilidade se os membros sadios do grupo subsidiarem os doentes assim como se os mais ricos subsidiarem os mais pobres. Na ausência de dados confiáveis sobre as despesas privadas, parte-se da premissa que o governo arca com cerca de 80 por cento das despesas totais com saúde, bem acima da média de 50 por cento verificada nos países da ASS. As despesas públicas com saúde financiadas por

[6] Estudo sobre taxa de uso custeado pelo Projecto EU PASS com o GEPE. Amostras de 22 unidades de saúde em cinco províncias.

impostos e venda de recursos naturais (por exemplo, petróleo) constituem o principal mecanismo de mutualização em Angola. Como mencionado antes, as empresas públicas e privadas oferecem planos de saúde para seus empregados e dependentes. Esses benefícios significam uma pequena e fragmentada mutualização de riscos no âmbito de cada empresa.

Quadro 2: Seguro de saúde privado em Angola – o exemplo da ENSA

A ENSA S.A. (Empresa Nacional de Seguros de Angola) oferece três produtos de seguro de saúde(Completo, Normal e Essencial). Seus preços vão de USD 27 por mês para uma pessoa abaixo de 20 anos de idade no plano do grupo Essencial até USD 953 por mês para uma pessoa com mais de 80 anos no plano individual Completo. O pacote do plano Completo dá cobertura para serviços ambulatoriais e de internação, incluindo medicamentos, transplantes e assistência maternidade, com um limite anual de USD 1 milhão. Apenas a assistência maternidade exige uma participação do associado de 20 por cento. Os planos Normal e Essencial não cobrem maternidade. Um plano de benefícios para emergências fora de Angola é oferecido separadamente em todos os 3 planos, mediante um custo adicional de USD 3 a USD 10 por mês. A utilização deste benefício precisa ser pré-aprovada através de um serviço de chamadas gratuitas que funciona 24 h/dia. A ENSA tem convênio com seis hospitais privados de renome e com um da rede pública, considerado um dos melhores hospitais locais (Clínica Multiperfil).

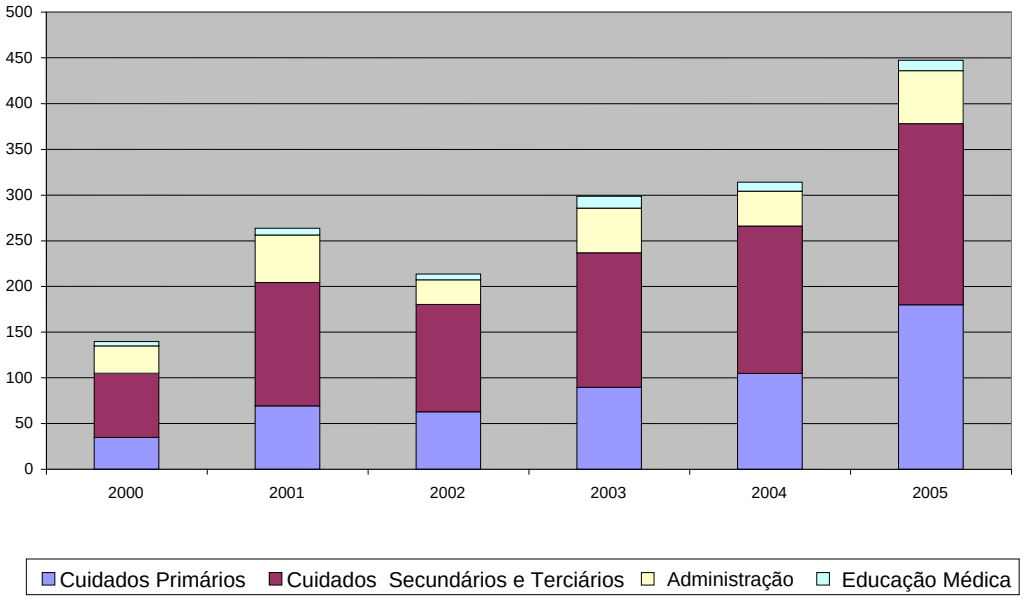
Desde 2009, surgiram três produtos de seguro de saúde privados, incluindo a ENSA S.A. (Empresa Nacional de Seguros de Angola), Seguradora AAA e A Mundial Seguros S.A. A ENSA oferece três produtos de seguro de saúde diferentes para pessoas colectivas (planos para grupos) e pessoas físicas (ver Quadro 2). A maior parte dos serviços de saúde preventivos (tais como campanhas de vacinação e exames médicos anuais) bem como controlo de VIH/SIDA estão excluídos de todos os planos. Não se sabe com clareza se os programas de planeamento familiar estão cobertos ou excluídos. A longo prazo, um mercado de seguro de saúde privado poderá incentivar o surgimento e capacitação de especialistas em gestão e elaboração de planos de seguro de saúde, inclusive de conhecimento em análise actuarial, gestão de risco e sinistros, contratação de fornecedores. Esta capacitação local será de grande valor para futuros programas de seguro de saúde pública ou sociais. Por outro lado, no curto prazo, um mercado não regulado de seguro de saúde privado pode agravar desequilíbrios ao permitir a expansão de sistemas de saúde de duas categorias, como se observou na África do Sul (Rispel e outros, 2007), ou mesmo fraudulento que seja lesivo aos consumidores e fornecedores. Lá, aparentemente, inexistem esquemas de seguro com base em comunidades ou em provedores.

Alocação: A maneira pela qual os recursos públicos em saúde são alocados impacta directamente o direito de acesso, a equidade e a eficiência dos mesmos. A alocação de recursos em termos do nível de prestação (primário, secundário e terciário) traz consequências para a eficiência porque, da perspectiva da saúde pública, a prestação primária é mais eficaz em termos de custos. A alocação em relação a nível social e aspectos geográficos afecta a equidade já que os segmentos da população de mais alta renda costumam se beneficiar mais do atendimento secundário e terciário e vivem em áreas urbanas. O MICS 2001 mediu disparidades significativas entre as populações urbana e rural. A partir de 2005, Angola alcançou progressos na mudança dos padrões de alocação e espera-se que tal fato resulte em melhorias mensuráveis em termos de equidade, acessibilidade e resultados na saúde. O MICS 2008 já mostra um aumento na acessibilidade de 30 para 42 por cento e deverá revelar outros ganhos quando os resultados completos forem publicados.

Os dados relativos às despesas efectivamente incorridas por nível de prestação de serviços estão disponíveis apenas até 2005 (Figura 4). As despesas com os cuidados primários (postos e centros de saúde, hospitais municipais) cresceram 415 por cento, mais rápido do que qualquer outra categoria desde 2000, capturando 40 por cento do total em 2005, a segunda maior parcela depois de atendimento

secundário/terciário (44 por cento). Entretanto, houve variações significativas de um ano para outro no decorrer deste período tão curto, sendo que os gastos incluem investimento assim como despesas recorrentes. As fontes de informação asseguram que esse padrão de alocação vem se mantendo desde 2005, com o nível de financiamento seguindo uma curva ascendente e apresentando crescimento anual em termos absolutos até 2009 (ver a secção acima sob título Mutualização e Alocação de Recurso).

FIGURA 4. DESPESAS OPERACIONAIS E DE INVESTIMENTO EM SAÚDE PÚBLICA EM MILHÕES DE USD POR NÍVEL DE ASSISTÊNCIA, ADMINISTRAÇÃO E EDUCAÇÃO MÉDICA 2000-2005



Nota: A prestação de serviços primários de saúde inclui todos os programas nacionais (malária, TB, VIH/SIDA, imunização, poliomielite, tripanossomíase), medicamentos essenciais, hospitais municipais, centros médicos e postos de saúde. "Administração" significa custos administrativos arcados pelas directorias provinciais de saúde e por níveis centrais. "Educação Médica" se refere às universidades de medicina e enfermagem e escolas técnicas.
Fonte: Principia 2007.

Os investimentos em infra-estrutura apresentam um padrão igualmente positivo, sendo que o financiamento para reabilitações e novas construções na rede de atendimento primário vem aumentando em termos relativos e absolutos.

TABELA 13: INVESTIMENTOS PÚBLICOS DE CAPITAL NA SAÚDE 2001-2005 EM MILHÕES DE USD E PERCENTAGENS

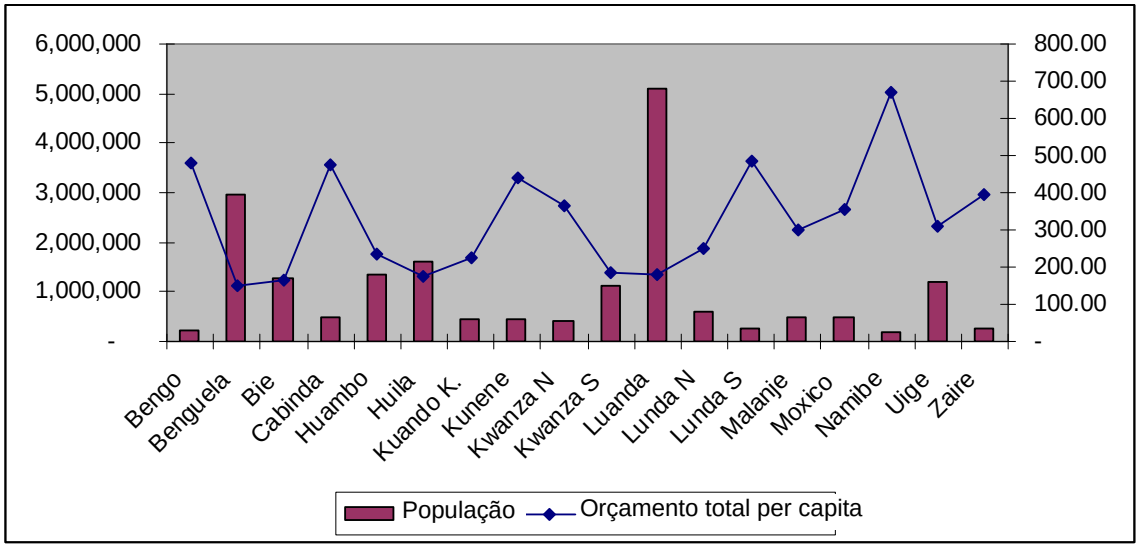
Categoria	2001	2002	2003	2004	2005
Atenção primária	5.799	3.033	19.306	24.569	31.181
Atenção secundária e terciária	21.649	6.804	9.949	24.575	44.135
Administração	1.109	0.415	1.003	0.833	0.543
Educação médica formal	0.488	0.365	0	0.337	0.68
Total	29.045	10.617	30.258	50.314	76.539
Atenção primária	20,0%	28,6%	63,8%	48,8%	40,7%
Atenção secundária e terciária	74,5%	64,1%	32,9%	48,8%	57,7%
Administração	3,8%	3,9%	3,3%	1,7%	0,7%
Educação médica formal	1,7%	3,4%	0,0%	0,7%	0,9%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Principia 2007, pág.44 Tabela 4.5

Observou-se, em 2005, uma preocupação com a falta de critério no planeamento dos investimentos de capital. Estes investimentos orientam os dispêndios futuros em recursos humanos e outros custos operacionais e, portanto, têm um efeito significativo na equidade e eficácia. Angola investiu pesadamente na construção e recuperação das unidades de saúde desde 2000, aumentando o número de unidades em funcionamento de 78 em 1999 para 259 em 2006 (MINSA 2008). No entanto, entre 2001 e 2005, houve maior inversão em atendimento secundário e terciário (54 por cento) do que em CPS (43 por cento). Ademais, os investimentos em infra-estrutura variaram muito entre as províncias, indo de menos do que USD 5 per capita em Luanda até USD 27 per capita em Cabinda (Principia 2007, pág. 50). Com a ajuda da UE, Angola concluiu os Mapas Sanitários de 11 províncias cobrindo o período 2007-2010, com esforços em andamento para concluir os Mapas Sanitários nas demais sete províncias (ver secção sob título Prestação de Serviços). A USAID deu apoio ao Mapa Sanitário mais recente na província de Cunene através do Projecto SES. Os Mapas já estão influindo no processo de tomada de decisões sobre investimentos ao correlacionar a localização da unidade de saúde com dados populacionais, bem como calculando as implicações nos custos recorrentes das unidades novas ou reabilitadas. O MINSA está preparando um plano de investimento plurianual para justificar a alocação de recursos do Ministério das Finanças (MINFIN) e Ministério do Planeamento (MINPLAN), e orientar os orçamentos anuais de investimento e custeio.

Em 2005, a alocação de recursos públicos da saúde per capita variou vastamente entre províncias, indo do valor mais baixo de USD 5,7 na província do Kwanza Norte ao mais alto de USD 34,7 na província do Namibe. Isto pode ser o resultado da prática do MINFIN de alocar quantias iguais de recursos para todas as províncias, independentemente de tamanho, como parte da descentralização. De acordo com a análise da autora do documento que examinou o total das alocações orçamentais do governo (todos os sectores, inclusive saúde) por província em 2010, as alocações orçamentais para as províncias feitas pelo governo nacional não estão de forma alguma correlacionadas ao tamanho das respectivas populações (ver Figura 5). Idealmente, as dotações orçamentais nacionais para os níveis descentralizados servem para promover a equidade destinando mais recursos para as províncias mais pobres. As informações obtidas indicam que a equidade ainda não se constitui em critério do MINFIN quando da distribuição de recursos para as províncias.

FIGURA 5: POPULAÇÃO (EIXO DA ESQUERDA) E ORÇAMENTO PÚBLICO TOTAL PER CAPITA EM USD (EIXO DA DIREITA) POR PROVÍNCIA PARA 2010



Fonte: MINFIN 2009.

Vale observar que o total de recursos alocados a uma província pelo MINFIN não necessariamente determina o grau de dotação para a saúde, tendo em conta que os governos provinciais têm alguma autonomia para distribuir os recursos entre os diversos sectores. O acordo com o FMI de destinação de 30 por cento para sectores sociais não permeia explicitamente até o nível provincial e, de qualquer modo, os 30 por cento incluiriam salários que provém em separado do MINFIN directamente para o sistema de folha de pagamento dos servidores civis.

4.2.4 COMPRAS

A compra de serviços de saúde em Angola consiste basicamente no pagamento pelo governo dos salários dos trabalhadores da área de saúde e a compra de bens e serviços, o que se dá de forma fragmentada entre os diferentes ministérios e níveis administrativos. O Ministério da Administração Pública, Emprego e Segurança Social (MAPESS) paga todos os servidores civis, inclusive os trabalhadores do sector de saúde, sendo que esta prática aparentemente funciona bem – descrito como "semiautomático". Os servidores civis são pagos regularmente e o sistema bancário utilizado pelo MAPESS tem uma abrangência territorial relativamente grande. Os custos recorrentes extra folha de pagamento incluem medicamentos, suprimentos, electricidade, combustível, manutenção, limpeza e afins, e são importantes para assegurar o direito de acesso à prestação de serviços de qualidade. O MINFIN destina recursos directamente para os hospitais nacionais e municipais assim como para os institutos nacionais de modo a cobrir esses custos.

Quadro 3: Incentivos financeiros correntes

Os servidores da área da saúde fazem parte do sistema público de serviços civis. O salário básico é mensal (13 salários por ano). Há cinco subsídios diferentes que o trabalhador da saúde pode auferir, calculados como um percentual do seu salário básico: 5% por turno diário, 7% por turno nocturno, 7% por exposição directa aos agentes biológicos, 5% por exposição indirecta aos agentes biológicos, 5% por fixação em área remota e 5% por fixação em área rural – 'periferia'. Além disso, existe salário adicional por hora extraordinária trabalhada ou atribuições extra. Não há incentivos vinculados a desempenho tais como produtividade ou qualidade.

No caso do atendimento primário (postos e centros de saúde e hospitais municipais), os custos eram arcados pelos governos provinciais até 2007 quando uma nova lei de descentralização instituiu que os municípios passavam à condição de unidades orçamentais (UO) com poderes definidos para despender os recursos autonomamente, sem a necessidade de obter autorização de uma instituição supervisora. Desde então, Angola gradualmente transferiu o controlo orçamentário para 164 municípios: 16 em 2007, 54 em 2008, 70 em 2009, tendo planos para chegar a 140 em 2010 (MINSA 2008).

A insuficiência de capacidade administrativa é um grande desafio no nível municipal. Por isso, o foco do MINSA vem sendo o nível municipal conforme descrito na sua estratégia para a saúde nos municípios (Secção de Governação). Deixando mais claro, as unidades de prestação de serviços primários são "entidades dependentes" que não contam com qualquer autonomia orçamental. Todos os recursos operacionais são aprovisionados em mercadoria (jamais em dinheiro), após aprovação pelas autoridades provinciais e municipais do pagamento feito directamente ao provedor para o fornecimento de bens ou serviços à unidade.

No sector privado e nos níveis secundários e terciários do sector público os pacientes pagam taxas de serviço. Há informações de que as seguradoras também pagam aos seus hospitais conveniados com base em taxas por serviços prestados. Aparentemente não existem sistemas de compra estratégica como capitação, orçamento global, ou pagamento por desempenho (também conhecido como financiamento com base em desempenho).

4.2.5 O PROCESSO ORÇAMENTÁRIO

A elaboração do Orçamento Geral do Estado (OGE), conduzido pelo MINFIN, tem início em Junho e se encerra em Setembro. O planeamento e o processo orçamentário para os investimentos tem curso paralelo ao orçamento operacional, sendo que o MINFIN publica um documento único consolidado que apresenta o orçamento por categorias específicas definidas por lei (09/97) – institucional, funcional e económica. Infelizmente, nenhuma dessas classificações permite uma consolidação mais fácil do total de despesas em saúde, obrigando assim que seja feita uma análise em separado (Principia 2008).

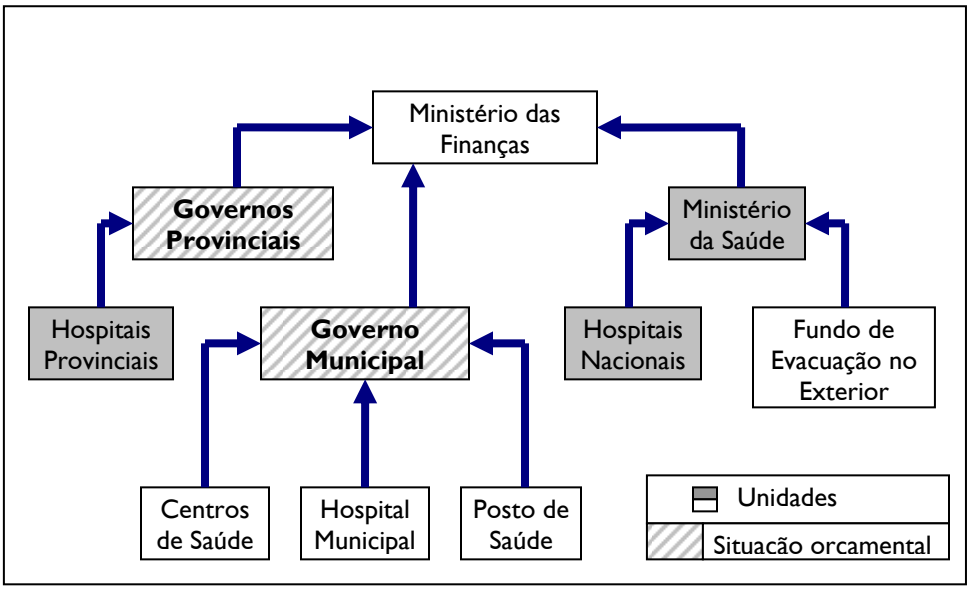
TABELA 14: CALENDÁRIO DO PLANEAMENTO E ORÇAMENTAÇÃO GOVERNAMENTAL

Janeiro a Maio
MINPLAN e MINFIN preparam as projecções macroeconómicas para estimar as receitas públicas; MINPLAN e MINFIN definem limites do orçamento por província e por sector (critérios desconhecidos); MINFIN define os programas de cada sector com base em compromissos limitados com empregados do sector. Em 2006, o GEPE, assistido pelo projecto EU PASS, propôs uma metodologia para o planeamento e orçamentação dos programas de saúde verticais, que encontra-se no MINSA. Fontes confiáveis nos dão conta que a metodologia foi aprovada mas não utilizada consistentemente.
Junho a Setembro
MINFIN divulga as instruções e formulários para as UOs a fim de que sejam submetidas à Direcção Nacional do Orçamento (www.minfin.gv.ao); As UOs têm 3 a 4 semanas para preparar as propostas orçamentais por programa e por Órgão Dependente (OD) dentro de seus orçamentos. Por exemplo, até 2008 os governos provinciais eram as UOs para todos as despesas primárias de saúde e determinavam a alocação orçamental proposta para todos os hospitais, centros e postos municipais na sua jurisdição; UOs que já operam on-line no Sistema Integrado de Gestão Financeira do Estado (SIGFE) podem submeter suas propostas orçamentais pela Internet. MINFIN ajusta os orçamentos propostos para adequação aos limites pré-definidos, sendo a negociação com as UOs, segundo informações obtidas, bastante limitada.

O MINSA supervisiona o processo de proposta orçamental para os programas nacionais de saúde, hospitais e centros nacionais, além do Fundo de Evacuação ao Exterior. Até 2008, os governos provinciais, normalmente através da DPS, supervisionavam as propostas orçamentais para toda a rede de unidades de atendimento primário de saúde. A DPS não tinha autonomia orçamental mas exercia grande influência na maneira como os fundos para a saúde eram administrados nas províncias (ver a próxima secção sobre o Processo Orçamentário e a relação das respectivas funções). Actualmente, dependendo da evolução do processo de descentralização, esta responsabilidade poderá estar a cargo da administração municipal e a RMS ou continuar com a DPS. O GEPE vem se empenhando para melhorar o processo de planeamento e orçamentação para que se torne mais baseado em evidências (informações epidemiológicas, de utilização e de despesas vindo de todas as províncias) e mais programático (prioridades nacionais da saúde). O GEPE também monitora as ajudas externas para os programas nacionais da saúde, o que se constitui em uma importante contribuição para os programas nacionais.

Os investimentos de capital, que são com frequência compromissos em bases plurianuais, são mais seguro nos casos de projectos de construção em andamento. As alocações orçamentais reflectem as negociações entre os governos provinciais e o MINPLAN, MINFIN e GEPE.

FIGURA 6: ESTRUTURA DA INTERDEPENDÊNCIA ORÇAMENTAL DESDE 2008



Obs.: As setas apontam a partir do órgão dependente para a entidade supervisora. Por exemplo, os hospitais nacionais precisam contar com o MINSA e com ele negociar seus orçamentos. Na medida em que recebem seus orçamentos, as entidades com autonomia orçamental podem executar cada rubrica sem a necessidade de obter assinaturas de seus respectivos órgãos supervisores.

4.2.6 FLUXO DE RECURSOS E GESTÃO

As figuras 7e 8 resumem as alterações nos fluxos financeiros a partir dos níveis centrais (mobilização) passando pelos agentes financeiros (mutualização e alocação) até a rede de unidades de saúde (compras) segundo o novo regime municipal. Esta descrição não inclui os fundos doadores porque existem muitos doadores operando em diferentes níveis do sistema. O MINFIN aloca ao MINSA orçamentos de hospitais nacionais, hospitais provinciais, governos provinciais e governos municipais participantes – os quais gozam de autonomia orçamental. Os governos municipais ou provinciais, por sua vez, alocam recursos para a rede de unidades de cuidados primários de saúde.

Os principais custos recorrentes extra salariais cobertos pelo MINSA compreendem os kits de medicamentos essenciais e a capacitação de recursos humanos. Os kits de medicamentos essenciais, que são fundamentais para apoiar os CPS e as prioridades nacionais da saúde, são transferidos para as clínicas médicas, postos de saúde e alguns hospitais municipais. A capacitação dos recursos humanos é oferecida a todos os centros prestadores de serviços. Como será discutido nas secções seguintes sob os títulos Recursos Humanos e Farmacêuticos, o aprovisionamento de medicamentos é irregular e a capacitação dos recursos humanos constitui, frequentemente, uma incumbência ainda não consolidada.

O exercício das contas nacionais de saúde que vem sendo conduzido pela OMS e o GEPE ilustrará se os novos fluxos orçamentários para os administradores municipais são realmente actuantes e o que estão financiando.

FIGURA 7: FLUXO DE RECURSOS NO SISTEMA DE SAÚDE EM 2005

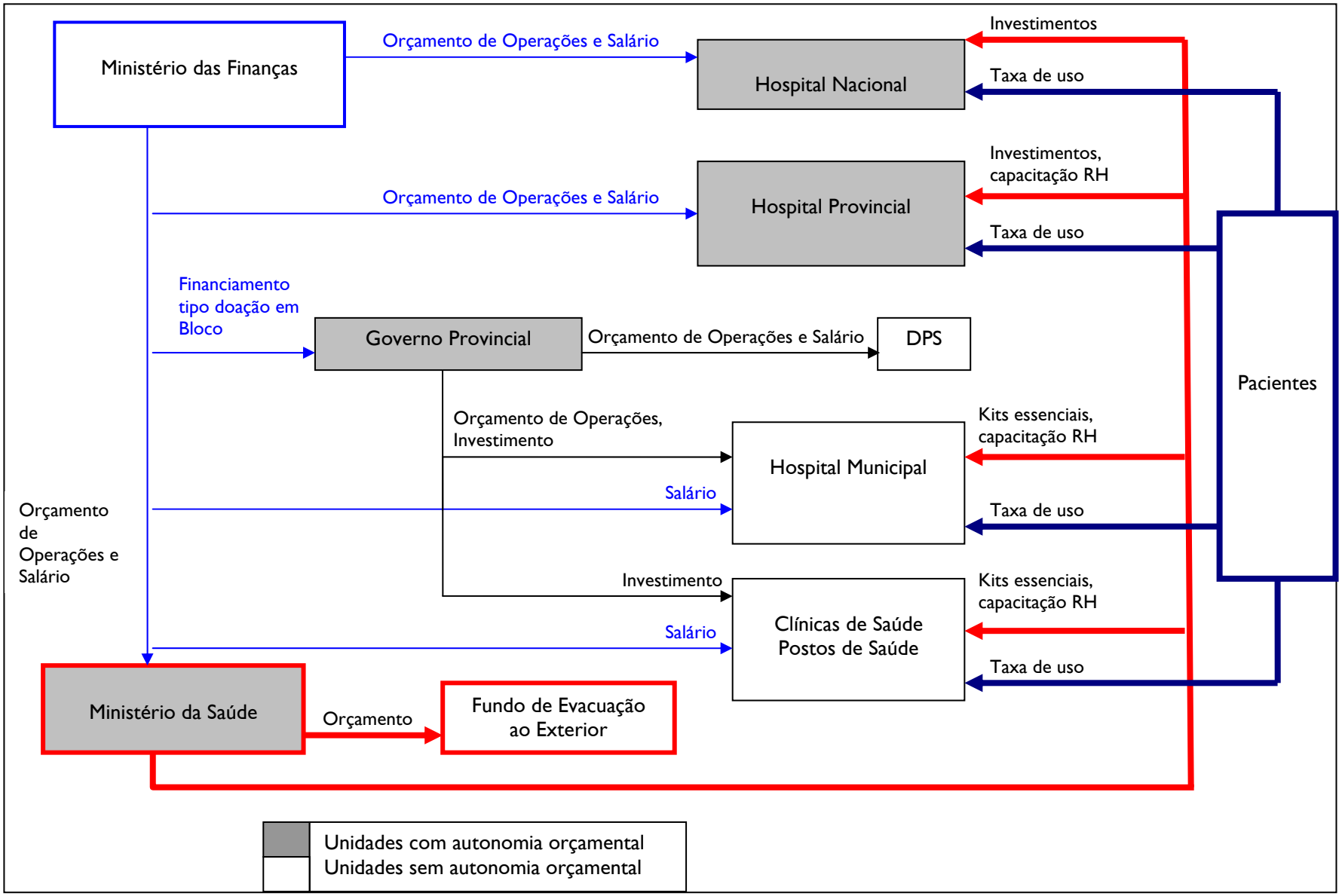
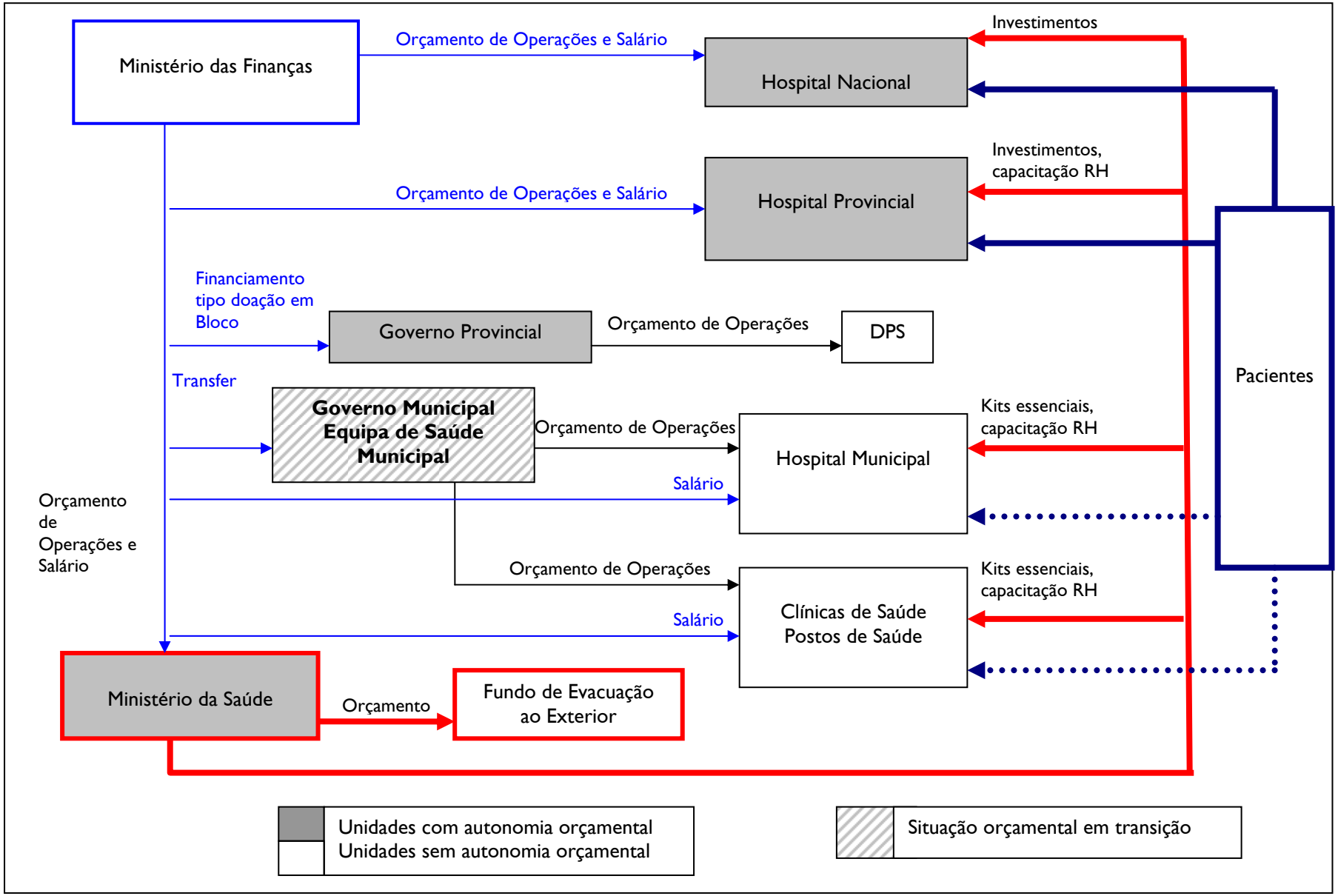


FIGURA 8: FLUXO DE RECURSOS DESDE 2005. NOVO: GOVERNOS MUNICIPAIS PODEM SE TORNAR UNIDADES ORÇAMENTAIS; COBRANÇA DE TAXA DE USO ELIMINADA EM QUASE TODAS AS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA



Até 2007, a DPS era responsável pela gestão programática e parte da gestão financeira dos serviços primários de saúde. A estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde do MINSA identifica a RMS como responsável por esta e outras funções, dentre as quais:

> *As equipas municipais de saúde devem ser responsáveis pelo funcionamento do sistema de saúde municipal através do planeamento e gestão, incluindo a integração dos programas sociais municipais com os de saúde.*
>
> MINSA 2008

1. Em conjunto com as equipas provinciais, municipais e regionais, preparar o plano operacional de saúde;

2. Assegurar a integração da estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde com o orçamento municipal e outras fontes financeiras;

3. Apoiar as equipas municipais de saúde para oferecer pacotes de serviços essenciais para a saúde materno-infantil (SMI) através da rede de unidades de saúde, inclusive as unidades móveis;

4. Aprovisionar apoio logístico em todos os níveis;

5. Preparar relatórios mensais relativos às actividades de SMI no município, inventariar os medicamentos e vacinas bem como dados sobre vigilância;

6. Preparar um plano de supervisão mensal e empreender visitas de supervisão de modo a garantir a prestação de serviços de qualidade nas unidades de atendimento primário e equipas móveis.

A RMS reporta-se ao administrador municipal, seja uma pessoa ou uma equipe, ou ainda empregados que eram oficialmente conhecidos como Secção Municipal de Saúde ou então novos empregados, dependendo da província.

A transformação dos municípios em unidades orçamentais poderá elevar a taxa de execução do orçamento porque as UOs podem gastar os recursos de forma autónoma, sem a necessidade de aprovação por parte de instituições supervisoras. Dados históricos substanciam que as unidades orçamentais gastam consistentemente mais que os ODs. Entretanto, a descentralização da orçamentação e dispêndios para o nível municipal também contempla riscos directamente ligados à questões de governação, a saber:

- A capacidade de planeamento e gestão dos municípios é mais fraca que no nível da província, o que poderia conduzir a ineficácias ou mesmo corrupção;
- A advocacia para o financiamento da saúde demandará mais recursos humanos na medida que as responsabilidades se deslocam de 18 províncias para 164 municípios.

TABELA 15: EXECUÇÃO DO ORÇAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA 2000-2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Orçado	254.127	337.95	244.297	398.586	509.383	663.598
Despendido	179.014	263.57	213.48	298.58	313.80	447.25
Executado %	70,4%	78%	87%	75%	62%	67%

No período de 2000 a 2005, único com dados disponíveis, a execução média do orçamento da saúde foi de 73 por cento. Quais os constrangimentos para a execução do orçamento? A percepção de fontes confiáveis no âmbito dos programas nacionais de saúde e das unidades de cuidados primários é que o desembolso dos recursos durante o curso do ano parece estar desconectado do processo de planeamento e orçamentação que ocorre quase um ano antes. Ainda que os orçamentos já estejam aprovados, as unidades operacionais são chamadas a justificar, novamente, os pedidos de recursos. A solicitação por mais informações como pré-requisito para liberação de recursos consome tempo e provoca atrasos nas actividades. A ausência de autonomia e agilidade nos níveis municipais para dar conta de demandas não previstas se constitui em um problema a parte. Um exemplo seria a situação de um teto de um centro de saúde que sofre avarias causadas por água, o que, posteriormente, provoca uma infestação de morcegos mas os recursos para efectuar o reparo não estavam previstos no orçamento municipal de saúde. As unidades de saúde não contam com dinheiro em caixa e mesmo a decisão para fazer frente a uma pequena despesa é tomada em níveis mais altos. Outro exemplo é o de um posto de saúde que não dispõe mais de sabão líquido para limpeza do assoalho mas recebeu um pacote de sabão em barras para limpeza de mão que não havia solicitado. Estes exemplos ilustram o desafio de equilibrar a eficácia e capacidade de resposta que poderiam ser obtidas transferindo dinheiro e controlo para a periferia em oposição à responsabilização necessária através dos controlos apropriados para verificar como os recursos são despendidos.

De modo a monitorizar as despesas, o SIGFE vem sendo implantado em todas as unidades orçamentais. O FMI observou que o Governo "... recentemente descentralizou a execução do orçamento que passou para os governos locais, expandiu o sistema de execução orçamental e pela primeira vez elaborou o plano de contas do estado". O FMI recomendou que essas medidas fossem complementadas por controlos internos, coordenação mais de perto dos orçamentos correntes e de capital e o aprimoramento da capacidade de orçamentação do ministério apropriado (FMI 2009).

Até 2007, todos os custos operacionais extra salariais dos cuidados primários [7] de saúde eram financiados com recursos do orçamento global do governo provincial (uma transferência em bloco do MINFIN). Isto conduziu a uma variação ampla no dispêndio per capita em CPS porque as transferências em bloco não se baseiam em critérios consistentes (por exemplo, tamanho da população) e cada província tinha autonomia para determinar quanto destinar à saúde. Em 2005, por exemplo, o MINFIN destinou USD 20 milhões adicionais para todas as províncias, independentemente de seu tamanho, e no mesmo ano Namibe alocou 30 por cento para CPS e Cabinda somente 10 por cento. Como observado anteriormente, as despesas provinciais de saúde variavam muito, de USD 5,7 per capita em Kwanza do Norte até USD 34,7 em Namibe (ver Figura 5 em página anterior). O financiamento público de CPS per capita poderia ser mais consistente e baseado em evidências se fundamentado pelos Mapas Sanitários e planos de desenvolvimento referenciado em normas comuns para infra-estrutura e recursos humanos (ver a secção de Prestação de Serviços). Entretanto, em 2010, o MINFIN aparentemente planeja alocar USD 5 milhões para cada município, independentemente de seu porte.

4.2.7 RESUMO DOS RESULTADOS: FINANCIAMENTO

Esta secção resume o desempenho do financiamento da saúde em termos de critérios de avaliação do sistema de saúde.

[7] A prestação de cuidados primários de saúde é definida como sendo os serviços prestados pelos hospitais municipais, centros e postos de saúde.

TABELA 16: DESEMPENHO DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE EM TERMOS DE CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

	Equidade	Acesso	Eficiência	Qualidade	Sustentabilidade
Pontos fortes e oportunidades	Estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde é financiada. Dispêndio com cuidados primários cresceu 415 por cento, mais rápido do que qualquer outra categoria desde 2000, capturando 40 por cento do total em 2005. Fontes importantes acreditam que a tendência continuará. Sistema de folha de pagamento público funciona bem. Trabalhadores do sector da saúde são pagos consistentemente, embora certos quadros de funcionários da saúde não tenham sido pagos no primeiro trimestre de 2010.		Dados dos Mapas Sanitários orientam os investimentos de capital e correlacionam capital com custos recorrentes. Descentralização para o nível municipal poderia aumentar as taxas da execução orçamental.	Sistema de folha de pagamento funciona bem. Os trabalhadores do sector da saúde são pagos consistentemente. Necessário melhorar distribuição e capacitação da força de trabalho.	Dependência baixa de fontes externas. Elevada taxa de crescimento do PIB. Melhoramento em infra-estrutura (novas unidades de saúde, água, saneamento e estradas).
Pontos fracos e ameaças	Descentralização para níveis municipais pode limitar montante dos fundos alocados para saúde e criar barreiras financeiras caso os pacientes precisem comprar medicamentos e suprimentos no sector privado. Descentralização: um desafio de governação para concretizar a expectativa de maior responsabilização do cidadão de modo a melhorar equidade e direito de acesso.		Necessidade de reivindicar alocação de recursos para saúde demandará mais força de trabalho, dado que Angola transfere responsabilidades de 18 províncias para 164 municípios. Gestão financeira municipal é precária.	Financiamento central e aprovisionamento dos medicamentos essenciais é inconsistente conduzindo a rotura de stocks e baixa qualidade.	Falta de conexão entre orçamento aprovado e despesas realizadas pode desacreditar processo de planeamento e orçamento.

4.3 RECURSOS HUMANOS

Todas as pessoas envolvidas em acções cuja intenção primordial é melhorar a saúde são consideradas recursos humanos para a saúde, aí incluídos os médicos, enfermeiros, parteiras, assistentes de parto, farmacêuticos, técnicos e demais para-profissionais e profissionais dos sectores público e privado. Também engloba os gerentes, administradores, equipas de apoio, curandeiros tradicionais, agentes comunitários da saúde e voluntários. Angola enfrenta os mesmos problemas de recursos humanos que afectam a região – ver tabela abaixo.

TABELA 17: O QUE HÁ DE NOVO DESDE 2005 EM RECURSOS HUMANOS

2005	2010
1. Elevado número de enfermeiros mas não capacitados suficientemente para o nível de serviço desejado;	1. Capacitação profissional ainda necessária e persiste a insuficiência de trabalhadores qualificados;
2. Distribuição desequilibrada da força de trabalho da área de saúde;	2. Persiste a distribuição desigual porém há mais informações disponíveis nos Mapas Sanitários permitindo uma descrição precisa do problema;
3. Carência de médicos;	3. Escassez continua mas houve alguns avanços: 'importação' de médicos no curto prazo e novas faculdades de medicina para médio/longo prazo;
4. Falta de instituições educacionais de qualidade na área médica e de saúde;	4. Cinco novas universidades incluindo faculdades de medicina e enfermagem, cooperação com instituições estrangeiras; qualidade da capacitação profissional ainda é problema;
5, Insuficiência de supervisão, garantia de qualidade e capacitação profissional em serviço;	5. Supervisão, qualidade e capacitação profissional no serviço ainda insuficientes em maior escala mas existem algumas experiências promissoras;
6. Não há trabalhadores da saúde fora do âmbito das unidades de saúde.	6. Ressurgimento de agentes comunitários.

O relatório Angola HSA 2005 (Avaliação do Sistema de Saúde) identificou como fragilidade do sistema de saúde a carência de capacitação institucional e humana em todos os seus níveis, classificando a elevada quantidade dos enfermeiros como um ponto forte. Em 2010, os recursos humanos se revelaram como um dos maiores obstáculos para o melhoramento do sistema de saúde de Angola. Não obstante o número total de trabalhadores da área de saúde continuar sendo alto, apenas uma parcela muito pequena é considerada como adequadamente qualificada e capacitada para o trabalho. As décadas em que perduraram as guerras comprometeram seriamente a capacidade do país de formar uma força de trabalho pronta a responder às demandas na área de saúde da população. Como parte do processo das negociações de paz em 2002, o governo absorveu cerca de 9.000 pessoas nos quadros de pessoal da área de saúde, muitos dos quais enquadram-se na qualificação de técnicos (ver definição na Secção 4.4.5, abaixo) e continuam a demandar actualização profissional.

Acredita-se que a monumental tarefa de transformar a oportunidade de prover qualidade, formação permanente e supervisão para a actual grande massa de trabalhadores da área da saúde em um ponto forte ainda constitui um desafio substancial. Este capítulo descreve mais detalhadamente aspectos específicos dos recursos humanos que actuam na área de saúde em Angola.

4.3.1 DADOS DE RECURSOS HUMANOS

O sector público da saúde de Angola emprega cerca de 67.000[8] pessoas, das quais aproximadamente 38.000 são profissionais da saúde (não administrativos). A Tabela 18 apresenta o número de médicos, enfermeiros e técnicos do sector público (ver definição de 'Técnico' na secção 4.4.5) por província em 2009. O número de médicos mais do que triplicou, passando de 849 (Angola HSA 2005) em 2005 para 2.956. Os dados sobre tendência que constam do relatório do MINSA (MINSA 2009) mostram que o número de médicos vem apresentando um crescimento constante e acentuado desde 2005, com 1.525 médicos em 2007 e 1.899 em 2008. O número de enfermeiros também aumentou drasticamente desde 2005, de 16.037 (Angola HSA 2005) para 29.605. Entretanto, esta variação significativa presumivelmente se deve a uma classificação diferenciada dos enfermeiros nas estatísticas de 2005 e de 2009, especialmente considerando que o número de enfermeiros não se alterou significativamente desde 2007: 28.848 em 2007 e 29.605 em 2008 (MINSA 2009). Em 2005 não havia dados disponíveis relativos ao número de técnicos. O coeficiente total de empregados da área de saúde por 1.000 habitantes em Angola aproxima-se do valor recomendado pela OMS de 2,28 trabalhadores por 1.000 habitantes (OMS 2006). No entanto, a secção 4.4.2 discorre sobre o sério problema da sua má distribuição no país, também possível de se observar na Tabela seguinte quanto à alta variação de empregados da saúde por 1.000 habitantes a nível das províncias.

TABELA 18: SERVIDORES PÚBLICOS NO SECTOR DA SAÚDE EM ANGOLA POR PROVÍNCIA

Província	Médicos [a]		Enfermeiros		Técnicos		TOTAL	
	Nº.	Nº. por 1.000 hab	Nº.	Nº. por 1.000 hab	Nº.	Nº. por 1.000 hab	Nº.	Nº. por 1.000 hab
Bengo	87	0,41	954	4,49	99	0,47	1.140	5,36
Benguela	184	0,09	2.809	1,37	391	0,19	3.384	1,65
Bié	106	0,18	1.468	2,45	80	0,13	1.654	2,76
Cabinda	126	0,29	1.256	2,90	278	0,64	1.660	3,83
Cunene	103	0,28	922	2,51	73	0,20	1.098	2,99
Huambo	163	0,17	1.796	1,89	343	0,36	2.302	2,42
Huíla	187	0,10	2.052	1,11	495	0,27	2.734	1,48
K. Kubango	39	0,13	642	2,14	65	0,22	746	2,49
Kwanza Norte	115	0,46	1.051	4,20	88	0,35	1.254	5,02
Kwanza Sul	182	0,19	1.026	1,08	131	0,14	1.339	1,41
Luanda	982	0,22	8.750	1,97	2.590	0,58	12.322	2,78
Lunda Norte	94	0,16	839	1,40	89	0,15	1.022	1,70
Lunda Sul	87	0,33	753	2,90	67	0,26	907	3,49
Malange	147	0,33	1.146	2,55	82	0,18	1.375	3,06
Moxico	81	0,14	1.233	2,06	93	0,16	1.407	2,35
Namibe	103	0,56	941	5,13	257	1,40	1.301	7,10
Uíge	94	0,10	1.222	1,36	132	0,15	1.448	1,61
Zaire	76	0,38	732	3,66	82	0,41	890	4,45
TOTAL	**2.956**	**0,17**	**29.592**	**1,74**	**5.435**	**0,32**	**37.983**	**2,24**

[a] Inclui médicos estrangeiros

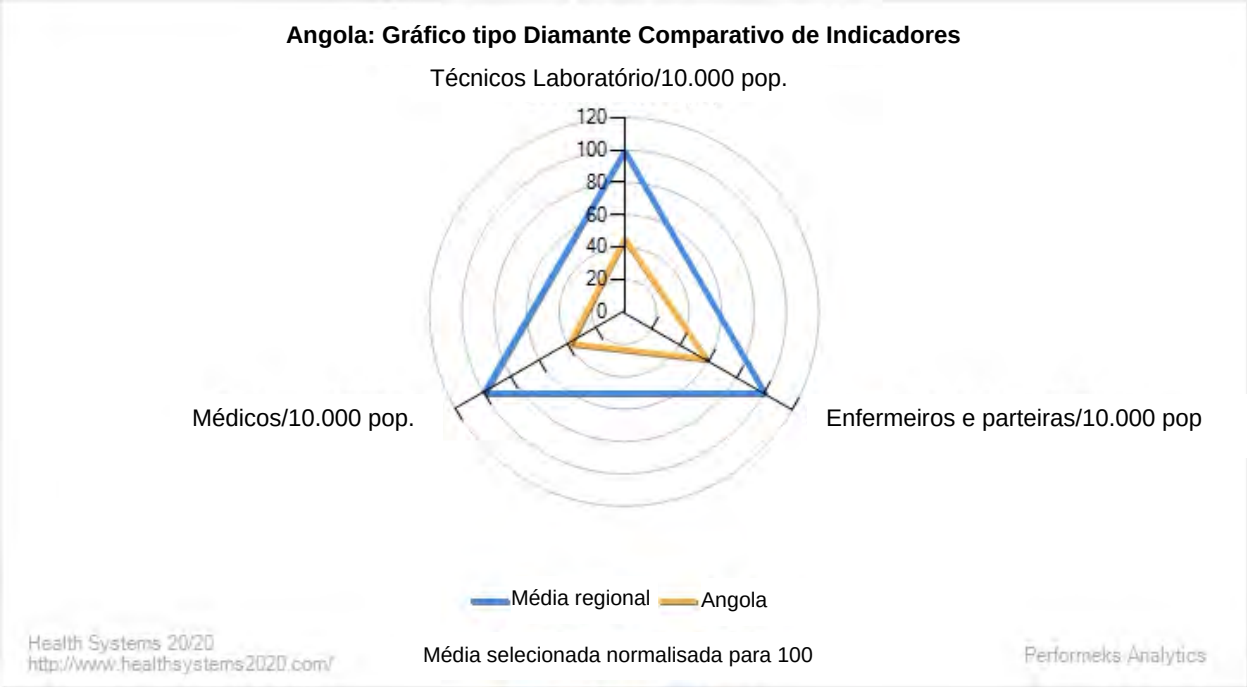
Fonte: MINSA 2009.

[8] Entrevista com o Director de Recursos Humanos do MINSA

Não há dados acerca do número de prestadores de serviços privados na área de saúde em Angola. Não obstante todos os médicos serem obrigados a se registar na Ordem dos Médicos de Angola e manterem actualizada a informação sobre os estabelecimentos em que estão actuando, esses dados não estão disponíveis. A percepção de informantes confiáveis consultados é de que o número de prestadores privados capacitados (médicos e enfermeiros) é pequeno e concentrado nas áreas urbanas. Perfis Municipais que foram elaborados para alguns poucos municípios revelam que, em algumas áreas remotas onde as unidades de saúde são insuficientes, a população recorre a enfermeiros particulares, alguns das quais actuam sem qualquer capacitação formal (Perfil do Município de Andulo 2007). As parteiras tradicionais (PT) são muito populares em todo o país, sendo os níveis de prática e formação bastante variados (Perfil do Município de Cabinda 2007).

A Figura 9 compara o coeficiente de servidores da saúde em Angola com a média regional da África Subsaariana. De acordo com esses números, Angola situa-se bem abaixo da média. Os Mapas Sanitários mostram um quadro bem diferente no que se refere ao tamanho da força de trabalho – uma super abundância no número de servidores segundo o relatório Angola HSA 2005. Esta discrepância pode ser parcialmente explicada em função da categoria dos servidores considerados. Os dados da Figura 9 presumivelmente incluem somente os enfermeiros de nível médio ao passo que os Mapas Sanitários incluem todos os níveis. Os números relativos das diferentes categorias de servidores da saúde serão melhor examinados na próxima secção.

FIGURA 9: COEFICIENTE DE SERVIDORES DA SAÚDE EM ANGOLA EM COMPARAÇÃO COM A MÉDIA REGIONAL DA ÁFRICA SUBSAARIANA



Somando-se aos médicos e enfermeiros, o governo de Angola reintroduziu recentemente o quadro de agentes comunitários que fazia parte do sistema de saúde até o início da década de noventa quando este foi desestruturado pela guerra civil. Em torno de 6.000 agentes comunitários foram capacitados em vários empreendimentos separados de diferentes organizações (MINSA, doadores, ONGs).

4.3.2 DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE

A distribuição desequilibrada dos profissionais da área de saúde em Angola, tanto no que se refere ao aspecto geográfico quanto aos quadros, continua sendo um problema. As áreas rurais são mal atendidas se comparadas às áreas mais urbanas. As informações oferecidas pelos Mapas Sanitários ilustram este problema no nível de municípios. A Tabela 19 apresenta o número de municípios, nas províncias para os quais há Mapas Sanitários disponíveis (Benguela, Bié, Huambo, Huíla e Luanda), que têm um coeficiente trabalhadores de saúde/população dentro de certas faixas. Todos os trabalhadores da saúde estão incluídos no coeficiente, com excepção dos médicos.

TABELA 19: NÚMERO DE MUNICÍPIOS POR PROVÍNCIAS COM COEFICIENTE TRABALHADOR DE SAÚDE/POPULAÇÃO EM CADA FAIXA

	Trabalhador da saúde por 1.000 habitantes						
Província	**<0,5**	**0,5-1,0**	**1,1-1,5**	**1,6-2,0**	**2,1-2,5**	**>2,6**	**TOTAL**
Benguela	0	7	1	0	1	0	**9**
Bié	1	2	3	0	2	1	**9**
Huambo	0	2	1	1	2	5	**11**
Huíla	4	8	1	0	0	1	**14**
Luanda	0	5	2	1	0	1	**9**
TOTAL	**5**	**24**	**8**	**2**	**5**	**8**	**52**

Obs.: conversão a partir das informações dos Mapas Sanitários: Benguela, Bié, Huambo, Huíla e Luanda

Analisando todas as cinco províncias, a maioria dos municípios (24) tem um coeficiente entre 0,5 e 1,0 de trabalhadores por 1.000 habitantes. Somente 13 municípios têm coeficientes que são próximos ou superiores àqueles recomendados pela OMS – de 2,28 trabalhadores por 1.000 habitantes (Relatório OMS 2006) (>2,1). A província de Huambo é especialmente bem atendida, com 7 de seus 11 municípios perto ou acima de 2,28; no outro extremo estão Benguela e Huíla com 7 em 9 e 12 em 14 municípios, respectivamente, com menos de 1,1 servidores por 1.000 habitantes. A variação deste coeficiente entre os municípios ilustra o problema da desigualdade da distribuição dos trabalhadores da saúde no país.

Este técnico de nível básico é o único agente em um posto de saúde na área rural da província de Huambo.

Algumas dessas variações podem ser entendidas pela presença de maior número de tipos de unidades de saúde nos municípios maiores (como unidades de referência, além dos centros de prestação de cuidados primários de saúde). No entanto, de acordo com fontes de informação, essa desigualdade se faz sentir principalmente no nível das unidades de saúde, em relação às quais não existem dados confiáveis disponíveis. Há relatos de que há excesso de pessoal em algumas unidades enquanto outras sofrem com grave falta de pessoal.

Segundo as fontes de informação consultadas, os principais desafios para melhorar a distribuição do pessoal de saúde são: carência de instituições de capacitação de pessoal e, como consequência, falta de pessoal qualificado nas áreas mais remotas; carência de infra-estrutura (transportação, habitação) ou incentivos para atrair trabalhadores qualificados para essas áreas. Na província de Luanda, a Direcção Provincial de Saúde firmou convénios com as universidades de modo a oferecer bolsas de

estudo para residentes em áreas rurais, mediante compromisso de retornarem à região de origem ao término de seus estudos.

Além do problema da distribuição geográfica, a distribuição dos diversos quadros de trabalhadores da saúde pelo território de Angola está bem longe do ideal. A Tabela 20 apresenta, dentre o pessoal de saúde de cinco províncias, a proporção de médicos, técnicos de nível intermediário (incluindo enfermeiros) e técnicos de nível básico (ver definição na secção 4.4.5). (Os servidores restantes se enquadram nas categorias "outros" e "apoio") Nas cinco províncias analisadas a maioria dos servidores da saúde são do nível técnico básico e uma pequena proporção do nível técnico intermediário. Como o grau de capacitação e aptidão no nível técnico básico é muito limitado, isso se constitui em um problema. Na realidade, a meta do MINSA é, no futuro, extinguir este nível através da capacitação desse contingente, que passaria para o nível intermediário e ofereceria capacitação apenas para o nível intermediário. O país também enfrenta especial carência de enfermeiras parteiras qualificadas, as quais se enquadrariam na categoria de técnico intermediário (MINSA 2009).

TABELA 20: PROPORÇÃO DE TRABALHADORES DA SAÚDE DE CATEGORIAS FUNDAMENTAIS EM CINCO PROVÍNCIAS

Província	Médicos	Intermediário	Básico
Benguela	<1%	21%	54%
Bié	<1%	18%	61%
Huambo	<1%	~25%	63%
Huíla	<1%	9%	58%
Luanda	3%	~25%	~50%

Fonte: Mapas Sanitários: Benguela, Bié, Huambo, Huíla e Luanda

A Tabela 20 também ilustra a séria carência de médicos em Angola onde, com excepção de Luanda, todas as províncias apresentam uma taxa de menos de 1 por cento de médicos dentre o total de trabalhadores da área de saúde. Como solução de curto prazo para tal carência, o governo contratou ou "importou" 1.500 médicos, predominantemente de Cuba, por períodos limitados. Além disso, está oferecendo bolsas de estudo para angolanos estudarem em faculdades de medicina em Cuba. No médio e longo prazo, cinco novas universidades públicas foram inauguradas em Angola desde 2005 (nas províncias de Malanje, Benguela, Cabinda, Huíla e Huambo), todas com uma faculdade de medicina. O MINSA estima que dentro de um prazo de quatro a cinco anos, essas escolas estarão formando de 300 a 400 novos médicos por ano, além daqueles egressos da universidade pública e da privada em Luanda.

4.3.3 PRESENÇA DE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS (OMS 2009)

A DPS reúne as informações relativas aos registos dos trabalhadores de cada unidade de saúde em formulários padronizados impressos em papel. O GEPE, então, compila as informações oriundas de todas as Direcções Provinciais em uma base de dados nacional actualizada anualmente. Esta base de dados contém informação sobre o número de médicos e enfermeiros. Existe um questionamento quanto à qualidade das informações na medida em que os trabalhadores de algumas unidades de saúde não possuem capacitação suficiente para recolher esse tipo de dados. Com excepção dos médicos, que estão sob o controlo da Ordem dos Médicos de Angola, nenhuma outra instituição contabiliza os empregados da rede particular de saúde.

Além do MINSA, existem outras instituições em Angola que reúnem dados relativos a recursos humanos na área da saúde, tais como: Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Defesa, Ordem dos Médicos, MAPESS e Ministério das Finanças. Actualmente, não há uma coordenação ou

compartilhamento de dados entre essas instituições e, frequentemente, informações de mesma natureza e fontes diferentes não coincidem entre si. Uma avaliação recente da OMS ilustra o problema: "a Ordem dos Médicos, o MAPESS e o Ministério das Finanças monitorizam as entradas e saídas de servidores da saúde mas o Ministério do Trabalho entende que suas estatísticas não englobam todos os profissionais da área de saúde como, por exemplo, os profissionais que são contratados directamente pelos governos das províncias ou profissionais empregados pelo MINSA no âmbito do governo central, por exemplo, os estrangeiros ou aqueles sob contratos de curto prazo. Considerando que o sistema da saúde está descentralizado no nível provincial, o MINSA, no nível central, não conta com dados actualizadas relativas às entradas e saídas da força de trabalho da área de saúde" (OMS 2009).

A avaliação menciona dois mecanismos que foram criados para melhorar essa questão:

- O MINSA tem um mecanismo de coordenação para desenvolver, implementar e monitorar dados relativos aos trabalhadores da saúde; entretanto "tem capacidade funcional muito limitada";
- Em 2003, o MAPESS iniciou um trabalho de digitalização e sistematização de um sistema de informação da força de trabalho pública. No caso do pessoal da saúde, o programa foi estabelecido de forma a receber a "contagem de pessoas" do MINSA e os dados da folha de pagamento seriam provenientes do Ministério das Finanças. Estes ministérios, entretanto, não estão conseguindo prestar tais informações devido, principalmente, às limitações de capacidade e infra-estrutura (inexistência de conexão pela Internet ou base de dados padronizada).

A OMS está trabalhando com o MINSA no sentido de elaborar um Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos que incluirá um sistema de informações de recursos humanos.

4.3.4 PLANEAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

O último Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos do MINSA expirou em 2007. O MINSA encontra-se no momento em meio ao processo de elaborar um novo plano com o apoio da OMS. Este projecto será acompanhado de planos operacionais de dois anos.

O actual processo de alocação de pessoal para as províncias, municípios e unidades de saúde mostra a necessidade de elaboração de um sistema que atenda melhor às necessidades das unidades de saúde: embora o REGUSAP descreva o número e a categoria do pessoal requerido por cada uma das unidades de saúde, o "quadro de pessoal" na realidade é formulado no nível provincial. Isto representa um problema no caso de um servidor ser transferido para outra unidade de saúde ou município dentro da mesma província. Como tal transferência não fica registada no nível da província, esta não tem como justificar a contratação de pessoal para substituir o servidor que deixou a unidade de saúde (MINSA 2009). Esta é possivelmente a razão pela qual as solicitações de pessoal oriundas da DPS para o nível central com frequência não são atendidas (ver Secção 4.4.7), sendo que isto contribui para o desequilíbrio na distribuição do pessoal da saúde.

Há um amplo reconhecimento de que as especificações do REGUSAP no que se refere ao preenchimento dos quadros de pessoal das unidades de saúde é muito rígida e teórica, muitas vezes não atendendo às demandas reais das unidades. A actual utilização do Mapa Sanitário está começando a dar maior clareza às reais necessidades de pessoal de cada unidade de saúde com base em dados sobre os serviços e utilização.

4.3.5 SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DE CARGOS

Os trabalhadores da área da saúde são classificados como servidores públicos de "carreira especial em saúde". Existem quatro classificações gerais para os trabalhadores da saúde:

- Médicos
- Enfermeiros
    - Enfermeiros de nível intermediário (12 anos de estudo + 4 anos de treinamento), incluindo parteiras
    - Enfermeiros de nível básico (8 anos de estudo + 2 anos de treinamento)
- Técnicos de suporte diagnóstico e terapêutico (laboratório, farmácia)
- Pessoal de apoio hospitalar

O termo 'técnico' é comummente utilizado para descrever todos os demais quadros que não médicos. Há também um quadro de enfermeiros de nível superior que se aplica a enfermeiros de nível intermediário que fizeram uma complementação de sua formação, como, por exemplo, obter o bacharelado. No entanto, o número de enfermeiros de nível superior é muito pequeno (os Mapas Sanitários registam nove em Luanda, dois em Huambo, um em Benguela e nenhum em Bié e Huíla). Observa-se também que, na maioria das farmácias ou postos de venda de medicamentos, o responsável não é um farmacêutico e sim o que chamam habitualmente de 'gestor'.

Os trabalhadores da rede pública de saúde são registados junto a MAPESS, assim como todas as outras categorias de servidores públicos, e classificados em categorias administrativas que não caracterizam suas funções ou formação educacional (Mapas Sanitários, 2007). Existem decretos nacionais que descrevem as funções e as qualificações para cada categoria profissional da área de saúde. O MINSA está actualmente revisando a descrição da categoria dos enfermeiros (como citado anteriormente, o plano é eliminar o nível básico) e há planos para actualizar todas as demais.

Quadro 4. Modelos privados de agentes comunitários na África

Lançado e 2007, este modelo é um projecto em associação com a BRAC e combina micro finanças com o conceito de trabalhadores comunitários da saúde. Mulheres de aldeias são seleccionadas e capacitadas para transmitir, às suas comunidades, ensinamentos sobre cuidados com a saúde, vender de porta-a-porta produtos para a saúde, auferindo lucro desse modo e encaminhar pessoas para as unidades de saúde. A primeira cesta de produtos é obtida através de um programa de financiamento sendo que a respectiva ONG monitora e supervisiona as actividades. Para mais informações, visite a página: http://www.livinggoods.org

HealthKeepers – Ghana

Um modelo semelhante ao Living Goods. Para mais informações, visite : http://healthkeepers-gh.org/

Os quadros dos agentes comunitários que foram recentemente reactivados não foram ainda incorporados formalmente ao sistema de saúde. Em geral, suas tarefas incluem visitas domiciliares, educação comunitária e a função de elo de ligação com as unidades de saúde. Entretanto, embora o MINSA tenha realizado reuniões de consulta sobre os agentes comunitários nos últimos dois anos, não foi ainda formulada uma política clara que defina o seu papel específico no âmbito do sistema de saúde (responsabilidades, se seriam empregados do governo, se assalariados ou voluntários, etc.). Como consequência, os programas dos agentes comunitários constituem um painel de diferentes modelos. Em pelo menos uma província, eles recebiam cerca de

USD 50 por mês do governo através de uma ONG mas esse pagamento não foi mantido. Outros projectos de doadores e ONGs estão criando programas de agentes comunitários à base de voluntariado.

Para que o modelo seja sustentável é fundamental assegurar a disponibilidade de incentivos suficientes (monetários ou não). Existem, no mundo, vários modelos de trabalhadores comunitários da saúde, incluindo desde os inteiramente públicos, com trabalhadores assalariados ou voluntários até os autónomos, ou seja, provedores privados que vendem produtos ligados à saúde, além de outros, para gerar renda (ver Quadro 4). Seria extremamente benéfico se as partes envolvidas em programas de agentes comunitários em Angola trocassem experiências e aprendizados e actuassem de forma coordenada de modo a evitar duplicação ou interferência. Por exemplo, um dos parceiros na província de Huambo iniciou um programa de agentes comunitários baseado em voluntariado que se valia dos tradicionais líderes comunitários sobas para seleccionar o pessoal que iria trabalhar no projecto. Não longe dali, outros parceiros iniciaram um programa com pagamento de salários. Ao final de alguns meses, os salários não puderam mais ser mantidos. Enquanto isso, os trabalhadores voluntários do outro programa tomaram conhecimento do sistema remunerado e passaram a demandar mais incentivos.

4.3.6 SALÁRIOS E BENEFÍCIOS

Os servidores públicos da saúde presumivelmente percebem bons salários em comparação a outros servidores públicos e a trabalhadores da rede privada de saúde. Seus salários são geralmente corrigidos duas vezes por ano pelo índice de inflação e são pagos em dia. Também contam com diversos subsídios como: horas extraordinárias, nocturnos, riscos ocupacionais (ver Quadro 5). O plano de salários dos servidores públicos foi considerado como um ponto forte de recursos humanos.

Quadro 5: Incentivos financeiros existentes

Os servidores da área da saúde fazem parte do sistema público de serviços civis. O salário básico é mensal (13 salários por ano). Há cinco subsídios diferentes que o servidor da saúde pode auferir, calculados como um percentual do seu salário básico: 5% por turno diário, 7% por turno nocturno, 7% por exposição directa aos agentes biológicos, 5% por exposição indirecta aos agentes biológicos e 5% por fixação em área rural – 'periferia'. Além do mais, existe salário adicional por hora extra trabalhada ou atribuições extra. Não há incentivos vinculados a desempenho como produtividade ou qualidade.

A questão dos incentivos deveria também ser estudada em situações onde o volume de trabalho ou responsabilidades de um trabalhador sejam diferenciados, como no caso, por exemplo, dos projectos de instrutor mestre ou capacitação em integração, implementados pela USAID em algumas províncias e municípios (ver Prestação de Serviços na secção 4.6.5).

4.3.7 PROCESSO DE CONTRATAÇÃO E REQUISITOS DE LICENCIAMENTO

A responsabilidade de reunir as informações de cada município com relação às necessidades de recursos humanos cabe aos governos provinciais. Em seguida, a província submete o pedido ao departamento de recursos humanos do MINSA e ao MAPESS. Este pedido deve ser acompanhado de uma justificativa. O MINSA verifica se o pedido está de acordo com os dados a fim de confirmar que existe realmente uma necessidade e o MAPESS encaminha o pedido ao Ministério das Finanças. Tendo o Ministério das Finanças determinado que os recursos estão disponíveis, uma notificação é enviada ao MINSA com a informação do número de vagas aprovadas (OMS 2009).

Este número quase sempre é menor que o originalmente solicitado devido a duas questões, provavelmente: restrições de orçamento e falta de dados confiáveis a nível do município e da unidade de saúde para justificar a contratação de mais trabalhadores (ver Secção 4.4.4). Este processo acontece uma vez por ano. As vagas são afixadas a nível provincial e o processo de contratação é igual para todos os cargos de servidores públicos: os candidatos precisam se submeter a um concurso público para ocupar uma posição.

Todos os médicos precisam se registar na Ordem dos Médicos de Angola, que aceita médicos graduados por faculdades de medicina de Angola ou estrangeiras desde que formalmente reconhecidas pela Ordem. Os médicos devem pagar uma contribuição mensal à Ordem e, em caso de inadimplência por um período superior a 12 meses, a Ordem tem poderes para cancelar a licença (Carta da Associação Profissional de Médicos de Angola). Ainda não existe um Conselho de Enfermeiros apesar do interesse demonstrado pelo MINSA em criar esta instituição jurídica. Não existem associações em nível nacional que congreguem farmacêuticos e técnicos de laboratório. Na província de Huambo há uma associação de farmacêuticos, a AFAPOS, que é reconhecida pela DPS e inspecciona e aprova todas as farmácias. A AFAPOS está colaborando em um projecto da PMI com as farmácias privadas de Huambo (ver as secções Prestação de Serviços e Farmácias). Não há re-licenciamento ou requisitos de capacitação permanente para trabalhadores da área de saúde.

4.3.8 SUPERVISÃO E CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

As funções de capacitação para trabalhadores da área de saúde que estão sob a responsabilidade do MINSA são as seguintes:

- Capacitação profissional para níveis intermediários (não inclui médicos)
- Residência médica
- Estudos de pós-graduação
- Capacitação no serviço

As faculdades de medicina estão sob a jurisdição do Ministério da Educação. A capacitação profissional em Angola ainda é muito incipiente. Até bem pouco tempo atrás, havia apenas duas faculdades de medicina no país, uma pública e outra privada (ambas em Luanda). Como já mencionado, espera-se que a abertura de cinco novas faculdades de medicina traga novos médicos para o mercado de trabalho. As novas universidades também trarão um reforço, aliás de suma importância, somando novos graduados ao actual contingente egresso de uma única escola de enfermagem de nível intermediário e de algumas poucas instituições de capacitação de técnicos em geral. Não existem ainda escolas de capacitação para técnicos de laboratório; os que hoje exercem essa função são enfermeiros que receberam capacitação limitada em laboratório. Apesar das novas universidades representarem um grande melhoramento, a qualidade dos programas ainda se constitui um problema. Os currículos e a formação dos professores são deficientes e a falta de recursos para materiais e assistência ao ensino constituem obstáculos à capacitação de qualidade. Angola mantém acordos de colaboração com instituições de ensino na área de saúde do Brasil, Cuba e Portugal, porém a escala e impacto destas iniciativas ainda não estão claros.

A capacitação em serviço é muito importante no contexto de Angola: um número significativo de trabalhadores incorporados à força de trabalho da saúde como parte do processo de pacificação não tinha qualquer capacitação e, entretanto, continua actuando como técnico. Faz-se necessário um grande esforço para promover a capacitação, no próprio serviço, desses trabalhadores de modo a alçá-los aos níveis básico e intermediário necessários à prestação de serviços com um padrão de qualidade mínimo.

Isto se soma à rotineira necessidade de actualização dos trabalhadores da saúde através da educação permanente.

Umas poucas DPS contam com unidades de educação permanente que são responsáveis pela organização da capacitação – 'núcleos de formação permanente'. Na maior parte das vezes, a formação no serviço consiste em cursos de curta duração ou seminários organizados pelos programas verticais do MINSA (saúde reprodutiva, VIH/SIDA, etc.) (MINSA/PASS 2008). Entretanto, são acções pouco frequentes e que atingem um pequeno número de trabalhadores, excepto se patrocinados por instituições doadoras. As capacitações no âmbito dos programas de AIDI realizados por doadores até 2005 não foram institucionalizado pelo MINSA e, consequentemente, sofreram descontinuidade. Mais recentemente, um projecto financiado pela USAID está ministrando cursos de educação permanente para o pessoal de suas unidades de saúde (um instrutor mestre por unidade de serviço) em alguns municípios.

Fontes de informação consultadas sugeriram que o MINSA poderia fazer melhor uso dos médicos contratados no exterior se estes também participassem de capacitação e mentoria, além dos serviços clínicos que prestam.

A supervisão das unidades de saúde também faz parte das atribuições das DPS. As visitas de supervisão deveriam ser mensais ou a cada dois meses mas, dadas as limitações de recursos para a transportação, acabam sendo realizadas muito raramente. Alguns dos programas verticais, especialmente aqueles que contam com o apoio de doadores, conseguem realizar visitas de supervisão com maior frequência. Em 2005, o MINSA reconheceu a necessidade de integrar supervisão aos programas verticais mas esta intenção ainda não se concretizou. Os projectos financiados pela USAID estão implementando actividades de supervisão em determinadas províncias, como, por exemplo: elaboração e divulgação das descrições de cargos nas unidades de saúde; adaptação e implementação de ferramentas de supervisão; e financiamento de supervisores no caso de determinados municípios que são capazes de realizar visitas de supervisão regulares às unidades de saúde.

4.3.9 RESUMO DOS RESULTADOS: RECURSOS HUMANOS

Esta secção resume o desempenho dos recursos humanos da saúde em termos de critérios de avaliação de sistemas de saúde.

TABELA 21: DESEMPENHO DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE EM TERMOS DE CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO SISTEMAS DE SAÚDE

	Equidade	Acesso	Eficiência	Qualidade	Sustentabilidade
Pontos fortes e oportunidades	Processo de descentralização e revitalização pode, potencialmente, passar a responsabilidade de alocação de recursos humanos para o nível municipal, perfazendo uma distribuição mais adequada de pessoal no nível das unidades de saúde.	Médicos "importados" : solução razoável de curto prazo para falta de médicos.	Novas informações procedentes dos Mapas Sanitários propiciará melhor planeamento de recursos humanos.	Novas universidades e faculdades de medicina. Médicos importados podem ser também usados na capacitação além da prestação de serviços de saúde.	Plano de salários dos trabalhadores da saúde é competitivo e pagamento é pontual. Dedicação dos trabalhadores da saúde é reconhecida em todos os níveis do sistema.

	Reintrodução dos agentes comunitários pode fortalecer os elos entre comunidades e unidades de saúde.				
	Experiências promissoras em províncias e municípios seleccionados (treinadores mestres, supervisores, modelos CHW, convénios com universidades para capacitação de residentes em áreas remotas).				
Pontos fracos e ameaças	Má distribuição de trabalhadores da saúde.	Número baixo de trabalhadores da saúde qualificados (nível intermediário ou mais alto).	Falta de sistema de informações de recursos humanos actualizado e confiável. Nenhum mecanismo de avaliação, coordenação e compartilhamen-to de experiências e projectos piloto tais como modelos para agentes comunitários.	Baixo nível de qualificação da força de trabalho da saúde. Capacitação profissional e em serviço deficientes. Falta de capacidade e recursos para supervisão.	São necessários incentivos para os novos quadros de agentes comunitários ou no caso dos trabalhadores de saúde que arcam com maior responsabilidade.

4.4 GESTÃO DE PRODUTOS MÉDICOS

Os produtos médicos englobam medicamentos, vacinas, kits de teste, equipamentos e bens correlatos. São componentes fundamentais para os serviços de saúde já que são, em geral, de valor monetário considerável e que os sistemas de gestão desses produtos estão, frequentemente, relacionados a desafios políticos e administrativos. O actual sistema do sector público é resultado de uma evolução nos últimos cinco anos, porém ainda persistem falhas significativas no sistema que resultam em frequentes e prolongados problemas de ruptura de stock e prejuízos. O MINSA tem asseverado seu compromisso de melhorar o acesso aos medicamentos essenciais e produtos médicos através da aprovação do Programa Nacional de Medicamentos e de um novo mecanismo de aprovisionamento e distribuição. Esta secção descreve o actual sistema de gestão e as principais questões de desempenho. Entretanto, assegurar o direito de acesso a medicamentos e outros produtos farmacêuticos para a população de maneira segura, com qualidade e a custo acessível continua sendo um sério desafio em Angola.

TABELA 22: O QUE HÁ DE NOVO DESDE 2005 EM PRODUTOS MÉDICOS

2005	2010
• Pré-projecto do Programa Nacional de Medicamentos, Lista de Medicamentos Essenciais e Formulário Nacional; • Irregularidades no aprovisionamento centralizado dos kits de medicamentos essenciais; • Frequentes rupturas de stock; • Revisão das ferramentas de apoio ao controlo de inventário; • Falta de informação sobre gestão e gastos com medicamentos no nível provincial; implementação irregular da "comparticipação"; • Falta de um sistema de garantia de qualidade para produtos e uso.	• Programa Nacional de Medicamentos aprovado; • Apresentada estratégia para sector identificando a criação de marcos regulatórios e agências para sua implementação; • Irregularidades com aprovisionamentos centralizados; • Estimativas ruins da qualidade requerida; • Implementação e expansão dos novos formulários de gestão de inventários; uso de formulários para dar respaldo às compras locais e em grupo; • Pequenos avanços nas condições dos inventários; • Prática da 'comparticipação' suspensa; • Definidos os componentes do sistema de garantia da qualidade mas ainda não funcionando.

4.4.1 VISÃO GERAL

A Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos – DNME, é responsável pela elaboração do planeamento estratégico e implementação das normas relacionadas à produção, importação, aprovisionamento, uso e manutenção de todas as tecnologias apropriadas, incluindo medicamentos, diagnósticos, materiais cirúrgicos e outros artigos médicos. Isto inclui actividades que influenciam tanto o sector público quanto o privado e a relação entre ambos.

As prioridades do MINSA relacionadas a produtos farmacêuticos estão definidas no Programa Nacional de Medicamentos. O programa foi actualizado e aprovado em Março de 2010. Ele estabelece os papéis e responsabilidades de várias agências e organizações no que se refere à implementação da política e provê a base legal para as acções a serem empreendidas por estes órgãos de modo a atingir o objectivo de garantir o acesso seguro a medicamentos de qualidade a preços acessíveis para a população. A estrutura do DNME é apresentada na Quadro 6. Várias dessas estruturas, como a Secção de Registo de Produto e o Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade dos Medicamentos (LNCQ) ainda não estão apoiadas pelos devidos regulamentos, logo ainda não estão em funcionamento. No caso do LNCQ, este ainda não está equipado nem provido de pessoal.

Quadro 6: Estrutura da Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos

Departamento de Medicamentos e Produtos de Saúde

Departamento de Equipamentos Médicos

Departamento de Vigilância Farmacêutica e Medicamentos Tradicionais

Departamento de Diagnósticos

Secção de Registo de Produtos

Serviço de Gestão da Qualidade

Programa Nacional de Medicamentos Essenciais (PNME)

Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade (LNCQ)

Central de Compras e Aprovisionamento – CCA

A DNME recebe assistência técnica dos órgãos oficiais responsáveis por medicamentos de Portugal e Espanha e também da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) do Brasil, assim como da OMS e USAID. Por exemplo, a INFARMED – Autoridade Nacional de Medicamentos e Produtos de Saúde, de Portugal, está prestando assistência na capacitação em avaliação da qualidade de medicamentos, e a OMS está oferecendo apoio na formação do pessoal do Sector de Registo de Produtos. O PNME recebeu assistência técnica da União Europeia na actualização e publicação dos manuais do programa de gestão de inventários. Através do PMI e do programas bilaterais SES, a USAID dá assistência para divulgar esses materiais e capacitar os gestores e supervisores dos depósitos provinciais de mercadoria.

A gestão dos fármacos no âmbito do sistema de saúde reflecte o modo como os orçamentos são distribuídos. Algumas funções são centralizadas como, por exemplo, os aprovisionamentos dos medicamentos essenciais e kits, sendo outras descentralizadas para diversos níveis do sistema de saúde. As autoridades provinciais de saúde são responsáveis pela gestão de seus orçamentos para assegurar a disponibilidade dos medicamentos nos hospitais. Os produtos farmacêuticos destinados a programas verticais que contam com respaldo dos doadores são administrados separadamente pelas agências doadoras.

Um avanço importante alcançado nos últimos cinco anos é o compromisso de fortalecer o sistema de garantia de qualidade com a criação de um programa de registo de medicamentos, através do laboratório de controlo de qualidade de medicamentos, e o programa de co-vigilância farmacêutica. Ademais, em 2007, foi promulgada uma lei determinando que todas as províncias criassem a respectiva Autoridade Provincial Reguladora de Medicamentos, responsável pela verificação do cumprimento dos regulamentos nacionais, inclusive em relação ao registo e licença de medicamentos. A exemplo de outros elementos do DNME, o processo de desenvolver competências para cumprir esta missão, inclusive a legislação e regulamentos, está ainda em andamento. O modelo dos sistemas e procedimentos que irão apoiar a implementação de tais mecanismos não está definido e é certo que um quadro de pessoal bem qualificado será necessário para implementá-lo. Neste sentido, o MINSA e a DNME estão recebendo alguma ajuda de doadores e parceiros internacionais. Essas questões ganham especial relevância, já que apresentam a oportunidade de contemplar um papel viável da iniciativa privada para apoiar o sector público no objectivo de aumentar o acesso a medicamentos de qualidade em bases economicamente acessíveis; um papel que não era seriamente contemplado para o setor privado hà cinco anos atrás.

4.4.2 SELECÇÃO DA GESTÃO

O DNME é directamente responsável pela gestão do Formulário Nacional e a escolha dos medicamentos a serem comprados com financiamento público. Este Formulário Nacional constitui uma relação de todos os medicamentos aprovados para utilização no país. O DNME considera obsoleta a lista em vigor por estar desactualizada, já que não é integrada ao sistema de registos e seus controlos respectivos. A partir desta relação, o MINSA confeccionou uma lista compacta dos medicamentos essenciais – Lista Nacional de Medicamentos Essenciais (NEML), que também é preparada e gerida pelo DNME. A lista, cuja revisão mais recente data de 2006, foi feita segundo as directrizes da OMS que estabelecem critérios como: relevância para as prioridades da saúde pública nacional, uso de denominações internacionais não - proprietárias e custos. O processo de selecção tem como resultado uma "lista de compras" que o MINSA considera como de itens prioritários para suas unidades de saúde.

Há três listas subsidiárias que correspondem aos componentes dos kits de medicamentos essenciais e uma selecção limitada de produtos que são distribuídos a todos os postos e centros de saúde do MINSA (unidades com médicos ou não). Em Angola existem três kits diferentes, a saber: kits para postos de saúde, kits para clínicas de saúde, e kits complementares para hospitais municipais com médicos. Para manter a lista actualizada em termos de novos medicamentos e tecnologia, o DNME é responsável pela

formação e liderança de um comité técnico que examina periodicamente a relação e avalia as propostas de inclusão e exclusão de itens. O processo é frequentemente norteado por alterações nas políticas ou protocolos de tratamento nacionais. Em 2006, por exemplo, artemeter-lumefantrina foi incluído na lista e cloroquina foi excluído devido a mudanças na política de tratamento da malária. Esta lista precisa ser novamente revisada e actualizada em função de novas recomendações definidas no pacote básico de serviços que identifica quais serviços serão oferecidos no nível de cuidados primários e seus respectivos protocolos de tratamento. É digno de nota que, em princípio, os kits de teste de diagnóstico rápido e outros equipamentos de laboratório também são da responsabilidade da DNME, ainda que muitos deles sejam administrados exclusivamente pelos programas verticais.

4.4.3 APROVISIONAMENTO

De acordo com a DNME, a estimativa do OGE em 2010 para o aprovisionamento de produtos farmacêuticos é de USD 121,4 milhões ou cerca de 7 por cento do orçamento total do MINSA. Este orçamento, em geral considerado inadequado para o atendimento de todas as reais demandas, sofreu cortes nos últimos três anos. O orçamento central é usado para o aprovisionamento directo dos kits enquanto cada unidade orçamental recebe uma dotação com a finalidade de atender o aprovisionamento de produtos farmacêuticos. Os doadores internacionais se incumbem do aprovisionamento dos produtos para os respectivos programas que apoiam. Assim, o UNFPA compra kits de saúde reprodutiva e contraceptivos e a USAID compra produtos relacionados a ACTs; UNICEF e OMS compram ARVs, mosquiteiros e vacinas, por meio de mecanismos do Fundo Global.

O aprovisionamento de kits e outros produtos essenciais através do PNME é realizado por meio de licitações internacionais em bases anuais, em consonância com a legislação relativa a aprovisionamentos nacionais. A descentralização do financiamento para os níveis provinciais e mais baixos não se deu de modo uniforme entre todas as províncias e, em geral, ficou a critério das autoridades provinciais, o que resulta em execuções orçamentais diferenciadas. Algumas províncias (Huambo, por exemplo) se comprometem com compras agrupadas nas quais a DPS reúne as necessidades das diferentes unidades de saúde e submete-as à DNME para o aprovisionamento. No caso de volumes de compra menores, como as compras locais, o mecanismo mais apropriado consiste no pedido de três orçamentos de três fornecedores autorizados.[9] De acordo com a DNME, está sendo contemplada a criação de um sistema on-line de compras e aprovisionamento para auxiliar este processo nos municípios e províncias. As unidades de saúde classificadas como unidades orçamentais podem comprar medicamentos para complementar os aprovisionamentos recebidos do nível central. Estas compras estão sujeitas ao cumprimentos de leis específicas relacionadas ao processo de aprovisionamento que especificam os métodos adequados aplicáveis conforme o valor das compras.

Os dados provenientes dos Mapas Sanitários estão permitindo um melhor entendimento das despesas com medicamentos, se comparado ao que era possível no passado. Estão começando a se delinear padrões de gastos. Por exemplo, a Tabela 22, abaixo, apresenta os resultados resumidos de cinco províncias para as quais havia dados disponíveis por ocasião da elaboração deste relatório. Esses resultados mostram como as práticas variam de uma província para outra. Na província de Huila, excluída uma só municipalidade, as unidades de saúde não fizeram nenhuma aquisição, porém a DPS fez compras para complementar o aprovisionamento de kits. Como seria esperado, em virtude dos tipos e volume de produtos farmacêuticos utilizados em hospitais, essas compras representam a maior parte do volume de aprovisionamentos. Em Benguela nota-se um padrão diferente que indica uma proporção maior de despesas nos postos e centros de saúde do que nos hospitais e, coerentemente, os gastos per capita são comparativamente mais baixos que em outras províncias.

[9] De acordo com o DNME, existem aproximadamente 350 atacadistas autorizados a importar medicamentos.

TABELA 23: VALOR DOS GASTOS COM MEDICAMENTOS 2005-2006 EM PROVÍNCIAS SELECCIONADAS

Indicadores de gastos	Huíla	Benguela	Bié	Luanda	Huambo
Valor total dos gastos em USD (000)	1.973	1.574	885	8.833	1.7587
Valor dos kits como % do total de despesas	22%	9%	23%	3%	20%
Gastos locais (excluindo hospitais) como % do total de despesas	6%	54%	18%	24%	26%
Compras por hospitais como % do total	72%	37%	59%	73%	54%
Despesa per capita (incluindo gastos de hospital)	1,32	0,58	0,76	1,89	1,35

Fonte: MINSA/GEPE, Mapas Sanitários, 2007

Se, por um lado, há mais dados disponíveis sobre o valor das compras e se o conteúdo dos diferentes tipos de kits é padronizado, por outro, não há informações disponíveis sobre quais produtos farmacêuticos (medicamentos e materiais) foram aprovisionados. Os formulários de requisição que deveriam indicar os tipos e quantidades de medicamentos demandados pelas unidades de saúde estão sendo utilizados em maior e menor escala nas províncias e municípios, sendo que deveriam ser usados para analisar como são feitos os gastos (por exemplo, itens de movimento mais rápido e valor mais alto conforme a classificação terapêutica).

Problemas e interrupções no processo de aprovisionamento são citadas com frequência e estão relacionadas a três questões: 1) a falta de dados sobre população e utilização dos serviços; 2) capacidade limitada para gerir os inventários; e 3) falta de um orçamento previsível.

Necessidade de dados: Em princípio, as compras se baseiam em estimativas de necessidades que vão sendo depuradas desde os níveis mais baixos até a DPS onde os dados são compilados e encaminhados ao MINSA/DNME, onde servirão de base para a elaboração dos editais de compra. As estimativas relativas a kits de medicamentos essenciais têm por base o tamanho da população, os índices de consumo esperado e dados sobre o consumo passado, conjunto de informações que é então ajustado às disponibilidades do orçamento. No caso dos kits de medicamentos essenciais, os postos, centros de saúde e hospitais municipais que contam com médicos recebem um kit por 1.000 consultas/mês. Esta estimativa tem por base a média de consultas esperadas para o período de um ano. Na realidade, algumas unidades de saúde podem realizar mais de mil consultas por mês. Fazem-se necessárias informações mais precisas sobre o consumo mensal durante um determinado período para que se possa ter uma previsão, com alguma exactidão, das necessidade.

Necessidade de capacidade: A falta de pessoal capacitado para prover informação influenciou os dados sobre consumo, que apresentou falhas. Além do pessoal não estar capacitado para calcular as necessidades, muitas vezes o próprio formulário para rastrear o consumo nas unidades não estava disponível. Cálculos de consumo passado que não considerem as roturas de stock conduzem a erros nas estimativas baseadas em necessidades. As estimativas com base no consumo passado deverão melhorar com a reintrodução de sistemas de acompanhamento dos inventários e dos dados sobre os pacientes e bases populacionais. Os erros de estimativa de necessidades podem ser provenientes tanto da própria natureza do sistema de kits quanto da não aplicação de práticas correctas de gestão de inventários. As estimativas de consumo também sofrem influência das compras pontuais ocorridas para 'suprir diferenças de stock'.

Limitações orçamentais: O grande desafio para o processo de aprovisionamento é não somente a insuficiência de verbas orçamentais mas também os problemas relacionados à execução do orçamento. A DNME é responsável por buscar uma adequação entre as necessidades e o orçamento previsto,

recorrendo às instituições doadoras para cobrir eventuais brechas. Dada a precariedade do processo de execução do orçamento nacional, ocorrem problemas e interrupções durante o processo de licitação por conta da previsão orçamental não estar disponível quando necessária. As implicações nefastas dessas falhas de processo não se resumem às interrupções no aprovisionamento, mas também ao fato de renomados fornecedores internacionais perderem a confiança na capacidade do governo de cumprir com suas obrigações contratuais. Muitos fornecedores deixam de apresentar propostas nas licitações temendo a ocorrência de falhas no processo ou apresentam preços mais altos, menos competitivos, sabendo que poucos concorrentes participarão.[10] No momento em que este relatório era preparado, o MINSA estava tentando resolver um problema em um processo de compra que resultou na ruptura de stocks de kits desde Outubro de 2009, cuja entrega era prevista para Maio de 2010.

Reconhecendo os sérios problemas do sistema público de aprovisionamento, o MINSA anunciou em 2009 a intenção de retirar essas atribuições da DNME e criar um organismo semi-autónomo, a Central de Medicamentos. Esta decisão fundamenta-se na ideia de que esta nova entidade estará devidamente equipada e apoiada para conduzir processos de aprovisionamento enormes e complicados, além de contar com incentivos para desempenhar suas funções com eficiência. Embora os detalhes deste novo organismo não estejam finalizados, permanece pouco claro até então como o problema da fragilidade fiscal será abordado.

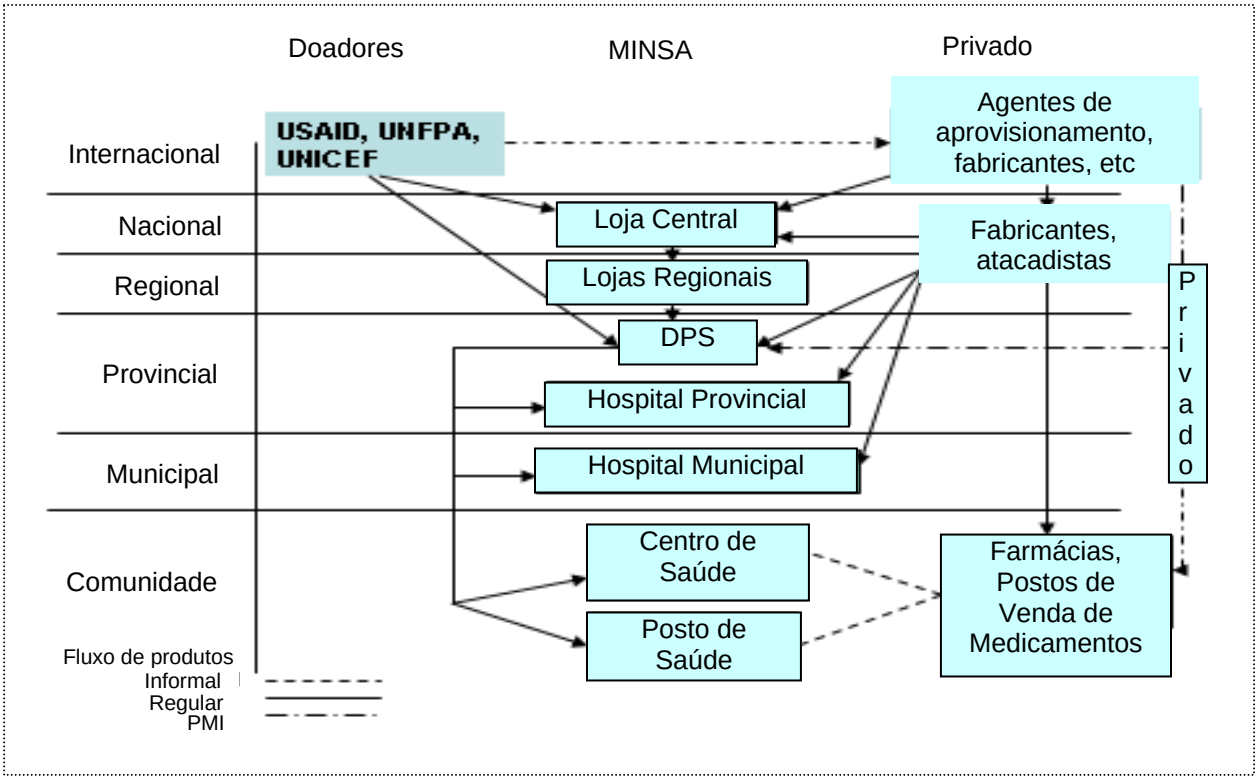
Há uma percepção geral, que vem sendo corroborada por dados, de que as despesas com medicamentos privadas ou pagas pelo próprio consumidor são significativas em Angola. Embora os serviços básicos, incluindo medicamentos, devessem ser gratuitos para a população, a escassez acaba forçando os prestadores a instruírem seus pacientes a comprarem os itens necessários no sector privado. As estimativas dos perfis sanitários provinciais indicam que aproximadamente um terço ou até mesmo metade dos pacientes não receberam de graça os medicamentos que deveriam ter recebido. Em 2005, observou-se que algumas unidades de saúde compravam medicamentos em farmácias locais e os vendiam aos pacientes, sendo que algumas vendiam os suprimentos recebidos do MINSA. O processo de vender suprimentos conhecido como 'comparticipação' permitiu que unidades usassem o dinheiro auferido para atender necessidades que de outra forma não seriam atendidas. Embora a prática da venda de serviços e medicamentos não seja considerada ilegal, ela foi suspensa em 2006 na medida em que não haviam sido criados regulamentos ou padrões que orientassem tal prática e para assegurar que os serviços básicos não se tornariam inacessíveis para os pacientes.

4.4.4 ARMAZENAGEM, DISTRIBUIÇÃO E LOGÍSTICA

A DNME opera dois sistemas de distribuição. Os kits padronizados "são empurrados" para os centros e postos de saúde de acordo com um programa pré-determinado (mensalmente). Considera-se que o sistema de kits é apropriado onde os sistemas de saúde são precários e não contam com capacidade para administrar a cadeia de suprimento com pedidos de requisição correspondendo à demanda individual pelo produto. Os sistemas tradicionais que "puxam" os aprovisionamentos trabalham com um efectivo completo de medicamentos e são usados para atender às necessidades dos centros de saúde e hospitais de nível mais elevado. De acordo com este sistema, as unidades de saúde preparam as requisições para itens específicos em quantidades que se baseiam em dados do consumo histórico estimados.

[10] Os preços obtidos em licitações realizadas em 2009 não estavam disponíveis para verificação.

FIGURA 10: FLUXO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS EM ANGOLA



Os editais mais recentes para aprovisionamento de medicamentos comprados e importados pelo MINSA, inclusive kits, mencionam entrega "com taxa paga" nos três principais armazéns de Angola. Actualmente, Angola dispõe de três importantes armazéns regionais de medicamentos nas localidades de Luanda, Benguela e Namibe. O armazém de Luanda pertence à fábrica estatal Angomedica, que foi recuperada com a ajuda da UNFPA e que serve como loja central de medicamentos, sendo utilizada como base de apoio para a distribuição dos produtos de saúde reprodutiva comprados pela UNFPA. A USAID e PMI também usaram esse armazém na distribuição de seus produtos até 2009, tendo ocorrido depois um grande roubo de suprimentos. Este roubo foi usado como ilustração da importância de um sistema confiável de gestão de inventários. Em 2008/2009, com o apoio da USAID e PMI, foi instalado um sistema em uma loja central de medicamentos que era eficaz na prevenção dos roubos de ACTs mas que não está mais em uso[11]. Assim, a falta de confiança no armazém e, por associação, na capacidade de transportação do MINSA, levou os programas verticais a realizarem contratações de serviços na rede privada com custos consideravelmente maiores.

Em geral, esses armazéns são considerados inadequados em termos de tamanho e condições, sendo que o OGE para 2010 cita que três novas lojas regionais serão construídas nos próximos anos. Uma delas será construída em Lubango e atenderá as províncias localizadas no sul (Huila, Namibe, Cunene e Kunado Kubango). Outra será localizada em Lobito para atender as províncias de Benguela, Kwanza Sul, Huambo e Bié. Uma terceira será construída em Malange para dar cobertura às províncias de Lunda Norte, Lunda Sul e Moxico. Uma nova loja em Luanda cobrirá as províncias de Kwanza Norte, Uíge,

[11] De acordo com a USAID, o sistema baseado na plataforma Oracle não está mais sendo utilizado porque o MINSA suspendeu o pagamento da licença de uso por razões desconhecidas.

Bengo, Zaire e Cabinda. Até que essas novas lojas sejam construídas e até que seja provado o contrário, a segurança das lojas de medicamentos continuará sendo uma séria preocupação.

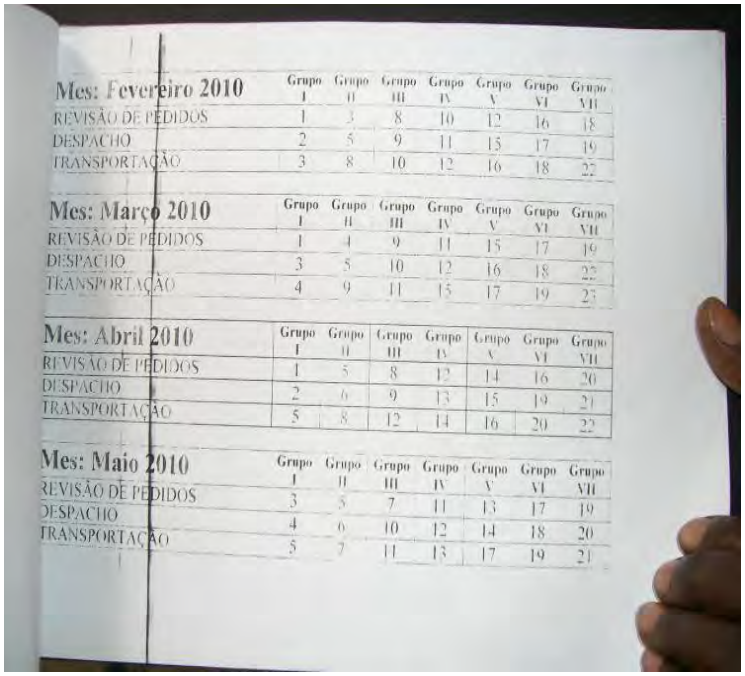
A programação de compras especificas que são entregues por parte dos fornecedores ou lojas centrais de medicamentos aos depósitos regionais deve ocorrer apenas duas vezes ao ano. Cada depósito regional dispõe de um empregado responsável por providenciar a transportação dos medicamentos e provimentos para cada província sob sua jurisdição. Este empregado recebe suas atribuições do MINSA (como um empregado federal), mas sua contratação se dá por uma autoridade da província na qual está situado o depósito. Na medida em que todo o planeamento é executado pelo MINSA, o empregado é responsável somente por assegurar que uma respectiva quantidade de kits chegue correctamente à loja provincial. Ele não é responsável por qualquer acção de planeamento.

Uma vez que o montante correspondente ao suprimento de seis meses chega a um depósito designado, procede-se ao parcelamento e entrega do mesmo a cada uma das 18 províncias, em bases mensais, atendendo às requisições recebidas da DPS. Apesar da DNME dispor de alguns veículos, a maior parte da transportação para as províncias é feita mediante contrato com empresas privadas. A distribuição para os municípios e níveis subalternos se processa na base de colecta, sob gestão da autoridade local. A equipa observou em Huambo que a DPS administrava um programa mensal do qual constavam as datas em que as unidades de saúde, atribuídas a grupos específicos, podiam submeter as requisições e colectá-las (ver foto abaixo). Em princípio, os custos e logística de distribuição de todos os medicamentos, do nível regional ao nível das clínicas de saúde, estão sob a responsabilidade do MINSA. A falta de recursos do MINSA tem forçado os governos provinciais a administrar com recursos próprios a distribuição para as unidades de saúde.

As condições de stocks nos armazéns, hospitais, centros e postos de saúde, entre outros, são, em geral, consideradas como sub-óptimas e em muitos casos, como inadequadas em termos de tamanho e estado de conservação.[12]

Tais condições dizem respeito a falta de controlo das próprias provisões, e carência de capacidade para administrar a qualidade do produto, principalmente daqueles que exigem controlo de temperatura.

Os Mapas Sanitários provinciais apontam a necessidade de novas construções, reabilitações e equipamentos (por exemplo, câmaras frigoríficas) para os armazéns e unidades de saúde, inclusive em termos de armazenamento. Presume-se que as autoridades provinciais e municipais serão capazes de fazer uso dessas informações para formularem seus planos anuais.



Mes: Fevereiro 2010	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V	Grupo VI	Grupo VII
REVISÃO DE PEDIDOS	1	3	8	10	12	16	18
DESPACHO	2	5	9	11	15	17	19
TRANSPORTAÇÃO	3	8	10	12	16	18	22

Mes: Março 2010	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V	Grupo VI	Grupo VII
REVISÃO DE PEDIDOS	1	4	9	11	15	17	19
DESPACHO	3	5	10	12	16	18	22
TRANSPORTAÇÃO	4	9	11	15	17	19	23

Mes: Abril 2010	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V	Grupo VI	Grupo VII
REVISÃO DE PEDIDOS	1	5	8	12	14	16	20
DESPACHO	2	6	9	13	15	19	21
TRANSPORTAÇÃO	5	8	12	14	16	20	22

Mes: Maio 2010	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V	Grupo VI	Grupo VII
REVISÃO DE PEDIDOS	3	5	7	11	13	17	19
DESPACHO	4	6	10	12	14	18	20
TRANSPORTAÇÃO	5	7	11	13	17	19	21

Programa mensal das requisições submetidas pelas unidades e datas de entrega. Foto de Maria Miralles.

[12] Dados sobre o valor das perdas devido a furtos nos vários depósitos não estavam disponíveis.

Não há, actualmente, um sistema de informação único e integrado que acompanhe o fluxo de suprimentos entre os armazéns e as unidades de saúde nos seus diversos níveis. A DNME identificou esse ponto como uma deficiência séria que sobrecarrega ainda mais a monitorização e supervisão das actividades nas unidades de saúde. A capacidade de assegurar uma supervisão confiável sobre a cadeia de suprimento constitui um constante desafio para o MINSA, tendo em vista o encargo de administrar demandas que competem entre si, contando apenas com um grupo limitado de servidores qualificados. Acrescente-se a isso a necessidade de pessoal para acompanhar as actividades dos diversos programas verticais. Desde 2005 o pessoal de cada província recebe capacitação (incluindo cursos de reciclagem) para realizar a supervisão de apoio da gestão de inventários, com a ajuda da USAID e outros doadores. Ao tempo da confecção do presente relatório, estavam sendo consideradas alternativas para harmonizar e simplificar as acções de monitorização e supervisão dos vários programas junto aos doadores e ao MINSA.

4.4.5 USO RACIONAL

No exercício de prever os factores que impactam o processo de aprovisionamento, há uma série de suposições e expectativas sobre a forma como os medicamentos serão usados. Um sistema eficaz de aprovisionamento não pode prescindir de um método adequado de prescrição de medicamentos e acompanhamento do uso pelos pacientes.

Em conjunto com seus parceiros, o MINSA desenvolveu várias directrizes e protocolos de tratamento padronizados para uma prescrição adequada. Eles orientam sobre as linhas de tratamento preferenciais para as afecções mais comuns, linhas estas que foram corroboradas e aceitas pela DNME para inclusão nas listas de medicamentos essenciais. As directivas de tratamento devem ser actualizadas regularmente e amplamente divulgadas, porém algumas não sofrem a adequada actualização, por vezes estão incompletas ou sequer foram sancionadas, sendo que outras ainda não foram devidamente divulgadas. Em geral, a divulgação pressupõe alguma acção de formação. De acordo com o estudo MINSA/OMS 2007 (Tabela 24), apenas metade das unidades pesquisadas tinha disponíveis manuais de uso por ocasião da avaliação. Vinte por cento das prescrições eram medicamentos de marcas registadas que os pacientes teriam que comprar na rede privada. Contrariamente às boas práticas de distribuição, apenas sete por cento dos medicamentos distribuídos estavam adequadamente rotulados e apenas cinco por cento dos pacientes entrevistados sabiam explicar correctamente como os medicamentos deveriam ser tomados.

TABELA 24: INDICADORES DE USO RACIONAL (MINSA/OMS 2007)

Critérios	%
Estão na lista dos medicamentos essenciais	72,2
São prescritos usando a marca registada	20,5
Estão correctamente rotulados	7,0
% de unidades de saúde com directivas de tratamento padrão (malária, doenças sexualmente transmissíveis e saúde infantil) e o formulário nacional	53,0
% dos pacientes que sabem como tomar o medicamento	5,3

Embora a DNME tenha incluído a criação de farmácias baseadas nas unidades e comités farmaco-terapêuticos em seu plano estratégico para a revisão regular das práticas de prescrição e seus resultados, o sistema ainda não existe.

4.4.6 RESUMO DOS RESULTADOS: PRODUTOS FARMACÊUTICOS

Esta secção resume o desempenho do sistema de produtos farmacêuticos em termos de critérios de avaliação do sistema de saúde.

ACESSO

Antes da criação dos Mapas Sanitários provinciais, não existia um inventário abrangente documentando a localização geográfica das unidades de saúde em relação às populações que devem ser atendidas. Embora essa informação ainda esteja sendo compilada, é fato reconhecido que a distribuição das unidades de saúde e, por consequência, dos medicamentos que deveriam estar sob sua guarda, poderia ser melhorada de modo a atender com mais eficácia algumas das áreas mais remotas do país. A existência de farmácias e drogarias privadas melhora o acesso geográfico aos medicamentos em geral, mas nem sempre são os mesmos medicamentos usados na rede pública de saúde ou nem sempre há garantia da qualidade, além do fato de não serem gratuitos.

Paralelamente à questão do acesso geográfico às unidades de distribuição, persiste a incerteza quanto a estas unidades estarem aprovisionadas ou não. As situações de escassez podem ser monitorizadas pela cadeia de aprovisionamento. No momento em que este relatório estava sendo preparado, o sistema de kits em Angola vivia seu sétimo mês de ruptura de stock como consequência de um colapso no processo de aprovisionamento que atingiu todas as unidades de saúde do país. Conforme um estudo feito pelo MINSA com a ajuda da OMS em 2007 (Inquérito do Sector Farmacêutico 2007), apenas metade dos armazéns provinciais tinham à disposição o jogo completo de medicamentos essenciais por ocasião do inquérito e nenhuma das unidades de saúde investigadas dispunham do jogo completo de medicamentos naquele momento. Os resultados de cinco inquéritos provinciais apresentados nas Tabelas 25 e 26 abaixo mostram uma grave rotura de stock de medicamentos básicos e equipamentos nas unidades de saúde.

TABELA 25: DISPONIBILIDADE DE PROVISÕES ESSENCIAIS NAS UNIDADES DE SAÚDE

Percentual de unidades de saúde com medicamentos seleccionados				
Local	**Sulfato de magnésio**	**Oxitocina**	**Cloridrato de hidralazina**	**Solução de Ringer Lactato**
Bengo	28	39	17	89
Lunda Norte	45	36	0	64
Malange	31	23	0	100
Moxico	30	25	10	60
Uíge	24	20	20	96

Fonte: Mapas Sanitários

TABELA 26: DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS ESSENCIAIS NAS UNIDADES DE SAÚDE

Percentual de unidades de saúde com equipamentos seleccionados								
Local	**Estetos-cópio biauricular**	**Tanque de oxigênio**	**Kit de parto**	**Cateter de Foley**	**Kit de curetagem**	**Kit cesariana**	**Kit Forcep**	**Kit sucção**
Bengo	56	16	28	33	17	6	6	6
Lunda Norte	93	9	73	27	45	27	9	18
Malange	82	0	54	23	46	8	8	8
Moxico	85	5	20	25	20	20	10	10
Uíge	83	0	92	44	32	32	12	32

Fonte: Mapas Sanitários

Verificou-se que a disponibilidade dos medicamentos constantes da lista utilizada pelo MINSA e OMS para o estudo sobre a disponibilidade de medicamentos nas unidades de saúde era comparativamente

alta (73 por cento) no sector privado formal (farmácias e drogarias). Não foi possível determinar se os preços de aprovisionamento pagos pelo MINSA por estes medicamentos influiu na capacidade de aprovisionar mais itens, influindo assim na disponibilidade. No entanto, é notório o fato de que a precariedade do sistema de distribuição (armazéns e transportação) acarreta prejuízos, devido a roubos e desperdício. Os medicamentos aprovisionados pelo MINSA deveriam ser dados gratuitamente aos pacientes. Embora a DNME tenha expressado preocupação com a possibilidade da iniciativa privada praticar preços abusivos, não existem estudos em Angola que analisem a estrutura de preços dos medicamentos na rede privada de saúde. Em um esforço para identificar opções possíveis para melhorar o acesso da população aos medicamentos essenciais, a UNICEF concluiu entendimentos como o MINSA no sentido de preparar uma ampla avaliação em todo o país da disponibilidade dos medicamentos essências tanto na rede pública quanto na rede privada. Os termos de referência deste estudo estão sendo formulados.

QUALIDADE

As fronteiras vulneráveis, as práticas de aprovisionamento pouco exigentes, as condições precárias de armazenamento e a reduzida capacidade de inspecção são indícios da alta probabilidade de haver problemas de qualidade dos produtos farmacêuticos. O poder de coibir a circulação de falsificações e produtos de baixa qualidade constituiu uma preocupação tanto para o sector público quanto para a iniciativa privada (Guardiano e outros 2007). A DNME está encarando o problema com seriedade e, juntamente com a OMS e outros parceiros internacionais, iniciou um trabalho de intervenção com o objectivo de reduzir os problemas de qualidade, cujas primeiras iniciativas são um sistema de registo dos produtos e um laboratório de controlo de qualidade dos medicamentos. Recentemente, a DNME aderiu à rede de países que se comprometem a comunicar reacções potencialmente adversas a medicamentos ao Uppsala Monitoring Center (UMC - Centro de Monitorização de Uppsala), na Suécia. Como membro da rede, a DNME será chamada a submeter casos de reacção adversa a medicamentos, potencialmente relacionados à baixa qualidade dos mesmos, para a análise do UMC. A DNME também tem intenção de reforçar esta acção com o estabelecimento de um sistema mais activo de avaliação a nível local.

Embora a DNME tenha identificado muitas questões e intervenções importantes que se fazem necessárias para melhorar a qualidade dos produtos e serviços farmacêuticos, o maior risco que a DNME corre, no momento, é o da ausência de um plano estratégico de implementação para orientar uma alocação óptima de recursos no âmbito deste propósito mais amplo. É preciso que haja uma estratégia para estabelecer prioridades de investimentos de maneira a alcançar um nível mínimo de ganhos antes de se embarcar em iniciativas que poderiam ser vistas como menos urgentes, ou inutilizar investimentos por falta do devido sequenciamento, incluindo também a capacitação de especialistas para levar a cabo as diversas funções das novas entidades reguladoras.

EQUIDADE

Por definição, o principal objectivo de um Programa de Medicamentos Essenciais é assegurar produtos farmacêuticos para as necessidades mais básicas da área de saúde pública do país. Entretanto, as unidades de saúde que devem prestar serviços à população mais vulnerável, em geral, não dispõem dos medicamentos. Quando ocorrem rupturas de stock, são três os cenários possíveis: as unidades orçamentais podem usar seus próprios orçamentos para suprir as lacunas, os pacientes podem comprar os medicamentos na rede privada ou ficam sem medicamentos. A prática da comparticipação, actualmente suspensa, demonstrou que alguns grupos da população estão dispostos e podem pagar por seus medicamentos. Não obstante, dada a incapacidade de exercer qualquer controlo, as autoridades foram correctas em se preocupar com o potencial de preços abusivos. Não há orientação prescritiva para as unidades orçamentais provinciais ou de nível mais baixo sobre como superar as situações de

escassez de suprimentos e até que haja alguma padronização baseada em dados demográficos, epidemiológicos ou sobre a utilização dos serviços de saúde, a preocupação com a equidade continuará sendo um factor relevante.

EFICIÊNCIA

A questão mais inquietante relacionada à eficiência do sistema de aprovisionamento farmacêutico é o fato do aprovisionamento ser dependente da situação económica global no que tange os dois principais itens de exportação de Angola, petróleo e diamantes. Apesar dos esforços do MINSA no sentido de tentar superar as interrupções no suprimento provocadas por licitações frustradas ou aprovisionamentos em quantidades insuficientes, os custos de eventos dessa natureza que poderiam ser evitáveis são assustadores. Podemos incluir também os custos associados à perda de escala e aumento dos custos de transacção com compras menores, embora mais frequentes e importantes sejam os custos decorrentes da ausência de tratamento que provoca o agravamento das enfermidades, perda de produtividade e mortes que poderiam ser evitadas. Além disso, há as questões relativas ao planeamento familiar e aos produtos de saúde reprodutiva, que podem ocasionar situações de gravidez indesejada e, assim onerar ainda mais o desenvolvimento social e económico do país.

Outra fonte de ineficiência é a existência de diversos canais de suprimento utilizados por diferentes programas verticais. Embora a maioria desses programas usem a plataforma do sistema administrativo de logística do MINSA, os dados não estão integrados e as bases de dados não são necessariamente compatíveis, fazendo com que uma determinada informação sobre disponibilidade de stock possa ser analisada de diferentes maneiras, seja em termos da disponibilidade em algum armazém regional ou provincial, em alguma unidade de saúde, inclusive em termos do uso de medicamentos no nível do paciente. Tais ineficácias advém também do uso de diversos armazéns, diversos sistemas de transportação, de informação, de monitorização e supervisão. Um sistema de informação de administração farmacêutica coerente deveria permitir uma gestão mais eficiente e eficaz dos produtos da saúde, possibilitando que fossem considerados também aspectos como a segurança e qualidade dos medicamentos. Se houvesse sistemas integrados mais compatíveis, com maior responsabilidade de supervisão, a eficiência aumentaria. No entanto, enquanto os doadores não se sentirem mais confiantes na capacidade do sistema do MINSA de prover produtos e serviços, é pouco provável que essa integração completa ocorra. Como mencionado anteriormente, o amplo estudo a ser desenvolvido com o apoio da UNICEF deverá revelar diferentes oportunidades de alavancar os pontos relativamente fortes dos sectores público e privado a fim de alcançar uma maior eficiência e eficácia do sistema de suprimento.

SUSTENTABILIDADE

Embora o sistema de gestão farmacêutica de Angola possa ser definido como em fase de remodelação, independentemente da reestruturação que possa ocorrer, a grande ameaça que persistirá é a dependência do orçamento geral do país em relação à economia mundial, devido aos dois itens principais da pauta de exportação. Durante os anos difíceis, os doadores intensificam a ajuda para cobrir carências (através de programas verticais, principalmente) mas isto acabou por deixar Angola dependente de outra externalidade sobre a qual tem pouco controlo. Alterar o sistema de financiamento de medicamentos será provavelmente um esforço dramático com resultados nem sempre rápidos ou fáceis, já que o custo político pode ser muito alto. Na medida em que a sociedade angolana se envolver mais com as questões de desenvolvimento social e económico, podem surgir pressões por melhoria do desempenho, sendo que o apoio político para uma ou outra intervenção pode ser visto como oportunidade de atribuir crédito ou culpa em relação ao desempenho, principalmente em períodos pré-eleitorais.

O fato do novo sistema de registo de medicamentos incluir uma taxa, uma parcela (40 por cento) da qual financiará alguns dos custos recorrentes do sistema, é algo positivo, mesmo que esta taxa não cubra o custo integral do processo de registo. O sistema de registo de medicamentos foi projectado de modo que contribuísse com o desenvolvimento da economia local através de incentivos, na forma de uma taxa reduzida de registo, aos fabricantes locais para participarem legitimamente do mercado.

Ainda que o MINSA tenha planos de melhorar a qualidade dos serviços farmacêuticos especializados, essa melhoria não virá rapidamente. Durante algum tempo, haverá limitações de recursos humanos, até que o pessoal local esteja capacitado e inserido no sistema. Há ainda o desafio da "fuga de cérebros" desses profissionais, a menos que as condições de trabalho sejam suficientemente favoráveis para retê-los.

TABELA 27: RESUMO DA GESTÃO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS EM TERMOS DE CRITÉRIOS DE DESEMPENHO DO SISTEMAS DE SAÚDE

	Equidade	**Acesso**	**Eficiência**	**Qualidade**	**Sustentabilidade**
Pontos fortes e oportunidades	Com a descentralização, as províncias poderão gerir seus próprios orçamentos, apesar de, por enquanto, a capacidade ser limitada; Aparentemente, há possibilidades de compartilhamento de custos, o que pode aliviar o ónus dos que não podem pagar.	Acesso às unidades de saúde e sector privado, mas indisponibilidade de medicamentos e equipamentos vitais; melhor disponibilidade no sector privado.	Pacote básico de serviços para orientar integração além dos kits essenciais. Doadores dispostos a considerar integração, inclusive sistema de suprimento. Distribuidores do sistema privado poderiam reduzir tempo de aprovisionamento.	Definição do sistema de garantia de qualidade existe com apoio dos doadores e compromenti-mento político; Permite construção sistemática do sistema se contar com um plano estratégico.	Descentralização transfere questões de responsabilização e capacidade de resposta para níveis inferiores da gestão de suprimentos. Potencial para compartilhamento de custos.
Pontos fracos e ameaças	Risco político associado a não apoiar medicamentos gratuitos; Nenhuma orientação às unidades orçamentais descentralizadas quanto à elaboração dos orçamentos para as necessidades de produtos farmacêuticos.	Suprimento é irregular; áreas mais remotas e empobrecidas não têm acesso às unidades ou aos produtos farmacêuticos.	Muitas compras pequenas em diferentes níveis (perda da economia de escala); falta de confiança na cadeia de suprimento do MINSA resulta em sistemas paralelos para programas, duplicação e sobre utilização dos recursos escassos para monitorização.	Falta de capacidade p/ regulamentar e aplicar as regulamentações em todos os níveis do sector privado; falta de plano estratégico com prioridades definidas pode levar a investimentos aleatórios sem obter resultados significativos.	Descentralização não responde à questão fundamental da carência de um orçamento nacional/do estado estável; níveis locais e provinciais não estão preparados para compras maiores.

4.5 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

4.5.1 VISÃO GERAL

Em Angola, como em outros países, as informações sobre saúde consistem de estatísticas vitais, inquéritos populacionais e estudos especiais, informações de rotina geradas pelo sistema de prestação de serviços e informações de gestão tais como a base de dados da saúde do trabalhador. Angola vem acumulando novas e valiosas informações desde 2005 (ver Tabela 28), incluindo os Mapas Sanitários provinciais, o Inquérito de Indicadores da Malária (MIS) de 2007, Estudo de Assistência Obstetrícia de Emergência (EMOC) de 2007, avaliação da Assistência Pré-natal (ANC) de 2009, e Inquérito da Situação Nutricional, de 2007. O MINSA está promovendo uma campanha nacional de registos de nascimentos. O sistema de recolha de dados e de divulgação funciona melhor em determinadas províncias. Agências das Nações Unidas, o antigo Projecto EU PASS, o Centro de Prevenção e Controlo de Doenças (CDC), e o projecto USAID SES, entre outros, contribuíram para a capacitação na área de recolha e uso de dados de saúde para o processo de tomada de decisão nos níveis central, provincial, municipal e das unidades de saúde.

TABELA 28: O QUE HÁ DE NOVO DESDE 2005 NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

2005	2010
1. Nenhum dado confiável ou completo sobre sistema de saúde (unidades e pessoal); 2. MICS 2001; 3. Muitos formulários diferentes para atender os programas de saúde verticais; 4. Dados de rotina das unidades não confiáveis; 5. Sistema de vigilância sanitária funcionando bem com apoio da OMS e CDC; 6. Dados não são usados para subsidiar decisões a. Geralmente só transitam em via única, da base para topo b. Inquisidores de dados na base com pouca capacidade ou incentivo para usar dados; 7. Nenhum sistema de gestão de inventário de medicamentos.	1. Mapas Sanitários detalhados para 11 províncias; 2. QUIB-2005/6, MIS 2007, EMOC 2007, Avaliação ANC 2004/05/09/09, Situação Nutricional 2007, IBEP/MICS 2008 ; 3. Esforços em curso para harmonizar formulários de programas verticais de saúde e sistemas de divulgação; 4. Dados de rotina confiáveis em províncias seleccionadas; 5. Sistema de vigilância sanitária continua a funcionar com ajuda externa; 6. Capacitação para uso de dados em andamento: a. Trabalhadores da saúde capacitados no uso de dados pelo Projecto SES b. DPS treinado para usar dados na advocacia de planeamento e orçamento c. Incentivos para uso de dados; 7. Sistema de gestão de inventário de medicamentos começando a ser usado.

A divulgação de importantes dados de saúde estava prevista para Julho de 2010 – MICS 2008 incluindo o Inquérito sobre o Bem-Estar da População (IBEP) com o apoio da UNICEF, e o primeiro inquérito em Angola das Contas Nacionais de Saúde para 2006-2008 com o apoio da OMS e USAID. Desde 2001, o GEPE e o MINSA vêm tentando criar um único Sistema de Informações da Saúde (SIS) e banco de dados, bem como harmonizar e simplificar os formulários de recolha de dados de rotina. Recentemente, o Health Metrics Network ajudou o GEPE/MINSA a empreender uma avaliação detalhada do sistema de informações de saúde (SIS) de Angola.

Angola ainda enfrenta atrasos e restrições consideráveis na divulgação de informações. Por exemplo, os relatórios anuais de estatísticas da saúde para 2007, 2008 e 2009 ainda não estão disponíveis; e a análise dos dados de dispêndios com saúde pública foi interrompida em 2005. Registos individuais dos pacientes

são uma raridade no nível de cuidados primários de saúde, o que representa um obstáculo ao processo decisório clínico. Uma carência considerável é a falta de um censo nacional desde a década de 70. A capacidade de gestão de dados nos níveis inferiores ao nacional é muito limitada e não há uma estratégia nacional de informações da saúde (SIS) para tratar destas questões.

4.5.2 POLÍTICAS E REGULAMENTOS DO SIS

O Decreto nº. 32/2000, no seu artigo 3, identifica o Instituto de Nacional de Estatística (INE) como a instituição oficial com a responsabilidade de elaborar e divulgar as informações estatísticas do país. O artigo 21 define que as responsabilidades de recolha e análise de dados fornecidos pelos ministérios membros do Conselho Nacional de Estatísticas, como o MINSA, por exemplo, cabem ao Departamento de Estatísticas Demográficas e Sociais do INE. As fontes oficiais de dados para o SIS incluem unidades de saúde públicas e privadas de todos os níveis, assim como os programas centrais do MINSA, tais como a Direcção Nacional de Saúde Pública e o Instituto Nacional de Luta contra a SIDA, as DPS e o Ministério da Justiça que registam nascimentos, mortes e casamentos; o Ministério da Defesa que cuida do sistema de saúde militar e as empresas públicas e privadas que oferecem benefícios de saúde para seus empregados, além do próprio INE. O anteprojecto da Política Nacional de Saúde reivindica que dois por cento do orçamento da saúde sejam destinados à pesquisas em saúde.

4.5.3 COMPONENTES DO SIS

DADOS POPULACIONAIS – ESTATÍSTICAS VITAIS E CENSO

Os dados populacionais são fundamentais para medir os resultados na área da saúde e necessários para a realização de inquéritos representativos dos agregados familiares por oferecerem um base de amostragem. Esta é uma das áreas mais vulneráveis do sistema de informações da saúde de Angola. Por não haver um censo nacional desde 1971, não existem dados precisos sobre a população e são utilizados diversos métodos estimativos. Os 11 Mapas Sanitários provinciais elaborados pelo GEPE utilizam estimativas populacionais de 2005 com base nas campanhas de vacinação. Algumas das estimativas dos Mapas Sanitários são bem diferentes das estimativas previamente aceitas. Os hospitais não fazem consistentemente os boletins de óbito e as causas da morte frequentemente não são declaradas. Os boletins de óbito são muito limitados fora do âmbito formal do sistema de saúde. O MINSA está realizando uma campanha nacional para registar nascimentos enquanto os comités municipais, liderados pelas esposas dos administradores municipais, fazem auditoria da mortalidade materna.

INQUÉRITOS E ESTUDOS ESPECIAIS

Desde o fim da guerra, Angola se beneficiou de diversos inquéritos sobre agregados familiares e outros estudos. Entretanto, o Inquérito por Agrupamento de Indicadores Múltiplos 2001(MICS), publicado em 2003, permanece sendo a única fonte de informação sobre as taxas de mortalidade infantil. Há uma grande expectativa quanto aos resultados do MICS/IBEP 2008. Os mais importantes inquéritos e estudos realizados desde 2005 foram os seguintes:

1. O Inquérito Indicador da Malária de 2006-2007 estabeleceu a linha base de intervenções importantes na área da malária tais como: propriedade domiciliar e uso de mosquiteiros impregnados com insecticidas; proporção de crianças menores de 5 anos tratadas com ACT no prazo de 24 horas do surgimento da doença; e proporção de mulheres grávidas que receberam duas doses de tratamento preventivo intermitente (IPT) – (http://www.measuredhs.com). Estão sendo esperados novos dados sobre intervenções na área da malária no MICS/IBEP 2008.

2. A Avaliação de Cuidados Pré-Natal (ANC) de 2007 forneceu dados de prevalência de VIH com base em inquéritos feito com bio-marcadores em mulheres grávidas. O estudo ANC 2009 será divulgado brevemente;

3. O Inquérito Nutricional 2007 foi uma amostra nacional representativa de crianças menores de cinco anos e das famílias. Examinou a situação nutricional, incidência de doenças (febre, diarreia e infecções das vias respiratórias superiores), acesso ao tratamento de acordo com o tipo de unidade, e práticas de saúde das famílias;

4. Perfis municipais são descrições detalhadas e abrangentes dos municípios sob a direcção do Ministério da Administração do Território com a USAID, Chevron, Care, Save the Children e a ONG local Development Workshop. Os Perfis são parte dos Projectos de Desenvolvimento Municipal (PDM), que apoiam o processo de descentralização do governo. Os perfis municipais compreendem governação, factores físicos, ambientais, institucionais, sociais e económicos. A metodologia participativa inclui a administração municipal e comunidades, com coordenadas do Sistema de Informações Geográficas (GIS) e fotos. A equipa tem conhecimento de três perfis já concluídos: Cabinda e Chicala em Huambo, e Cuito Cuanavale na província de Kuando Kubango;

5. Os Mapas Sanitários provinciais são estudos detalhados de todas as unidades de saúde em uma determinada província, incluindo dados sobre dimensões e condições dos edifícios, pessoal, equipamentos, fotos, coordenadas GIS e dados sobre custos. Todos os dados do mapa estão disponíveis em uma base de dados que permite pesquisa no GEPE. A elaboração dos Mapas começou em 2007 e em Abril de 2010, o trabalho em 11 províncias tinha sido concluído, inclusive em Bengela, Bié, Cabinda, Cunene, Huambo, Huíla, Luanda e Malange. A actualização dos Mapas com frequência será um grande desafio. Em relação ao GIS, Angola não conta com um único dicionário nacional que relacione e enumere todas as localidades do país. O MINSA tem planos de concluir os Mapas Sanitários de todas as 18 províncias até o final de 2010.

6. O EMOC 2007 oferece uma visão geral dos serviços de saúde materna;

Os estudos e inquéritos propostos e esperados para brevemente são:

a. Censo nacional

b. Inquérito Demográfico da Saúde

c. Inquérito CAP rápido feito anualmente entre os 18 municípios que são objectos do novo projecto do Banco Mundial

d. Conclusão dos Mapas Sanitários das sete províncias restantes e largo acesso à base de dados do GEPE, com funções de mapeamento do GIS

e. Um sistema nacional de informações administrativas de recursos humanos, do qual constariam os profissionais de saúde pública; ou um MIS separado para os profissionais da saúde

f. Um Estudo Indicador da SIDA (AIS)

g. Um estudo em Luanda das prioridades locais dos esforços de controlo do SIDA (PLACE)

h. Um BSS informativo sobre os programas de prevenção do VIH para populações de risco como jovens mulheres, motoristas de caminhão, militares, mineiros e prisioneiros

DADOS DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE ROTINA

As informações rotineiras da saúde são conhecidas como SIS – Sistema de Informação Sanitária. Os dados do SIS circulam por meio de um sistema impresso em papel e vão dos hospitais municipais, centros de saúde e postos até o DPS. A RMS participa deste fluxo de informação nas localidades onde opera; caso contrário, esse nível não é considerado para efeito do fluxo. Os dados que são processados no SIS são das seguintes áreas: volume de consultas, avaliações epidemiológicas (ver abaixo), dados do "hospital"[13], nutrição, diarreia, saúde infantil, testes laboratoriais, estomatologia (estudo médico da boca e dentes e de suas doenças), e saúde reprodutiva (planeamento familiar, contraceptivos, cuidados pré-natais, mortalidade materna). No caso das unidades de saúde, poderão ocorrer exigências de informações adicionais quando algum programa é financiado por parceiros externos, em cujo caso as exigências do parceiro devem ser atendidas. De acordo com o SES, a maioria das unidades não possuem registos individuais dos pacientes. Isto se constitui em um grave obstáculo para a melhoria dos resultados da saúde materna na medida em que os clínicos que fazem o parto não dispõem do histórico completo e preciso do paciente. O SES está desenvolvendo um projecto piloto de histórico do paciente no caso de gravidez. A importância do histórico do paciente também é reconhecida para os casos de VIH/SIDA, sendo que o último Plano Estratégico Nacional para a VIH/SIDA contempla um sistema de informações para os pacientes consumidores de ARVs (medicamento antirretroviral).

A DPS é responsável pela administração de todas as actividades de saúde nas províncias. Conta com três principais departamentos: (1) departamento de saúde pública e controlo epidemiológico; (2) departamento de assistência médica e actividade hospitalar, e (3) departamento de estatística, planeamento e infra-estrutura. Todas as unidades da província devem necessariamente fornecer à DPS as informações relativas à saúde (epidemiológicas e orçamentais). Ao DPS cabe a tarefa de processar e analisar todas as informações recebidas das províncias e enviá-las para o nível central, a saber: GEPE do Ministério da Saúde e cada programa sob a responsabilidade da DNSP. Os programas nacionais processam seus próprios dados.

DADOS DA AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE ROTINA

O Sistema Nacional de Avaliação Epidemiológica recolhe informações diárias no nível das unidades de saúde, que são agregadas em um sistema de notificação mensal para elaboração do boletim mensal. Informações de suspeição de poliomielite, sarampo, tétano neo-natal, meningite e malária devem ser colectadas de maneira ágil semanalmente através do Sistema de Alerta Rápida e divulgadas em boletins semanais e mensais. Os hospitais provinciais também informam à DPS os dados rotineiros de saúde mas também devem informar casos suspeitos aos municípios através do sistema de alerta. O sistema de avaliação ainda carece de uma capacidade laboratorial adequada a nível das áreas periféricas. Os investimentos

[13] Os centros de saúde também prestam essas informações inclusive dados de hospitalização (internamentos, transferências, mortes, mortes ocorridas em 48 horas, e assim por diante).

em equipamentos de laboratório nos centros de saúde são visíveis, porém a falta de capacitação dos técnicos e a indisponibilidade de reagentes ainda constituem obstáculos.

O organismo PMI cooperou com duas iniciativas de vigilância da malária. A primeira envolveu uma parceria com ONGs locais em quatro municípios (Malange, Kwanza Norte, Kwanza Sul e Huambo) para melhorar os diagnósticos da malária e seu sistema de informação. A ajuda do PMI para esta iniciativa se encerrará no ano fiscal de 2010 porque o PMI julgou que "na medida em que esses casos são clinicamente diagnosticados, nem todos os municípios estão fornecendo as informações regularmente, sendo que há demoras na transmissão dos relatórios para o NMCP (National Malaria Control Programme – Programa Nacional de Controlo da Malária) e esses dados se tornam de utilidade limitada para a detecção de epidemias." O segundo esforço de avaliação com a cooperação do PMI é o Malaria Early Warning System (Sistema de Alerta Precoce da Malária) em associação com a OMS. O Sistema Nacional de Avaliação Epidemiológica recolhe os dados sobre malária nas províncias onde há propensão a epidemias no sul do país (Cunene, Kuando Kubango e Namibe).

Ainda que a Estratégia Nacional para o Controlo da Malária para 2008-2012 contemple a detecção precoce e a contenção rápida de epidemias dentre seus objectivos, não há planos de controlo de epidemia nos níveis provinciais e municipais e os sistemas existentes de detecção e resposta a epidemias são mal organizados e geralmente fracos (Plano Operacional da Malária 2010).

O INLS recolhe os dados sobre VIH provenientes dos SIS (dados de rotina com base nas unidades), dos bancos de sangue, sítios sentinelas de vigilância e dos sítios de VCT (voluntary counselling and testing – aconselhamento e exame voluntário) assim como de estudos específicos. Alguns exemplos seriam os estudos CAP das populações de maior risco ou de jovens, e o Inquérito de Vigilância Pré-natal de 2007 baseado no inquérito de bio-marcadores em mulheres grávidas. Em teoria, os casos de SIDA deveriam ser notificados pelas unidades de saúde especializadas nesse tratamento (por exemplo, Hospital Divino Benefício).

SISTEMAS DE INFORMAÇÃO PARA GESTÃO DA SAÚDE

O sistema de manutenção dos registos de inventário está gradualmente sendo estabelecido na área de compras locais e em grupo (ver secção Produtos Farmacêuticos). Há uma oportunidade de ser criado um único sistema de gestão de inventários que dará apoio às demandas de vários programas. O MINSA introduziu no início de 2009 um software espanhol de HMIS (health management information system – sistema de informações de gestão de saúde) que não mereceu qualquer menção no relatório de avaliação preliminar da HMN (Health Management Network – Rede de Administração de Saúde). Nossa equipa não encontrou qualquer outro sistema de informação de gestão sendo utilizado e propõe alguns a seguir:

1. Como observado na secção de recursos humanos, o MINSA propõe a criação de uma base de dados dos trabalhadores públicos da saúde;

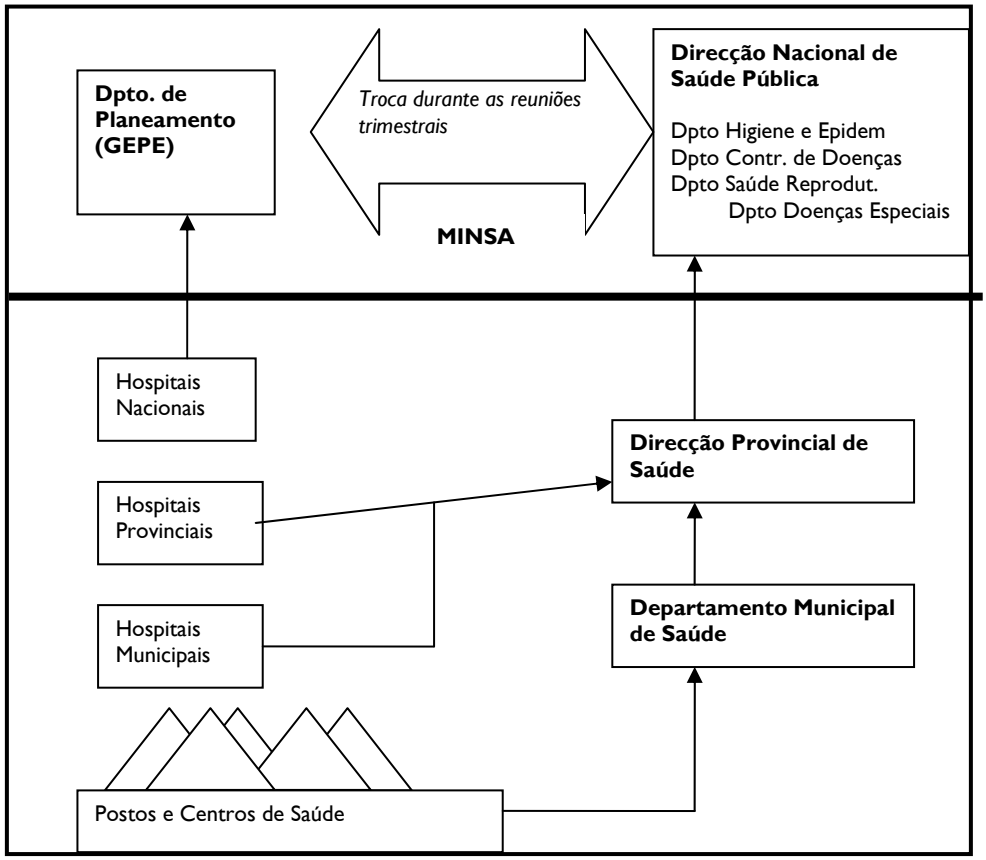
2. Como ressaltado na secção de prestação de serviços, a base de dados dos Mapas Sanitários provinciais constitui um rico sistema de informação da rede de unidades públicas de saúde. Este sistema compila os dados de serviços e os de infra-estrutura e está vinculado ao sistema de planeamento municipal. Espera-se que o GEPE siga adiante com os planos de possibilitar amplo acesso a essa base de dados, o que aumentaria as possibilidades das informações serem utilizadas e actualizadas, podendo, mais tarde, estarem vinculadas à base de dados de recursos humanos;

3. Como mencionado na secção financeira, o projecto PASS apoiou o GEPE na produção de análises de financiamentos no sector da saúde e a OMS está no momento ajudando o GEPE a concluir o que será o primeiro plano das contas nacionais da saúde. Ambos os esforços requerem a análise das categorias orçamentais do estado a fim de consolidar todos os gastos relacionados à saúde. Não há, actualmente, uma produção rotineira de informações financeiras relacionadas à saúde, nem sequer dos gastos com a saúde pública.

QUESTÕES

O fluxo de informações rotineiras da saúde flui em sentido único, partindo da prestação de serviços e locais de vigilância para o nível nacional (ver representação esquemática da Figura 11). Além disso, os trabalhadores no nível das unidades de saúde fazem um uso limitado das informações que produzem. Como excepção, citamos o caso da distribuição de kits de medicamentos essenciais para as unidades que se dá com base no volume de consultas. Infelizmente, como o aprovisionamento dos kits tem sido tão irregular, a recolha oportuna dos dados não traz uma "recompensa" suficiente. Esta situação arrefece a motivação dos que trabalham na linha de frente para recolher informações com qualidade, além de ameaçar a utilidade e a credibilidade de toda o SIS de rotina. O ante-projecto da Política Nacional de Saúde (PNS) reconhece formalmente a necessidade de "... respostas dos níveis central e intermediário para o nível do informante" (MINSA 2009, pág. 33). Por outro lado, não está claro até que ponto as unidades privadas de saúde contribuem com seus dados.

FIGURA 11. ESQUEMA GERAL DO SISTEMA PÚBLICO DE INFORMAÇÕES DE ROTINA – DADOS DE UTILIZAÇÃO E SUPERVISÃO



4.5.4 UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE ÚNICO

O sistema de informação de saúde de rotina é de certa maneira sobrecarregado pelos programas nacionais que mantém seus próprios formulários e ficheiros de dados verticais. Diferentes grupos elaboraram os formulários de recolha de dados em momentos diferentes. Todos os programas, assim como outros institutos do MINSA, devem se reunir regularmente para partilhar e reconciliar dados entre si e com o GEPE. Um decreto do ano de 2000 atribui ao GEPE a responsabilidade de preparar o planeamento e orçamento anuais, em estreita colaboração com outros órgãos, bem como coordenar as avaliações periódicas do estado de saúde da nação. Após cada reunião de reconciliação de dados, o GEPE compila os dados que serão divulgados pelo MINSA em publicações trimestrais e anuais. Aparentemente este processo não está funcionando já que a publicação do 'Anuário' contendo as estatísticas anuais, não ocorre desde 2006!

A estratégia do sistema sanitário municipal do MINSA requer um SIS unificado que concilie os requisitos em todos os programas verticais de modo a simplificar e integrar o processo de recolha e agregação de dados. O GEPE está trabalhando para implementar esta visão do SIS. Dentre os obstáculos ao projecto, podemos mencionar as exigências de divulgação associadas ao substancial financiamento vertical para o SIS, tanto para recolha de dados de rotina quanto para inquéritos, ou para programas específicos como VIH/SIDA, malária e vacinação / PAV (Programa Ampliado de Vacinação).

4.5.5 QUALIDADE DOS DADOS

Como mencionado anteriormente, o fluxo de sentido único das informações de rotina não motiva aqueles que trabalham com a recolha das informações a se preocuparem com a qualidade dos dados. Ainda que em algumas províncias a situação seja um pouco melhor, o SIS de rotina padece com casos de relatórios perdidos ou danificados, classificações inconsistentes (por exemplo, diagnóstico de febre como sendo malária sem realização de teste prévio) e gestão de dados deficientes (notificação, preenchimento, utilização de dados e interpretação).

A integridade e precisão dos dados varia de acordo com o programa em questão. Por exemplo, os programas de avaliação epidemiológica em cooperação com a OMS contam com mão-de-obra e transportação para verificação da qualidade das informações. Ao longo do mês, os veículos transitam pela província de Luanda de modo que os supervisores provinciais e municipais possam verificar a acuidade dos dados preenchidos nos formulários em comparação com os registos. Em Luanda, o director provincial da divisão de supervisão busca activamente obter dados completos dos provedores privados,[14] bem como de outros departamentos do MINSA, como o Banco de Sangue Nacional. Os programas com menos recursos, entretanto, não podem contar com uma supervisão da qualidade dos dados do nível das mencionadas acima.

Além dos problemas qualitativos dos dados em razão de erros humanos e falta de recursos para fazer verificações, há ainda alguns erros sistémicos identificados pelas equipas que trabalharam com os Mapas Sanitários das províncias. Poucas unidades hospitalares informam sobre internamentos e, portanto, os coeficientes de ocupação de leitos não são calculados. As informações relativas a stock de vacinas nas unidades de saúde são inadequadas. Frequentemente, as unidades carecem de dados sobre saúde materna, tais como visitas de planeamento familiar ou pré-natal (MINSA 2007).

[14] Espera-se que o sector privado preste informações ao SIS, embora nem todas as clinicas particulares o façam.

4.5.6 USO E ANÁLISE DOS DADOS

O GEPE e os programas nacionais sob a responsabilidade do DNSP continuam detendo a capacidade de manipular e utilizar dados para programação. Entretanto, a falta de conexão entre o processo de planeamento e orçamentação do governo, e o processo de recebimento e de dispêndio dos fundos (ver Secção de Financiamento) não recompensa os que com isso trabalham por usarem dados da saúde no planeamento e orçamentação. Os programas verticais, tais como malária e VIH/SIDA, tendem a fazer maior uso dos dados para monitorizar resultados, em parte por conta do apoio e responsabilização dos doadores. Por exemplo, o Programa Nacional de Controlo da Malária, em cooperação com o PMI e outros parceiros, está implementando uma nova política nacional relativa ao uso dos Exames Rápidos de Diagnose e à ampliação da capacidade laboratorial, o que irá melhorar os dados de prevalência da malária assim como evitar tratamentos desnecessários.

Vários trabalhadores do DPS e dos quadros de pessoal dos municípios também têm qualificações para realizar análise de dados em termos de equipamentos de informática e formação de pessoal, devido aos esforços de projectos como o EU PASS, SES da USAID e de outros parceiros. A equipe observou muitos gráficos e tabelas em exposição nas unidades de saúde visitadas. Entretanto, embora a DPS devesse formular estratégias de saúde para as províncias, nenhuma estratégia foi realizada. Os Mapas Sanitários provinciais (discutidos anteriormente) representam um grande avanço e propiciam uma base detalhada de informações para a elaboração das estratégias sanitárias e planos de desenvolvimento a nível de província, havendo expectativas de que façam parte de novos projectos de saúde do Banco Mundial e da UE.

Com o processo de descentralização em prol dos municípios a pleno vapor, há uma urgente necessidade de melhorar o uso das informações a nível das unidades de saúde e municípios, o que, por sua vez, deverá contribuir para uma melhor qualidade dos dados. A capacitação no SIS deveria estar integrada à de clínica e gestão de modo que os participantes pudessem aprender a utilizar os dados para as decisões clínicas e administrativas. As supervisões rotineiras deveriam fazer uso dos dados do SIS, reforçando as boas práticas de SIS para recolha, análise e utilização de dados.

4.5.7 RESUMO DOS RESULTADOS: SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Esta secção resume o desempenho do sistema de informações sobre a saúde em termos dos critérios de avaliação do sistema de saúde.

TABELA 29: DESEMPENHO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE EM TERMOS DOS CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

	Equidade	Acesso	Eficácia	Qualidade	Sustentabilidade
Pontos fortes e oportunidades	Novos dados do inquérito com base na população estão disponíveis para uso na monitoria da equidade e acesso; em especial o MICS-IBEP 2008 que tem dados sobre acesso e gastos das famílias com saúde, por faixa de renda. Oportunidade no caso de dados que permitam uma melhor definição das metas para os recursos da saúde.		Amplo consenso quanto à necessidade de SIS mais harmonizado, que esteja integrado e simplificado no nível das unidades; Reforçado pela ênfase da estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde em cuidados primários.	Avaliação HMN realizada em 2009. Amplo consenso quanto à necessidade de melhorar a qualidade e uso dos dados de modo a aprimorar a qualidade da assistência clínica. Projecto piloto de registo do paciente no caso de saúde	Vários esforços inconclusos para melhorar SIS e lidar com a fragmentação. Será que a combinação da estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde com o apoio do Health Metrics Network conduzirão a resultados reais?

	Equidade	Acesso	Eficácia	Qualidade	Sustentabilidade
	Oportunidade de obter dados sobre gastos para a monitoria da equidade			materna.	
Pontos fracos e ameaças	Acesso limitado a dados e informações. Será que resultados de inquéritos politicamente sensíveis poderão restringir a divulgação e uso destes? Os Mapas Sanitários serão actualizados para mostrar as lacunas no acesso? Não há produção de informação sobre financiamento de saúde, nem mesmo de gastos com saúde que poderiam ajudar na monitoria da equidade.		Requisitos de divulgação e financiamento vertical dos doadores. Infra-estrutura limitada para suportar SIS baseado em computadores, telefone celular, internet.	Falta de um senso recente dificulta a precisão nos inquéritos. Dados de rotina com frequência inexistentes ou imprecisos. Fluxo de dados de rotina em um só sentido não motiva trabalhadores da saúde a manter a qualidade dos dados.	Fluxo de dados de rotina em um só sentido não motiva trabalhadores da saúde a manter a qualidade dos dados e coloca em risco a eficácia da capacitação.

4.6 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

É na prestação dos serviços que todos os componentes do sistema de saúde estão congregados: problemas e limitações na governação, financiamento, recursos humanos, medicamentos essenciais e sistemas de informação afectam o desempenho da prestação de serviços directa ou indirectamente. Esta secção irá enfocar os aspectos que encontram-se mais perto do nível do atendimento, fazendo referência às questões relevantes discutidas nas outras secções.

TABELA 30: O QUE HÁ DE NOVO DESDE 2005 NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

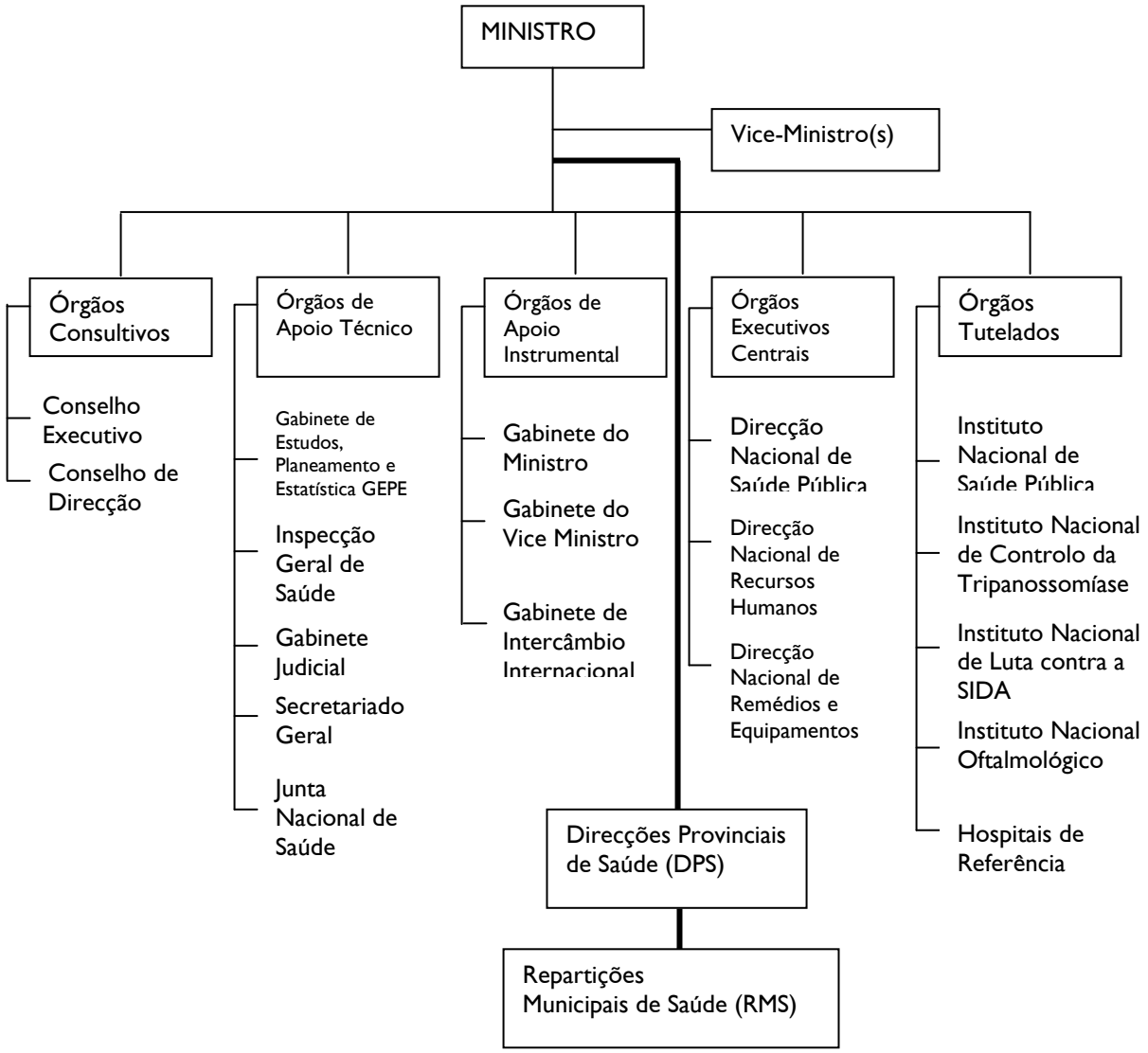
2005	2010
• Número insuficiente de unidades sanitárias; • Falta de informação a respeito da relevância e o cumprimento com a classificação do REGUSAP para as unidades sanitárias; • Número limitado de normas clínicas; • Inexistência de mecanismos para assegurar a qualidade; • Pouco envolvimento e informação a respeito de unidades sanitárias privadas; • Falta de equipamento básico nas unidades sanitárias; • Programação vertical na prestação de serviços.	• Aumento significativo no número de unidades sanitárias; • Os Mapas Sanitários oferecem informação valiosa a respeito da aplicabilidade do REGUSAP para as instalações sanitárias; • Número maior de normas clínicas desenvolvidas por programas nacionais mas sua divulgação e uso é ainda limitado; • Ainda não existe um mecanismo nacional de controlo de qualidade, apenas algumas experiencias em algumas províncias; • Existe mais informação disponível acerca do papel dos prestadores e instalações privadas e algumas experiencias com parcerias; • Falta de equipamento básico ainda crónica; • Consenso e estratégia para integrar os serviços com foco na atenção primária

4.6.1 ORGANIZAÇÃO DO MINSA E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Um decreto de 2000 organizou o MINSA em cinco órgãos: consultivo, apoio técnico, apoio instrumental, executivo central e órgão tutelado (ver Figura 12). Cada função está subdividida entre dois a cinco áreas (e.g., direcções, gabinetes, institutos ou conselhos), cada um com sua própria hierarquia. Como acontecia em 2005, não fica claro se as operações do MINSA de facto seguem esta estrutura ou se ela é a mais apropriada para as necessidades e funções do MINSA.

Além dos Institutos especificamente dedicados a alguma doença ou área de saúde na função "Organismo Tutelado" do MINSA, existem vários programas nacionais subordinados à Direcção Nacional de Saúde Pública tais como o Programa de Saúde Reprodutiva e o Programa de Nutrição.

FIGURA 12. ORGANIGRAMA DO MINSA 2009



Fonte: website do MINSA.

O MINSA tem três níveis administrativos:

- **Central:** inclui os gabinetes do Ministro, Vice-Ministros e cinco órgãos com suas subdivisões como mostra a Figura 12;
- **Provincial:** inclui a *Direcção Provincial de Saúde*, DPS, que depende administrativamente dos governos provinciais e tecnicamente do nível central do MINSA;
- **Municipal:** inclui as Repartições Municipais de Saúde, RMS , que dependem administrativamente da Administração Municipal e tecnicamente do DPS e do nível central do MINSA. A RMS constitui-se na autoridade sanitária a nível municipal.

A RMS é uma nova unidade criada há aproximadamente dois anos que derivou das antigas secções sanitárias municipais direcções e delegações. Como seus predecessores, a RMS não é uma unidade orçamentária (ver a secção sobre financiamento da saúde que refere-se à autorização orçamentária e o resumo da secção sobre achados e oportunidades nas RMS e descentralização). Desde sua criação, não existiu uma directriz clara a respeito das funções que a RMS deveria cumprir. A estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde propôs uma série de funções para as RMS que estão detalhadas no quadro 7.

Quadro 7. Funções propostas para a RMS pela Estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde

1) Divulgar e implementar as normas e políticas do MINSA
2) Gerir os recursos humanos e financeiros incluindo a formação permanente
3) Propor à DPS a hierarquia, reclassificação, remodelação e criação de unidades sanitárias segundo às necessidades da população e o sistema de referência e contra referência
4) Elaborar um plano operacional anual com o respectivo orçamento, incluindo os diferentes programas de saúde pública e participação comunitária
5) Promover a "co-responsabilidade" na melhoria da qualidade de vida das populações, em coordenação com as ONGs, o sector privado, a sociedade civil e outras agências do governo
6) Apoiar o registo de todas as crianças nascidas na sua jurisdição em colaboração com o Ministério da Justiça

Fonte: Revitalização do Sistema Nacional de Saúde a Nível Municipal. Terceira versão MINSA, 2009.

Na província de Huambo o DPS trabalhou com vários doadores (USAID, UE, e UNICEF) para seleccionar três municípios como pilotos na operacionalização das funções propostas para a RMS: Huambo, Caála e Bailundo. Os parceiros realizaram um seminário com as RMS durante o qual trabalharam num plano para implementar a estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde. Também desenvolveram perfis municipais detalhados para prover informação para o plano (tais como número e condição das unidades sanitárias). As RMS enviaram seus planos às suas respectivas administrações municipais; porém nenhum dos planos ainda foi executado porque as RMS não receberam os fundos. Como observado na secção anterior sobre Financiamento da Saúde, o desafio para o avanço dos planos é a falta de recursos.

A prestação de serviços de saúde está também dividida em três níveis: primária, secundária e terciária, cada uma com as correspondentes unidades sanitárias.

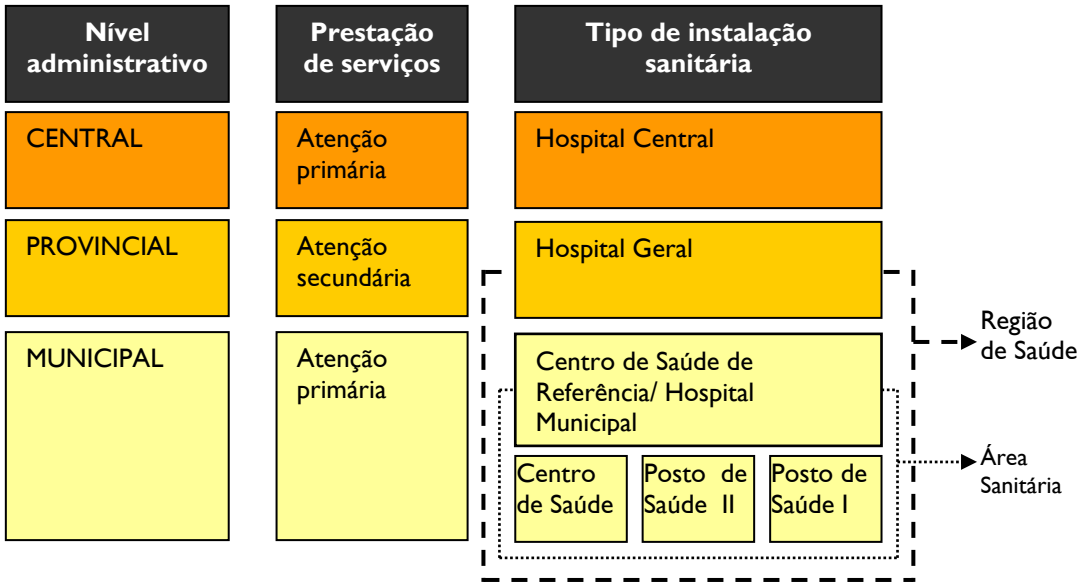
Os diferentes níveis de prestação de serviços de saúde servem como base para delinear as "Áreas de Saúde" e "Regiões Sanitárias" (MINSA 2009):

- **Área de Saúde:** é a área que circunda um centro de saúde de referência ou um hospital municipal. No entanto um município pode ter mais de uma área de saúde. A área de saúde é a unidade territorial para a administração e prestação de serviços primários de saúde;

- **Região Sanitária:** em geral inclui múltiplos municípios e corresponde a uma província, encontra-se ao redor de um hospital geral. A região sanitária é a unidade territorial para a administração e prestação de serviços primários e especializados de saúde.

A figura 13 resume os níveis administrativos e de prestação de serviços e os tipos de instalação de saúde do sistema sanitário angolano.

FIGURA 13. RESUMO DOS NÍVEIS ADMINISTRATIVOS E DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DO SISTEMA DE SAÚDE ANGOLANO



4.6.2 UNIDADES SANITÁRIAS

A tabela 31 mostra o número de instalações de saúde públicas funcionando em Angola de 2003 a 2009 por tipo (a equipa não conseguiu obter os dados por província). O número total de instalações funcionando triplicou entre 2003 e 2009; o aumento foi impulsionado sobre tudo por um aumento nos postos de saúde, seguido pelos centros de saúde e depois os hospitais municipais. Parte de aumento foi resultado directo de uma explosão na construção a partir do ano 2000, mas em parte também pode ser o resultado da activação de instalações que não estavam funcionando (foram reportadas 830 instalações em 2002) e tornaram-se funcionais (Angola HSA 2005). O aumento significativo em centros e postos de saúde pode ser um sinal encorajador da maior ênfase na atenção primária.

Tabela 31: Número de Instalações de Saúde em Angola Por Tipo 2003-2009

Tipo de Instalação	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hospital Central	9	9	9	9	9	9	9
Hospital Geral	33	33	33	33	33	45	45
Hospital Municipal	52	116	116	132	132	146	155
Centro de Saúde	162	272	272	313	316	359	359
Postos de Saúde (I&II)	696	1.026	1.026	1.468	1.472	1.841	1.841
TOTAL	952	1.456	1.456	1.955	1.962	2.400	2.409

Fonte: GEPE/ 2009

A REGUSAP especifica os requerimentos de infra-estrutura e pessoal para cada tipo de instalação, qual a população que devem cobrir, os serviços que devem oferecer e o equipamento que devem ter. A tabela 32 mostra os serviços gerais que devem ser prestados em cada tipo de unidade de atendimento primário e secundário conforme a REGUSAP. Devido a que os Centros de Saúde de Referência/ Hospitais Municipais e Hospitais Gerais são unidades de referência, a cobertura pode ter alguma superposição com as unidades de nível inferior; os níveis mais básicos das unidades sanitárias. Os Centros de Saúde, Postos de Saúde I e II não tem superposição com as instalações de nível inferior. Em geral o número de unidades sanitárias existentes está aquém dos requerimentos da REGUSAP, a pesar das recentes construções (Mapas Sanitários de Huambo e Luanda 2007).

TABELA 32: SERVIÇOS PRESTADOS E COBERTURA DA POPULAÇÃO PARA CADA TIPO DE UNIDADE SANITÁRIA CONFORME A REGUSAP

Unidade de Saúde	Serviços Prestados	População de Referência
Posto de Saúde I	Cuidados primários (consultas, vacinação, monitorização do crescimento de crianças, cuidado pré-natal, planeamento familiar e remédios essenciais)	5.000
Posto de Saúde II	Cuidados primários + laboratório	20.000 a 40.000
Centro de Saúde	Cuidados primários + laboratório + partos Aberto 24 hrs	75.000
Centros de Saúde de Referência/ Hospitais Municipais	Primeiro nível de referência Cuidados primários + laboratório + partos + internamento + radiologia + recuperação nutricional + saúde oral	150.000 rural 500.000 urbano
Hospital Geral	Segundo nível de referência Cuidados primários + laboratório + partos + internamento + radiologia + recuperação nutricional + saúde oral + cirurgias + transfusões de sangue + internamento especializado, medicina interna, pediatria e ginecologia e obstetrícia Alguns Hospitais Gerais oferecem mais serviços	750.000

Fonte: Mapas Sanitários

Os Mapas Sanitários revelaram muitas discrepâncias entre as especificações da REGUSAP e a classificação das unidades sanitárias existentes. Por exemplo, as unidades sanitárias que foram classificadas oficialmente como Posto de Saúde II, eram de facto funcionalmente Centros de Saúde e vice versa. Como resultado, pelo menos a província de Luanda reclassificou suas unidades sanitárias reconciliando os achados dos Mapas Sanitários com a REGUSAP.

As discrepâncias revelaram também a necessidade de revisar a REGUSAP para sua aplicação às unidades sanitárias, já que não se adequam a nenhuma das categorias descritas na regulamentação. Com base na

análise dos dados dos Mapas Sanitários, a estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde propõe várias mudanças à REGUSAP.

Houve uma melhoria significativa na infra-estrutura nos últimos cinco anos com a construção de novas unidades sanitárias e novas estradas. Muito do trabalho de construção foi feito com base nos Mapas Sanitários, para que as instalações fossem construídas quando necessárias. Isto pode ter melhorado o acesso tal como demonstrado no inquérito MICS: de 30% em 2001 para 42% em 2008. Porém a falta de equipamento básico como balanças, geleiras para vacinas e medicamentos essenciais, é ainda um problema crónico que obstaculiza a prestação efectiva dos serviços.

4.6.3 SERVIÇOS PRESTADOS

A estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde angolana tem como ponto fulcral a integração dos serviços sanitários a nível municipal, nível no qual são prestados os serviços de cuidados primários à saúde, e está orientada a melhorar a saúde materna e infantil através de um pacote de serviços essenciais. Enquanto o plano prescreve a forma em que a integração pode ocorrer a nível da unidade sanitária, não está ainda claro como será reconciliada com os programas nacionais ou com os fluxos de assistência vertical dos doadores. A coordenação dos doadores tem um papel fundamental na operacionalização da integração dos programas verticais no nível municipal.

Os programas verticais no nível central do MINSA incluem: Saúde Reprodutiva, Saúde Infantil, Programa Alargado de Imunização, Nutrição, Controle da Malária, VIH/SIDA, Tuberculose e Lepra, Schistossomiase, Oncocercose e outros parasitas, Tripanossomiase, Serviço Nacional de Sangue, Saúde Oral, Saúde Mental e Medicina Física e Reabilitação. Estes programas variam segundo o grau de penetração nos níveis provinciais e municipais e em sua funcionalidade. Em geral os programas que recebem mais apoio dos doadores (como VIH/SIDA e Malária) são os que tem maior capacidade e funcionalidade. Isto pode deixar sérias lacunas em programas que deveriam estar resolvendo as prioridades sanitárias angolanas, como a mortalidade materno infantil. O programa de saúde reprodutiva por exemplo, tem sofrido de extrema falta de pessoal e não conta com os recursos básicos para funcionar efectivamente já que perdeu o apoio dos doadores alguns anos atrás, o que enfraquece seriamente a capacidade nacional de melhorar os indicadores de saúde materna e infantil.

A tabela 33 mostra um exemplo da província de Huambo: os serviços prestados pelas instalações de atendimento primário comparado com os serviços requeridos conforme a REGUSAP. As células em verde mostram o serviço que deve ser prestados nesse tipo de instalação e a percentagem indica a proporção de instalações pesquisadas que prestam o serviço.

Esta comparação mostra resultados mistos. Enquanto muitos dos serviços essenciais requeridos não estão sendo oferecidos em algumas unidades (mais relevante, só 10% dos Postos de Saúde II e 43% dos Centros de Saúde oferecem serviços de planificação familiar e só 5% dos Postos de Saúde II e 14% dos Centros de Saúde oferecem re-hidratação oral), algumas unidades oferecem serviços além dos exigidos. Por exemplo 100% dos Centros de Saúde de Referência/Hospitais Municipais e 70% dos Centros de Saúde oferecem internamento de curto prazo aos pacientes. Um padrão semelhante foi observado nas províncias que realizaram os Mapas Sanitários. A baixa taxa de prestação dos serviços exigidos pode provavelmente ser explicada pela falta de equipamento essencial e de medicamentos, como mencionamos com anterioridade (ver secção sobre medicamentos essenciais), assim como também a falta de pessoal qualificado (ver secção sobre recursos humanos). A "sobre prestação" de certos serviços, ou seja serviços oferecidos em unidades que não tem a obrigação de fazê-lo, pode indicar que certos tipos de unidades sanitárias poderiam estar oferecendo mais serviços dos que os prescritos pela REGUSAP.

TABELA 33: SERVIÇOS REQUERIDOS E PRESTADOS NOS TRÊS TIPOS DE INSTALAÇÃO NA PROVÍNCIA DE HUAMBO

Serviço	SSR/HM (n=14)	Centro de Saúde (n=19)	Posto de Saúde II (n=25)
Cuidado Pré-natal	100%	93%	61%
Planeamento Familiar	83%	43%	10%
Monitorização Infantil	67%	73%	17%
Imunização	83%	84%	27%
Rehidratação Oral	67%	14%	5%
Recuperação Nutricional	67%	11%	4%
Consultas	100%	98%	96%
Assistência Pré e Pós-parto	100%	73%	22%
Ortodontia	33%	2%	0%
Atendimento curativo	100%	95%	100%
Emergência	100%	70%	13%
Internamento de curta duração	100%	70%	17%
Internamento Maternal de curta duração	100%	48%	1%
Internamento de larga duração	100%	57%	4%
Raios X	0%	0%	0%
Laboratório	100%	43%	0%
Banco de Sangue	50%	0%	0%
Esterilização	100%	20%	0%
Farmácia	100%	100%	98%
Transportação	83%	18%	0%
Lavandaria (Manutenção de Unidades)	83%	11%	0%
Serviços de Cozinha (Manutenção de Unidades)	100%	14%	1%
Necrotério	50%	0%	0%

Nota: Células sombreadas indicam que o serviço é requerido no tipo de unidade.
Fonte: Mapa Sanitário Huambo 2007.

Além do atendimento baseado na unidade sanitária, as REGUSAP também incluem "equipas móveis" que estão constituídas por pessoal das unidades sanitárias que visitam a comunidade com regularidade para oferecer tratamento preventivo (e.g., vacinação, desparasitação, distribuição de mosquiteiros tratados com insecticida, suplementação com micro-nutrientes, atendimento pré-natal, testes de VIH, etc.). Como mencionamos na secção de recursos humanos, a reintrodução do agente comunitário da saúde é também uma oportunidade para apoiar o trabalho das equipas móveis e estender os serviços de saúde e promoção além das unidades sanitárias e chegar às comunidades.

4.6.4 COBERTURA

A tabela 4 na secção sobre situação da saúde (2.2.1) mostra indicadores de serviços de saúde para Angola através dos anos. Alguns indicadores mostram tendências positivas: a cobertura das 3 doses da vacina DTP subiu de 24% (1996) a 34% (2001) e 87% (2008), a prevalência do uso de contraceptivos subiu de 6% (2001) a 18% (2008). No entanto muitos indicadores ainda mostram progresso limitado, sobretudo na saúde materna: a percentagem de mulheres grávidas que assistem a pelo menos uma consulta pré-natal subiu de 64 % (1996) para 66% (2001) e 69% (2008) em quanto que a percentagem de partos assistidos aumentou de 45% (2001) a 47% (2008). Existem várias motivos possíveis para a baixa cobertura dos serviços, incluindo acesso físico às unidades sanitárias e seu pessoal, disponibilidade de equipamento e medicamentos e falta de prestadores de serviços qualificados (ver secção sobre medicamentos essenciais e recursos humanos).

Outra questão que afecta a cobertura dos serviços é a demanda. Existem poucos dados baseados na população disponíveis em Angola para determinar em que medida as pessoas procuram os serviços de saúde. As observações derivadas de alguns perfis municipais e entrevistas com informantes chave mostram que pode existir uma preferência, sobre tudo em áreas rurais pelo uso da medicina tradicional e os curandeiros (Perfil Municipal de Andulo 2007). Um inquérito nutricional realizado pela UNICEF em 2007 esclareceu as práticas de uso dos serviços de saúde em casos de doenças infantis em Angola (Tabela 34 abaixo). Segundo o inquérito, 80% das crianças doentes receberam tratamento. Em apenas 2,7% dos casos procurou-se um curandeiro para o tratamento (MINSA, UNICEF, e OMS 2007). O resto dos serviços (97.3 %) foi prestado por várias unidades sanitárias. Estes achados são encorajadores porém é necessário obter mais informação para saber se o mesmo padrão é verdadeiro no caso de doenças em adultos e outros serviços de saúde. Por exemplo o número de partos com assistência de trabalhadores da saúde capacitados é ainda alarmantemente baixo (Tabela 4 na Secção 2.2.1); é necessário analisar se isto deve-se principalmente à falta de acesso ou falta de demanda.

4.6.5 PRODUTIVIDADE E QUALIDADE

Segundo os Mapas Sanitários, o nível de produtividade da força de trabalho em Angola é bastante baixo (MINSA 2009). A produtividade média de todos os técnicos segundo relatórios de Benguela, Bié, Huambo, Huíla e Luanda está entre menos de uma hora a mais de duas horas de prestação real de serviços, por técnico, por dia (Mapa Sanitários de Benguela, Bié, Huambo, Huíla, e Luanda 2007).

A pesar de que em geral o número de profissionais da saúde qualificados em Angola é insuficiente, esta baixa produtividade aponta a um excesso de técnicos de nível básico no sistema, especialmente como proporção do volume de serviços prestados. A má distribuição dos trabalhadores da saúde pode explicar este aparente excesso de pessoal (ver Secção sobre RH 4.3.2). Algumas unidades tem um número extremamente elevado de pessoal enquanto que outras estão severamente desprovidas.

Em unidades com excesso de pessoal, os trabalhadores podem escolher trabalhar horários longos mesmo que não sejam necessários, para acumular horas e tomar férias mais tarde (Mapa Sanitário de Luanda 2007). Outra causa da baixa produtividade é o planeamento vertical. Uma unidade pode ter 10 técnicos, mas cada um é capacitado para um tipo de serviço é só pode prestar esse serviço. Para melhorar a integração, a estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde inclui a formação dos trabalhadores para todo o pacote de serviços de saúde essenciais; de forma que por exemplo, a mesma pessoa que presta serviços de consulta pré-natal possa também realizar consultas e testes voluntários de VIH e planificação familiar. Os Mapas Sanitários observam porém, que isto pode ser um desafio e exigir mais da força de trabalho, motivando-os a trabalhar de forma mais eficiente (ver observações a respeito de incentivos na secção de RH 4.3.6).

Em termos de normas ou directrizes clínicas, alguns dos programas nacionais (VIH/SIDA, Malária e Doenças Infecciosas) a nível central desenvolveram "protocolos de tratamento" para doenças específicas ou áreas de saúde; nos hospitais foram desenvolvidos alguns protocolos clínicos. Os relatórios mostram que o conhecimento e uso destes protocolos é baixo mesmo em instituições que formam trabalhadores da saúde. Os projectos financiados pela USAID apoiam o desenvolvimento de protocolos clínicos baseados nos protocolos de tratamento.

Não existe um sistema nacional funcional para assegurar a qualidade dos serviços (ver Secção 4.3.8 sobre RH, formação e supervisão). Existem porém algumas experiencias a nível provincial e municipal que parecem prometedoras. Na província de Luanda, o DPS tomou a iniciativa de avaliar e credenciar as unidades sanitárias utilizando um instrumento de avaliação, encorajando uma cultura de melhoria continua da qualidade. Esta iniciativa está ainda numa fase incipiente e os incentivos para a acreditação ainda estão sendo discutidos. O DPS está também a considerar o alargamento do conceito de

acreditação para municípios inteiros, visando encorajar que diferentes unidades trabalhem juntas. Os projectos financiados pela USAID apoiam a implementação de metodologias de melhoria da qualidade a nível da DPS em certas províncias.

4.6.6 SISTEMAS DE REFERÊNCIA

No momento não existem sistemas de referência detalhados para os serviços de saúde em Angola. A estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde propõe um sistema de referências e contra-referências (MINSA 2009). Cada unidade sanitária que serve como primeiro nível de referência (Centros de Saúde de Referência ou Hospitais Municipais) deve ter unidades de nível inferior subordinadas (Centros de Saúde e Postos de Saúde I e II) que lhes enviem pacientes. No sistema de contra-referência, as unidades de nível superior podem referir o paciente de volta ao seu ponto de entrada no sistema (a unidade de nível inferior) com o diagnóstico e fichas de tratamento para seguimento.

O sistema de referência e contra-referência proposto na estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde tem três funções essenciais:

- Clínica: assegurar que os pacientes recebam o nível de tratamento adequado à sua situação;
- Formação permanente: apoio aos esforços de formação permanente da DPS;
- Supervisão e controle de qualidade.

Segundo informantes chave, a implementação deste sistema de referência é ainda muito limitada.

4.6.7 PAPEL DO SECTOR PRIVADO

Os dados a respeito do papel do sector privado na prestação de serviços de saúde em Angola são limitados. Porém alguns estudos foram realizados desde 2005 e estão mostrando um quadro mais claro da contribuição do sector privado à prestação de serviços de saúde.

AMBIENTE REGULATÓRIO

A prestação de serviços de saúde pelo sector privado é legal (Decreto 34/92), os prestadores de serviços devem estar licenciados (Secções 3442 do decreto). As farmácias privadas também são legais (Decreto 36/92, Secções 168). A lei regulamenta as qualificações de todos os prestadores (médicos, enfermeiras, farmacêuticos e outros trabalhadores da saúde), porém a capacidade do MINSA de regular os prestadores privados é muito limitada.

A legislação para as organizações de saúde sem fins de lucro (Decreto 92, Artigo 3334) estabelece que estas organizações estão sujeitas a orientação e inspecção pelo MINSA e permitem o apoio tanto financeiro como técnico do sector público. Esta é a base jurídica para as parcerias público privadas na prestação de serviços. Em 2005 a regulamentação para as ONGs internacionais foi descrita como uma "longa saga", e segundo informantes chave isto não mudou. Durante a guerra o governo teve algumas experiencias negativas com ONGs internacionais que estavam trabalhando no país sem conhecimento ou coordenação do governo. Em consequência a tendência tem sido exercer maior controle sobre as actividades das ONGs. A observância e a execução apresentam níveis desiguais. Uma legislação para as ONGs (Decreto 84/02) permite ao governo agir em represália, porém ninguém tinha conhecimento de nenhum caso no qual o governo tivesse agido dessa forma contra qualquer ONG internacional.

FARMÁCIAS PRIVADAS

Não existem dados disponíveis a respeito do número de farmácias privadas ou de postos de venda de medicamentos em Angola. A única associação profissional de farmacêuticos existente está na província de Huambo. As farmácias e os postos de venda de medicamentos aparentemente tem uma grande penetração mesmo mas áreas rurais e em geral estão melhor abastecidos que as unidades sanitárias do sector público. Os problemas com vazamentos de medicamentos do sector público são comuns (ver secção sobre produtos médicos). Na província de Huambo um projecto da PMI está implementando uma iniciativa piloto para trabalhar com farmácias e postos de venda de medicamentos para lutar contra o vazamento do COARTEM ao sector privado (ver secção sobre produtos médicos). Se esta iniciativa piloto tiver sucesso pode ser uma boa oportunidade para acrescentar um componente de planificação familiar.

Um inquérito CAP realizado por um projecto financiado pela USAID em 2009 em quatro distritos de Luanda relatou que 42% dos homens e 29% das mulheres obtém anticonceptivos em farmácias (Projecto ESD 2009). Numa visita aleatória a uma drogaria na província de Huambo, a equipa encontrou anticonceptivos orais e injectáveis a venda (o injectável vendido ilegalmente), uma indicação possível da demanda por esses produtos nos pontos de venda. Tanto Luanda como Huambo são províncias mais urbanas, não se sabe se as farmácias privadas são uma fonte significativa de medicamentos ou se ao contrario nas áreas rurais este papel cabe aos serviços de saúde. O inquérito sobre nutrição nacional da UNICEF relatou que 4.2% da procura de atendimento para doenças infantis ocorria nas farmácias (Tabela 34).

Os dados do inquérito CAP em Luanda e a experiencia da PMI com farmácias em Huambo são indicadores de que as farmácias poderiam potencialmente ter um papel significativo na oferta de produtos de saúde e mesmo de serviços (como aconselhamento) em áreas urbanas em Angola. Existem muitos modelos para o trabalho com farmácias para melhorar o acesso a medicamentos essenciais de qualidade, a preços acessíveis, além de aconselhamento de qualidade que Angola poderia utilizar para desenhar o programa mais adequado para seu contexto (ver discussão sobre acesso na secção sobre produtos médicos).

PRESTADORES E INSTALAÇÕES DE SAÚDE PRIVADOS

Alem das farmácias, os perfis municipais identificaram enfermeiras particulares e parteiras em alguns municípios, especialmente em comunidades com pouca cobertura da saúde pública. A maioria trabalham sem nenhuma formação ou licenciamento. Por exemplo numa comunidade do município de Andulo existe um total de 413 parteiras trabalhando, 350 das quais (85%) não tiveram nenhuma formação (Perfil Municipal de Andulo 2007). A pesar de que o Ministério da Família oficialmente apoia as parteiras, não é claro se estão sendo feitos esforços para treiná-las com um nível mínimo de formação a fim de incorporá-las oficialmente ao sistema de saúde. Na província de Huambo pelo menos duas ONGs (Mentor e Save the Children) treinaram parteiras. Como observado na secção de Recursos Humanos (4.3.5), o quadro de trabalhadores da saúde comunitários recentemente reintroduzido pelo MINSA tem o potencial de ser desenvolvido como modelo privado para estender os serviços de saúde às áreas rurais de forma sustentável.

A existência de dados a respeito da proporção de serviços de saúde prestados pelo sector privado em Angola é ainda limitada. A única nova fonte de dados desde 2005 é o inquérito sobre nutrição da UNICEF, que inclui os tipos de unidades sanitárias aonde foi administrado o tratamento para a doença infantil (Tabela 34). Em geral, 78.3% dos tratamentos de doenças infantis foi administrado pelo sector público e 19% pelo sector privado. O uso do sector privado apresenta taxas mais altas em Luanda

(26.7%), a província mais urbana que tem quase um terço da população de Angola. Em outras áreas urbanas a taxa de uso de instalações privadas é de 22% e em áreas rurais 12.2%. Estes dados são consistentes com a percepção de muitos informantes chave no sentido de que a presença de clínicas privadas é muito mais significativa em áreas urbanas. Em Angola as áreas urbanas são as mais densamente populadas, isto significa que potencialmente um número considerável de pessoas recebem atenção médica do sector privado. Como mencionamos anteriormente, a capacidade do MINSA para regulamentar o sector privado é muito limitada. Alem da regulamentação, outra forma de monitorizar e assegurar a qualidade dos serviços prestados pelo sector privado é trabalhar em parceria.

TABELA 34. FONTE DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA O TRATAMENTO DE DOENÇAS INFANTIS

Área	Fontes dos Serviços de Saúde para o Tratamento de Doenças Infantis											
	Sector Público						Sector Privado					
	Hospital	Maternidade	Posto de Saúde	Centro de Cuidados Infantis	Centro de Saúde	Público Total	Clínicas Privadas	Unidades De base religiosa	Unidades do empregador	Farmácia	Total Privado	Terapia Tradicional
Luanda	24.5	5.4	33	0.6	9.1	**72.6**	9.4	12.9	1.3	3.1	**26.7**	0.6
Outros urbano	37.5	0.7	25.3	4.3	9.5	**77.3**	14.7	2.4	1.2	3.7	**22.0**	0.9
Rural	37.8	0.8	34.4	0.5	8.7	**82.2**	5.2	1.4	0.2	5.4	**12.2**	5.7
Total	35.0	1.7	30.4	2.1	9.1	**78.3**	9.9	4.1	0.8	4.2	**19.0**	2.7

Fonte: Relatório do Inquérito Sobre a Nutrição em Angola 2007. MINSA, UNICEF, e OMS.

Na província de Luanda, a DPS está experimentando um esquema de contratos com clínicas privadas para que prestem serviços em áreas não servidas pela saúde pública. A DPS contratou 12 clínicas privadas, a maioria das quais tem fins de lucro, que oferecem um pacote pré-definido de serviços para uma população alvo (mulheres grávidas, crianças, idosos e pessoas com deficiências) por uma quantia fixa de US$ 10 por paciente. A DPS reembolsa às clínicas no final do mês. A DPS realiza uma avaliação da qualidade dos serviços prestados pela clínica e se os resultados não forem satisfatórios, a clínica tem a oportunidade de melhorá-los. Esta é uma iniciativa nova e muitos dos detalhes ainda estão sendo trabalhados, por exemplo saber se o reembolso de US$ 10 é adequado, como incorporar os requisitos de qualidade no contrato com a clínica, e decidir se a acreditação deve ser um requisito para que uma clínica possa ser contratada (ver secção sobre Prestação de Serviços 4.6.5). Este é outro modelo interessante que deveria ser monitorizado cuidadosamente pelo seu potencial de alargamento em escala e uso em outras áreas urbanas.

Segundo informantes chave, a presença de ONGs que prestam serviços de saúde em Angola não tem mudado significativamente desde 2005, e comparado com outros países da África Subsaariana, não é tão prevalente. Os dados na Tabela 34 mostram que o uso de clínicas de cunho religioso é mais alta em Luanda (12,9 %).

EMPRESAS PRIVADAS

A presença de empresas privadas, especialmente empresas de petróleo, continua forte em Angola. Em termos de serviços de saúde, em quanto que em 2005 a maioria das empresas tinham suas próprias clínicas e sistemas de saúde para prestar serviços a seus funcionários e suas famílias, a tendência agora é comprar seguros de saúde privados, o primeiro dos quais acaba de abrir suas portas (ver secção sobre Financiamento da Saúde).

As empresas privadas continuam a forjar parcerias com o governo de Angola e doadores (como a USAID) para co-financiar projectos de saúde, fornecendo quantias significativas de recursos, especialmente para iniciativas contra a malária e VIH/SIDA.

4.6.8 RESUMO DOS RESULTADOS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Esta secção resume o desempenho do sistema de prestação de serviços em base a critérios de avaliação do sistema de saúde.

TABELA 35: DESEMPENHO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS EM BASE A CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

<table>
<tr><th></th><th>Equidade</th><th>Acesso</th><th>Eficiência</th><th>Qualidade</th><th>Sustentabilidade</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Pontos fortes e Oportunidades</td><td rowspan="2">Compromisso renovado com a estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde de cuidados primários e serviços integrados.</td><td>Melhoras na infra-estrutura (novas unidades de saúde e estradas).</td><td>Informação de Mapas Sanitários permite o planeamento informado e a tomada de decisões.</td><td rowspan="2">Desenvolvimento de Guias Clínicos.

Promissoras experiências piloto para melhorar a qualidade.</td><td rowspan="2">Melhoras na infra-estrutura (novas unidades de saúde e estradas).</td></tr>
<tr><td colspan="2">Parcerias com farmácias privadas e clínicas podem ajudar a aumentar o acesso a medicamentos e serviços de maneira eficiente.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Vulnerabilidades e Desafios</td><td>Falta de clareza sobre como a integração deveria trabalhar nos níveis provincial e central.</td><td></td><td></td><td>Guias Clínicos não disseminados ou usados.

Falta de mecanismos institucionalizados para garantir a qualidade.</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">Falta de equipamentos básicos para prestar serviços essenciais de saúde.</td></tr>
</table>

5. RESUMO DE RESULTADOS E OPORTUNIDADES

Com base nos resultados apresentados para cada um dos blocos individuais, esta secção apresenta sete questões prioritárias e oportunidades além de ideias específicas para resolvê-las. As questões e ideias foram mencionadas aos interessados locais em entrevistas, no seminário e através de revisão deste relatório. As sugestões são transversais aos blocos, por exemplo resolver a ruptura de stock envolve financiamento, sistemas de informação e governação. A maior parte dos problemas são prioridades para o sucesso da estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde, mas as ideias e sugestões tem mérito qualquer que seja a situação da estratégia.

5.1 FINANCIAMENTO DOS CUSTOS RECORRENTES EXTRA - SALARIAIS

O sistema de folha de pagamento público funciona de forma confiável porém o financiamento de outros custos recorrentes da saúde é inconsistente e frequentemente inadequado devido a problemas a nível central e sub-nacional. Em primeiro lugar os tetos orçamentários estabelecidos pelo MINFIN não estão claramente vinculados a planos do sector saúde. Adicionalmente, apesar de que cada unidade orçamentária (MINSA, governos províncias, hospitais provinciais, e agora municipais) apresenta, como deve, um orçamento definitivo dentro do teto estabelecido pelo MINFIN, durante o ciclo orçamentário Junho – Agosto, os recursos de facto desembolsados durante o ano precisam de uma justificação adicional, o desembolso é irregular e em geral inferior ao orçamento aprovado. Por exemplo em Abril deste ano várias unidades orçamentarias do sector saúde não tinham ainda recebido nenhum de seus recursos para 2010. Este padrão contribui para os baixos níveis de execução do orçamento o que por sua vez é utilizado como argumento para justificar afectações orçamentárias inferiores.

A descentralização a nível municipal pode melhorar ou piorar esta situação. A melhoria na afectação dos recursos poderia derivar de:

- A visibilidade da estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde. Por exemplo em Abril o Ministro Van Dunen celebrou um foro público, com cobertura na imprensa local, com administradores municipais em Kwanza Norte para explicar seu papel fulcral na obtenção do apoio financeiro à estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde;

- As taxas superiores de execução orçamentária das UO devem-se ao facto de que as mesmas podem gastar os recursos orçamentados sem aprovações adicionais, mas mesmo assim enfrentam atrasos no desembolso dos recursos (ver secção sobre Financiamento da Saúde);

- Construir capacidade local para o planeamento. A PDM e a UNICEF criam capacidades para o planeamento racional na contribuição da comunidade e conseguem a afectação de uma percentagem maior de recursos para o sector social comparado com outros municípios.

Por outra parte a descentralização poderia piorar a situação de falta de fundos para custos recorrentes de saúde:

- O MINFIN aparentemente planeia continuar a afectar quantias iguais para as províncias e municípios sem reparar no seu tamanho;

- As equipas das RMS encontram-se numa posição de fraqueza para influenciar o administrador municipal pois dependem dele. Em 2005 havia pouco incentivo para que o governo provincial resolvesse a questão da atenção primária à saúde. Adicionalmente o GEPE e a DPS tem capacidade limitada para usar os dados da saúde para influenciar o nível de recursos ou sua alocação quando negociam com o MINFIN ou o governador da província. Esta dinâmica e fragilidade está mudando das 18 províncias e alargando-se para os 164 municípios;

- As DPS que já foram foco de intenso trabalho de capacitação através do PASS e outros projectos, precisam talvez agora, alargar seus esforços de apoio técnico e advocacia para além do governador e chegar aos municípios;

- Em alguns municípios não há bancos o que claramente é um obstáculo para que a administração possa gerir seus recursos;

- Mesmo que os municípios planeiem bem e façam bons orçamentos, é necessário monitorizar o fluxo de recursos de muito perto, pois as unidades orçamentais existentes queixam-se dos atrasos no recebimento.

Foram identificadas várias sugestões para os níveis central e sub-nacional.

A nível central é necessário um trabalho mais efectivo de advocacia com o MINFIN e o MINPLAN para conseguir financiamento integral para os orçamentos de saúde aprovados. Muitas intervenções de projectos vem concentrando-se numa melhor planificação para a saúde, porém a advocacia deve ser elevada a níveis mais altos para que consiga ter eco nos ouvidos de peritos do MINFIN e do MINPLAN. O MINSA deve enfatizar por exemplo:

- As implicações macroeconómicas das tendências demográficas de Angola (ver Quadro 2 "Fazer da Saúde uma Prioridade Nacional" na secção Panorâmica do País) e a necessidade de um sistema de saúde forte para enfrentar a demanda por planificação familiar, e por mães e crianças saudáveis;

- A importância para os investidores de um sistema de saúde que tenha um bom desempenho.

Tanto o MINFIN como o MINSA acreditam que o problema da baixa execução no orçamento da saúde reside no outro. Porém a equipa não descobriu nenhum esforço sistemático para diagnosticar o problema e recomenda que o MINFIN e o GEPE colaborem para identificar remédios e acções concretas para aumentar a execução do orçamento (capacidade de absorção). A equipe ministerial conjunta deve também estudar práticas de sucesso em outros países, por exemplo o financiamento antecipado da atenção primária no Kirgistão. Esta questão tem uma enorme prioridade dados os investimentos anteriores e esperados do MINSA e dos doadores para melhorar o planeamento e processo orçamentário a nível central, provincial e municipal. O retorno sobre estes investimentos e a motivação dos funcionários para dedicar tempo e energia para planos e orçamentos anuais estará em risco se não houver um impacto real no financiamento.

Outra sugestão para o nível central é melhorar a coordenação dos doadores e encontrar formas para que os parceiros falem "com uma só voz" em relação a importância do financiamento integral dos orçamentos aprovados e dos custos recorrentes.

A nível provincial e municipal, surgiram várias ideias para assegurar o financiamento integral dos orçamentos provinciais e municipais de saúde aprovados:

- Directrizes centrais do MINSA aos administradores municipais sobre regras e critérios para alocação de recursos a nível local;
- Um orçamento para cada município baseado em critérios objectivos, possivelmente numa fórmula. Este enfoque é utilizado na Europa Oriental e no Brasil e é agora viável em Angola com base nos dados dos Mapas Sanitários e no próximo censo;
- Um orçamento maior para o MINSA e um mecanismo para co-financiar as afectações locais com base nas prioridades nacionais ou prioridades locais claras, que sejam consistentes com as politicas nacionais. Este enfoque pode ser usado para implementar uma ou mais das ideias a fim de integrar programas nacionais verticais a nível municipal, por exemplo co-financiamento da supervisão integrada;
- Apoio técnico para que as RMS executem as responsabilidades financeiras e administravas da DPS e dos parceiros. O programa do Banco Mundial planeia oferecer isto em seu novo projecto e existe a oportunidade de alavancar investimentos anteriores para criar capacidade nas DPS. A DPS de Luanda, a Pathfinder, e outros parceiros começaram a coordenar mais de perto as actividades provinciais e municipais;
- Uma recompensa financeira para que os municípios reconheçam o progresso, medido com objectivos claros, mensuráveis, baseados na estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde. Isto poderá ser administrado pela DPS em cada província. As recompensas poderiam ser pagas por meio das doações em bloco recebidas por cada governador provincial. O desempenho do município poderia ser medido pelo sistema de informação de rotina (normal) e depois verificado independentemente para desestimular a manipulação da informação. O Banco Mundial está planeando realizar inquéritos anuais nos 18 municípios alvo que irá apoiar, estes inquéritos poderiam servir como verificação independente. Um exemplo de um esquema inter-governamental de pagamento por desempenho é a Argentina (Banco Mundial *Plan Nacer* Argentina 2009);
- Tal como proposto pelo MINSA, um trabalho de advocacia a ser realizado pela esposa do administrador municipal que é também presidente honorária do comité de auditoria de mortes maternas em cada município.

5.2 PRODUTOS MÉDICOS ESSENCIAIS

A escassez crónica de medicamentos e produtos essenciais coloca a estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde em risco de fracasso imediato. A falta de produtos médicos essenciais compromete o impacto de todos os outros elementos. O pessoal capacitado não conseguirá aplicar as normas de qualidade que aprendeu. Por exemplo há relatórios de funcionários das unidades sanitárias que dizem que o Coartem é o único medicamento nas estantes e consequentemente ele é sobre-utilizado e mesmo administrado a pacientes sem sintomas de malária, para que os pacientes não sintam que sua visita foi inútil. Da mesma forma, os funcionários dos postos de saúde em Luanda observaram que sua vontade era cumprir com o protocolo para tratamento da malária que exige testagem antes do tratamento, mas devido a ruptura de stock dos testes rápidos, viram-se forçados a prescrever o Coartem com base em sintomas clínicos.

Em 2010, o MINSA continua a definir a solução como sendo a eliminação dos atrasos no aprovisionamento e distribuição dos kits de drogas essenciais. A equipa recomenda a redefinição do objectivo a fim de assegurar um abastecimento consistente de produtos médicos essenciais nas unidades sanitárias de atenção primária e procurar soluções diferentes que aproveitem a nova política para medicamentos e novos sistemas para gerir o abastecimento. Surgem quatro oportunidades específicas.

Oportunidade 1: Incrementar o Acesso, a Equidade e a Sustentabilidade através de Financiamento Privado e Cadeias de Suprimento

Em contraste com as rupturas de stock crónicas do sector público, muitos produtos médicos encontram-se facilmente disponíveis no sector privado e as pessoas pagam por eles. Isto sugere que poderiam ser exploradas soluções que aproveitem o financiamento privado mas que sejam mais baratas, de qualidade assegurada e respondam às necessidades da comunidade. Abaixo discutem-se duas opções, fundos rotatórios para medicamentos e marketing social. No entanto existem outras opções que poderiam ser exploradas para verificar sua adequação ao contexto angolano (Management Sciences for Health 2007).

Os Fundos Rotatórios de Medicamentos (FRM) tem vários modelos diferentes. Podem ser estabelecidos a nível nacional, municipal, comunitário e mesmo a nível da unidade sanitária. Podem ser independentes ou estar ligados a uma rede, dependendo do sistema de compra, gestão financeira e governação. O modelo básico é um investimento inicial de capital semente outorgado ao FRM, ou em efectivo para a compra de um stock inicial de produtos médicos ou como uma doação em espécie de produtos. As receitas da venda destes produtos são utilizadas para repor o stock. O preço do produto e o financiamento em geral são definidos pela meta de recuperação de custo. Podem ou não ser projectados para incluir subsídios para comunidades mais pobres. Os estatutos dos FRM regem questões tais como a mistura de produtos e como utilizar qualquer excedente. O excedente por exemplo, pode ser utilizado para melhorar as operações dos FRM ou subsidiar produtos para os pobres. Os produtos podem incluir mais do que medicamentos essenciais, tais como sabão para as mãos, mosquiteiros, solução de rehidratação oral ou tratamento de água no ponto de utilização. Um dos princípios directores dos FRM é a responsabilidade local pela administração do fundo, com a participação da comunidade. Isto torna-o um modelo particularmente interessante para Angola, pois resolveria as preocupações existentes com relação a boa governação na gestão dos medicamentos.

Avaliações dos FRM do sector público foram documentadas em Ghana, Camarões, Benim, Zimbabwe e Nigéria (Khalafalla Mohamed Ali 2009). As experiências dos FRM demonstram a importância de um bom desenho e oferecem lições em gestão financeira: 1) os preços devem ser fixados ao mesmo nível ou num nível superior ao verdadeiro custo de substituição, 2) pagamento atempado para disponibilizar fundos para a reposição dos stocks de medicamentos, 3) expansão do programa em linha com uma capitalização adequada, 4) prevenção de roubo ou deterioro dos medicamentos e 5) fundos de reserva ou outra estratégia para estar preparado para o aumento de preços devido à inflação ou flutuações na taxa de câmbio. Frequentemente, o envolvimento da comunidade é parte do desenho, com o objectivo de promover a transparência e a prestação de contas, ao passo que assegura-se a satisfação das necessidades locais. Apesar de que existem poucas evidências nesse sentido os FRM e outros esquemas de recuperação de custos tem sido criticados por reduzir o uso da unidade sanitária.

Podem ser explorados diferentes modelos de marketing social para aproveitar os sistemas de abastecimento existentes no sector privado e melhorar a disponibilidade de produtos médicos essenciais, além de itens tradicionais como mosquiteiros, preservativos e sistemas de purificação de água. Por exemplo a USAID/PMI vem fazendo um ensaio piloto com a venda de Coartem em farmácias e lojas privadas na província de Huambo. Neste modelo as lojas registadas podem comprar pacotes subsidiados de blisters de Coartem para crianças e revendê-los por um lucro modesto. O Coartem

encontra-se agora disponível gratuitamente através da PMI e Mentor - um parceiro na implementação. A receita obtida pela venda às farmácias é utilizada para pagar pelo custo de colocar o remédio numa embalagem diferente aos pacotes de blisters, para diferenciá-los do suprimento do sector público. Apesar de que existem ainda dúvidas a respeito do custo real das operações, o programa piloto em Huambo vem demonstrando que existe uma demanda por Coartem mesmo numa cidade aonde o produto não teve ruptura de stock nas unidades sanitárias públicas. Espera-se que esta intervenção seja escalada a nível nacional com apoio directo da Novartis.

Oportunidade 2: Fortalecer a Capacidade Regulatória e de Coação do MINSA para Assegurar o Acesso a Medicamentos de Qualidade

Aumentar o acesso a produtos médicos só faz sentido se os produtos são de qualidade assegurada tanto no sector público como no privado. Dentro da estrutura do DNME foram criados os componentes chave de um sistema de seguro de qualidade e avançou-se no desenvolvimento da capacidade do pessoal e dos sistemas para que estes componentes fiquem totalmente operacionais. Este processo provavelmente será longo, e envolverá o desenvolvimento de protocolos, procedimentos e sistemas de informação para apoiar a regulamentação e seu cumprimento. Serão necessários investimentos para formação e equipamento para apoiar à implementação a nível provincial. O MINSA já começou a receber apoio de seus parceiros internacionais, porém o alcance é tal que existirão muitas oportunidades para contribuir para que a política fique operacionalizada a todos os níveis do sistema. O DNME poderia beneficiar-se de um ponto focal que assegure uma abordagem estratégica e coordenada aos investimentos nesta área.

Oportunidade 3: Promover o Uso Apropriado dos Medicamentos e Conter a Resistência Anti-microbiana para melhorar a *Qualidade, Eficiência* e *Sustentabilidade*

Os resultados da avaliação baseada nas unidades sanitárias sugerem que o excesso na prescrição de fármacos não é um problema obvio nas unidades sanitárias angolanas. Porém o abastecimento irregular e imprevisível de medicamentos promove o uso inapropriado dos medicamentos disponíveis (e.g., dispensar Coartem à pacientes que não tem malária) e/ ou compra pelos pacientes de medicamentos inapropriados no sector privado. Actualmente, a capacidade para avaliar o uso de medicamentos a nível das unidades sanitárias é muito limitada. A necessidade é maior em hospitais nos quais são prescritos medicamentos cada vez mais potentes. As farmácias hospitalares e os comités fármaco-terapêuticos (CFT) tem um papel importante não somente para assegurar que as práticas de prescrição sigam o protocolo de tratamento, mas também para monitorizar a contenção da resistência anti-microbiana: uma preocupação crescente para os programas de VIH/SIDA e TB. Com o tempo, poderiam ser desenhados mecanismos para transmitir informação relevante sobre problemas potenciais relacionados ao uso de medicamentos, incluindo efeitos negativos, ligando a unidade sanitária e as CFT de nível provincial às autoridades nacionais.

Além da intervenção baseada na unidade sanitária existe uma oportunidade imediata de trabalhar em prol da contenção da resistência através de intervenções na comunidade. Isto pode incluir algumas campanhas focalizadas IEC/BCC e a promoção de iniciativas de protecção ao consumidor. Este tipo de iniciativa deveria tentar alavancar os vários programas tais como o a malária, VIH/SIDA e tuberculose, que compartilham a preocupação comum de manter a efectividade dos medicamentos utilizados em seus tratamentos de primeira linha pelo maior tempo possível, contendo a resistência.

Oportunidade 4: Fortalecer a Capacidade de Gestão a través do Aprimoramento dos Sistemas de Informação de Inventário visando a Eficiência e a Efectividade nos Custos

Qualquer que seja o desenho da cadeia de suprimento, o acesso confiável e atempado à disponibilidade do stock em todos e cada um dos níveis da cadeia de suprimento é indispensável para a distribuição atempada e um aprovisionamento efectivo. Isto inclui sistemas de informação que possam gerar indicadores chave para monitorizar o movimento do stock e para tomar decisões quanto à movimentação apropriada para minimizar perdas e evitar rupturas. Actualmente o sistema de distribuição não é seguro e não consegue administrar movimentos complexos de inventario, motivo pelo qual muitos programas verticais optaram por gerir seus próprios sistemas paralelos de distribuição. Apesar de que os serviços de transportação já estão contratados, segundo o DNME, foi feito um estudo que demonstra que não se conseguem poupanças significativas na terciarização destas funções. Como consequência foi desenvolvido um plano para construir novos armazéns com sistemas de informação de vanguarda que ligam os armazéns regionais com os provinciais. Apesar de que os detalhes específicos deste plano não estavam disponíveis no momento da avaliação, esperamos que exista suficiente transparência no processo de definição do desenho adequado e na testagem do sistema, pois ele gerará medidas de desempenho de inventario que serão cruciais para melhorar a prestação de contas e a transparência. Dada a importância de uma cadeia de suprimento efectiva, todas as partes interessadas deverão estar envolvidas e ser consultadas nas fases de desenho, testagem e implementação.

5.3 RESOLVER A QUESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS

O facto de que os recursos humanos – a falta de pessoal especializado e sua má distribuição – são uma barreira muito importante para a prestação de serviços de saúde de qualidade em Angola é amplamente reconhecido e documentado. Porém é importante lembrar que além do desafio existem oportunidades significativas que deveriam ser exploradas:

1. Os salários dos trabalhadores da saúde são competitivos e em geral pagos a tempo. Isto é essencial para contar com uma força de trabalho funcional, e isto já existe. A tarefa de aprimoramento de praticamente toda a força de trabalho através da formação e o seguimento a fim de aumentar seu nível de capacitação é sem dúvida enorme. No entanto parece existir consenso a respeito da necessidade de focalizar o trabalho nos técnicos de nível intermediário e está surgindo um modelo interessante para a formação, formação permanente e supervisão (e.g., instrutores mestre em cada unidade sanitária);

2. Por várias vezes foi citada a contratação pelo governo angolano de médicos estrangeiros para mitigar a falta de médicos e como uma oportunidade de fortalecer a formação no país. Para contratos futuros o MINSA poderia incluir especificamente a capacitação como um dos critérios para a contratação (incluir o requisito de experiencia em formação) e fazer dela formalmente parte do escopo do trabalho do médico no país. Muitos informantes chave citaram a necessidade de melhorar o processo de triagem dos médicos estrangeiros contratados e que os temas relacionados à capacitação devem ser parte de um esforço maior para melhorar o sistema;

3. Em relação a alocação e retenção de trabalhadores capacitados em áreas rurais, a descentralização para o nível municipal pode ajudar a melhorar a falta de equidade se a elaboração de quadros de pessoal que determina o número de trabalhadores da saúde também for levado do nível provincial ao municipal. Isto permitiria que fossem tiradas menos médias e que fosse possível obter um quadro mais específico da escassez de recursos humanos e de sua superabundância a nível municipal. São também os municípios os que encontram-se em melhor

situação para avaliar as condições das unidades sanitárias. A má distribuição dos trabalhadores da saúde não é um desafio enfrentado apenas por Angola. Muitas estratégias tem sido utilizadas em outros países para incentivar o serviço em áreas rurais (Boletim da OMS de 2010), muitas das quais foram discutidas no seminário com partes interessadas. Por exemplo: exigir tempo de serviço em áreas rurais depois da formatura ou bolsas de estudo para os que trabalham por um certo período de tempo em áreas rurais, salários mais altos ou bónus e alojamento atraente. É essencial que o MINSA resolva esta questão em específico e que assuma a liderança na criação dos incentivos certos para o contexto angolano. Em unidades aonde há uma superabundância de trabalhadores da saúde é necessário melhorar sua gestão para que estes recursos possam pelo menos ser utilizados eficientemente. Por exemplo, ajustando as horas de operação e estabelecendo turnos claramente definidos, o que assegura a cobertura de todos os serviços essenciais e minimiza tempo improdutivo. A DPS de Luanda tem alguma experiencia com esta estratégia;

4. O foco da estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde na integração dos serviços apresenta também uma importante oportunidade para aprimorar os recursos humanos e consequentemente a prestação de serviços. Toda a capacitação e formação a ser realizada nos próximos anos deve estar alinhada com a estratégia de integração e deve contribuir para alargar as capacidades de cuidados primários dos trabalhadores existentes. A revisão dos currículos para a capacitação pré-emprego deve ser feita também com uma óptica de integração (surgiu no seminário entre partes interessadas que os novos formados das faculdades de medicina e de enfermagem não conhecem o pacote de serviços essenciais de saúde);

5. Finalmente, o grande interesse dos doadores em resolver a questão dos recursos humanos poderia ser o catalisador para ir além dos planos e estratégias e concretizar acções orientadas por resultados. A USAID já declarou que irá apoiar o esforço através do Projecto Capacity, e a OMS está a ajudar o MINSA a desenvolver sua nova estratégia de recursos humanos. A coordenação será crucial para assegurar que não haja duplicação de esforços e sim uma estratégia unificada e coerente que seja apoiada por todas as partes.

5.4 INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS A NÍVEL MUNICIPAL

O MINSA define sua estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde como "...a estrutura básica de prestação de cuidados de saúde primária oferecidos de maneira integrada …" (MINSA 2008) colocando a integração dos serviços no coração da estratégia. Esta não é uma meta nova para Angola pois o país há anos vem tentando implementar a Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) . Porém as partes interessadas concordam com que os programas nacionais verticais e o financiamento vertical dos doadores, combinado com uma capacidade fraca a nível local, tem sido obstáculos para a integração dos serviços. Adicionalmente como observamos, não existem incentivos para que o trabalhador primário da saúde alargue seus conhecimentos. Ao contrario, podem até achar que estão ficando menos especializados e que provavelmente terão que atender mais pacientes.

Existem porém motivos para que exista um entusiasmo renovado, incluindo um abrangente apoio à estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde. Os doadores verticais tais como o Fundo Global, a Aliança Global para Vacinas e Imunizações (GAVI) e PEPFAR oficialmente abraçaram o fortalecimento do sistema de saúde e a integração dos serviços. Existe também um consenso crescente no sentido de que sistemas de informação, formação, supervisão e aprovisionamento fragmentados e redundantes têm dado resultados insatisfatórios; e os bons resultados têm levado a preocupações enquanto a sua sustentabilidade. Além dos motivos clínicos para a promoção de ligações mais fortes e integração entre serviços verticais, tais como a co- infecção (VIH/TB, e VIH e malária), a integração

pode utilizar os escassos recursos humanos e de infra-estrutura de forma mais efectiva, disponibilizando uma maior gama de serviços e mais serviços prestados por consulta.

Foram identificadas seis áreas de ideia e orientação:

Programas Nacionais /Institutos: Refinar seu escopo e papel para que centrem seu trabalho na estratégia, esforços nacionais de IEC (e.g., promoção de comportamentos saudáveis, incluindo a promoção da procura por serviços de saúde), orientação técnica (e.g., promoção de um sistema adequado de referência bi-direccional para tratamento, cuidado e apoio, dependendo do ponto de entrada do paciente), monitorização e avaliação. Os programas nacionais deveriam oferecer apoio político para a capacitação, aprovisionamento e sistemas de informação integrados a nível do atendimento, deixando a implementação para o nível de prestação de serviços;

Recursos Humanos: Como mencionamos acima, as reformas e investimentos propostos devem apoiar explicitamente a prestação de serviços integrada a nível municipal, inclusive motivando aos trabalhadores da saúde a alargar suas capacidades e sua carga de trabalho;

Supervisão: Existem actualmente equipas de supervisão que consistem de funcionários dos programas nacionais do DNSP. Em vez disso, as partes envolvidas sugerem que a supervisão integrada seja gerida a nível provincial pela DPS. Para isto serão necessários fundos para transportá-los para as unidades sanitárias municipais. Um modelo ainda mais descentralizado deverá contar com um "mestre instrutor" em cada município que tenha sido treinado em todas as áreas dos programas verticais e saiba como treinar trabalhadores da saúde. O projecto SES da USAID está desenvolvendo programas piloto para formar instrutores mestre em várias províncias;

Sistemas de Informação: O GEPE procura harmonizar formulários verticais e bases de dados, o *Health Metrics Network* foi contratado para prestar apoio. Os formulários e bases de dados para registar as consultas dos pacientes já estão unificados, porém não todas as unidades sanitárias enviam dados precisos e atempados. Para poder avançar na operacionalização de um sistema de informação integrado será necessário aprimorar a capacitação e supervisão dos trabalhadores da saúde. Por exemplo a capacitação em sistemas de informação da saúde (SIS) deve estar integrada com a formação clínica e administrativa para que os participantes possam entender como utilizar os dados para decisões clínicas e administrativas. Uma supervisão integrada deve fazer uso do SIS e reforçar boas práticas no próprio SIS para recolha de dados, análise e uso.

Gestão de Produtos Médicos:

- A Secção 5.2 falava da oportunidade (número 4) que oferece o plano de construção de novos armazéns incluindo um sistema de informação de vanguarda para criar um programa integrado de gestão de inventário;

- Distribuição de produtos para a prevenção (especialmente mosquiteiros, preservativos e outros produtos para a planificação familiar) através de outros serviços; por exemplo os produtos de planificação familiar podem ser distribuídos através dos programas de prevenção da transmissão materno infantil do VIH/SIDA, ou mosquiteiros no momento da vacinação;

- Aumentar as oportunidades para criar sinergias para o diagnóstico clínico e o uso racional de serviços de laboratório e produtos tais como os testes para diagnóstico rápido (malária e VIH).

Serviços Comunitários: Imperativo claro para a integração do tratamento em casa e o atendimento de casos na comunidade para tratamento da TB, atendimento pré-natal para mulheres grávidas

seropositivas, atenção integrada de doenças no adulto e a AIDI. Existe uma necessidade prioritária de modelos de sucesso e financiamento para agentes comunitários (ver em baixo).

5.5 CHEGAR ÀS COMUNIDADES E FAMÍLIAS

Existe consenso quanto a necessidade de ir além da "rede fixa" das unidades sanitárias e chegar às comunidades e lares com intervenções custo-efectivas em relação a água, higiene, planificação familiar, nutrição, cuidado neo-natal, uso de mosquiteiros tratados com insecticida, e adesão aos tratamento da TB e SIDA.

A UNICEF observou que a maioria dos angolanos ainda tem acesso limitado a esses serviços. Da mesma forma o documento de projecto do Banco Mundial observa que, "...60% da população não tem acesso razoável à atenção de saúde. A maioria ainda tem que andar mais de uma hora para poder chegar a um posto ou centro de saúde." Várias experiencias foram e estão sendo tentadas para chegar á comunidade (ver quadro 8).

Nesta secção discutiremos duas estratégias: agentes comunitários e geração de saúde na família.

Quadro 8: Formas diferentes de chegar à comunidade

- As campanhas de vacinação em Angola baseiam-se em activistas comunitários para promover a participação. A cobertura aumentou aproximadamente 83%;
- Em 2008-09, o MINSA treinou milhares de agentes comunitários em Huila e Luanda. Porém eles não foram incluídos na folha de pagamento oficial e deixaram de receber salários há vários meses;
- Um consultor externo sugeriu que os agentes comunitários em Huambo recebessem pagamento. Os voluntários receberam pagamento durante vários meses mas depois de que o pagamento parou alguns dos trabalhadores abandonaram o trabalho;
- Trabalhadores voluntários da saúde associados à ONGs ou organizações religiosas, tais como os agentes comunitários para o VIH/SIDA baseados no Hospital Divino Beneficio;
- Residentes na comunidade trabalham voluntariamente em comités de gestão de água estabelecidos com o apoio de doadores em resposta a falta de água potável barata;
- O Conselho Nacional da Criança está interessado em agentes comunitários para avançar com iniciativas para crianças que iriam além da saúde;
- O novo projecto do Banco Mundial tenciona apoiar o aumento em escala das equipas moveis oferecendo veículos e motocicletas além de capacitação, uniformes e materiais para os agentes comunitários.

Agentes Comunitários: A estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde do governo refere-se aos agentes comunitários como "o elemento fundamental na interacção entre a comunidade e os serviços de saúde" e propõe encorajar às autoridades provinciais e municipais a emprega-los. A transferência da responsabilidade ao município, além dos custos e gestão das unidades sanitárias, tem pouca probabilidade de êxito a curto prazo. De facto existe pouco consenso ou clareza a respeito de qual seriam as funções dos agentes comunitários, como devem ser organizados e se e como devem ser pagos.

Dada a variedade das experiencias em Angola até (ver Quadro 8), seria bom fazer uma revisão do desempenho dos agentes comunitários, dos resultados em termos de acesso e custos.[15] Na realidade a informação derivada da supervisão não deixa uma imagem clara. Por um lado as práticas na comunidade e em casa estão melhorando (mas não existe necessariamente uma ligação com o aumento no número

[15] Comentários adaptados de comentários à revisão do Dr. Koen Vanormelingen

de agentes comunitários), por outro lado a evidencia empírica mostra um alto nível de rotatividade entre os agentes comunitários. Estas observações nos fazem questionar se os recursos investidos em capacitação e supervisão dos agentes comunitários não teriam sido melhor utilizados para melhorar o acesso e extensão dos serviços de saúde, pelo menos nas áreas urbanas e peri-urbanas; e em canais alternativos para melhorar as práticas dos agregados familiares (igrejas, meios de comunicação, etc.). Adicionalmente, a baixa taxa de atenção capacitada ao parto e a existência de parteiras com apoio do Ministério da Família exigem que elas sejam incluídas em qualquer avaliação de recursos sanitários baseados na comunidade. A UNICEF fez um acordo com o governo para prestar apoio a uma avaliação em 2010, para qual estão sendo concluídos os termos de referência.

No seminário, a equipe sugeriu que a falta de clareza em relação a forma de utilizar os agentes comunitários poderia ser uma oportunidade para testar diferentes enfoques, uma oportunidade valiosa e apropriada sobretudo nos próximos cinco anos enquanto o governo implementa a estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde. Para maximizar o valor da experiência, a equipa recomendou que o MINSA, as autoridades municipais e provinciais e os parceiros façam um trabalho sistemático de monitorização e compartilhem lições ou mesmo considerem projectar uma avaliação formal. No entanto alguns representantes do governo expressaram a necessidade de regulamentar e padronizar imediatamente o enfoque dos agentes comunitários e mostram-se hesitantes quanto a experimentar.

Dado o custo de vida em Angola, a equipa sugere procurar modelos em outros países que pagam seus agentes comunitários, tais como a BRAC, uma das maiores ONGs do mundo que emprega agentes comunitários em Bangladesh (Chowdury 2009), Tanzânia, e Uganda e Parceiros na Saúde, no Haiti e Ruanda (Publicação on line de Partners in Health Online).

Produção de Saúde na família[16]**:** Health Systems 20/20 entende que as pessoas estão no centro do sistema de saúde, como pacientes, consumidores, sociedade civil, contribuintes e produtores de saúde, através de seu comportamento. A promoção do auto cuidado adequado, tanto preventivo quanto curativo não pode ser esquecida como estratégia para melhorar os resultados da saúde, complementando o investimento angolano em serviços baseados nas unidades sanitárias. Existe ampla evidência (Darmstadt et al. 2005 e Kumar et. al 2008) que demonstra o impacto de práticas domésticas tais como lavar as mãos e aleitamento materno como fonte exclusiva de alimentação, e o uso de produtos como os preservativos, mosquiteiros, sal iodizada, e tratamento de água pontual. Estas práticas e produtos baratos, são muito efectivas e tão importantes quanto o acesso adequado e uso de serviços de saúde para melhorar os resultados na saúde.

A atenção prestada pela estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde ao papel dos agregados familiares em casa limita-se a dizer que o agente comunitário será responsável por melhorar a capacidade dos mesmos para incorporar boas práticas sanitárias de prevenção, nutrição, água e saneamento. Poderiam ser usados canais alternativos para melhorar essas práticas tais como igrejas, os meios de comunicação e os comités de gestão de água.

5.6 COORDENAÇÃO DOS DOADORES

A estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde oferece uma base clara para a coordenação entre doadores. Novos projectos de saúde do Banco Mundial e da União Europeia explicitamente fazem referência à estratégia. Existem muitas oportunidades para melhorar a eficiência e os resultados:

[16] Adaptados de comentários à revisão enviados pelo Dr. Koen Vanormelingen

- Quadro de resultados compartilhados baseados nos objectivos e metas da estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde;
- Financiamento compartilhado de inquéritos ou estudos;
- Coordenação em termos do lugar aonde os doadores trabalham/investem geograficamente (os projectos do Banco Mundial e da UE trabalham em diferentes províncias);
- Coordenação dos esforços a nível central, por exemplo múltiplos doadores propõem assistência (e.g., avaliações, estudos, planos) para melhorar a gestão de recursos humanos e evitar o risco de duplicação;
- Coordenação a nível provincial e municipal quando existe mais de um doador;
- Compartilhar lições quando estão sendo testadas duas abordagens diferentes como pode ser o caso dos agentes comunitários da saúde.

No entanto continua a inexistir um órgão formal ou foro para doadores do sector sanitário. A curto prazo os parceiros podem aproveitar órgãos existentes tais como o ICC e CCM. Os doadores poderiam também considerar celebrar reuniões regulares entre eles para compartilhar informação até que o MINSA crie uma alternativa. A longo prazo deve ser estabelecido um órgão para a coordenação formal dos doadores informado pelos estudos do GEPE de experiencias em outros países africanos.[17]

5.7 ALÉM DO SECTOR SAÚDE

Como mencionamos na secção a respeito da Situação da Saúde neste relatório, existem uma série de factores que estão além do que é considerado sistema ou sector da saúde mas que de qualquer forma tem um impacto importante na saúde da população. Há um crescente reconhecimento na comunidade de desenvolvimento, assim como um crescente número de evidencias, no sentido de que enfoques holísticos e transversais podem conseguir resultados mais eficientemente, e estão começando a surgir modelos bem sucedidos (Pielemeier 2007). Apesar de que esta avaliação está centrada no sistema de saúde, vale a pena salientar algumas oportunidades para coordenação ou colaboração entre sectores em Angola que tem o potencial de oferecer resultados significativos para a saúde:

Alavancagem da Saúde Ambiental para Promover Melhorias Sustentáveis no Desempenho do Sistema de Saúde

Muitas questões de saúde ambiental estão directamente relacionadas as Metas do Milénio 4, 5 e 6 que são específicas da saúde: mortalidade infantil, mortalidade materna saúde materna e o combate a doenças transmitidas por vectores. A saúde ambiental tradicional relacionada à pobreza e falta de desenvolvimento (e.g., abastecimento de água e saneamento inadequados), e aos perigos modernos causados pelo desenvolvimento (e.g., poluição e produtos e resíduos químicos agro-industriais) é um problema significativo em Angola. Os doadores e grupos de interessados vem trabalhando para resolver estes problemas e tem surgido muitas lições que podem informar o esforço de melhorar o resto do sistema sanitário angolano em torno da governação, da orientação, equidade e finanças.

[17] No seminário, o GEPE anunciou que está a realizar uma revisão de experiencias de coordenação de doadores em outros países africanos.

Uma lição ou melhor prática que tem surgido é o potencial de mudança que pode ser alavancado através do estabelecimento de organizações comunitárias. Estas organizações tem conseguido criar consciência a respeito de preocupações públicas e gerar tanto a demanda por soluções como a criação de soluções apropriadas. Por exemplo o acesso a água segura em particular tem sido uma prioridade para o governo, pelo menos desde o fim da guerra. Com o apoio de doadores como DFID e o PNUD, foram estabelecidos programas para apoiar esta trabalho. Os programas de maior sucesso tem sido os que tem uma forte orientação da comunidade e nos quais os residentes estabelecem relações de trabalho bem sucedidas com as autoridades locais. Através de comités de água, os residentes tem conseguido influenciar o abastecimento de outros serviços básicos tais como electricidade, esgotos e mais. Por exemplo desde 1999 a LUPP [18] vem oferecendo água limpa a preços substancialmente reduzidos para residentes, ao mesmo tempo que oferece micro financiamento e apoio ao desenvolvimento de empresas. O programa por exemplo permitiu a criação de uma operação angolana independente, financeiramente sustentável chamada Kixi-Credito, a primeira instituição não-bancária de micro finanças em Angola.

Com relação à lição sobre o valor de organizar-se ao redor de alguma questão de interesse comum, estes programas geraram também dados que apoiam a ideia de que existe uma base sólida para a implementação de programas com recuperação de custos. Ou seja os membros da comunidade em geral estão dispostos a contribuir com o custo da prestação de serviços em Angola, mesmo quando tais serviços são vistos como um direito básico de todos os cidadãos (Cain and Mulega 2009). Esta experiencia sugere que os pacientes podem estar abertos a compartilhar os custos dos serviços sempre que os mesmos sejam vistos como relevantes para suas necessidades.

Apoio à Subsistência e o Desenvolvimento Agrícola ligado à Segurança Alimentar, Nutrição e Saúde

A malnutrição é a principal causa associada à mortalidade em Angola, porém o vasto potencial agrícola do país basicamente não está utilizado. A USAID já tem programas que apoiam pequenos e médios agricultores. Na medida em que o governo e os doadores continuem a trabalhar no desenvolvimento da agricultura existe a oportunidade de assegurar o estabelecimento de um vínculo forte entre a segurança alimentar e a nutrição, para que quando o sector agrícola cresça, também aumente o acesso sustentável a alimentos nutritivos para a população mais carente.

Também devem-se buscar oportunidades para incorporar mensagens sobre estilos de vida saudável em outros esforços de desenvolvimento e subsistência. O projecto SPREAD em Ruanda por exemplo, um projecto de agro negócios da USAID, acrescentou um componente de promoção da saúde ao seu trabalho com produtores de café (Thanxton 2009).

Fortalecimento do Sector Educacional em Angola

A correlação positiva entre educação materna e saúde materno infantil está bem estabelecida há décadas. Além de quase todos os outros sectores, o da educação ficou muito enfraquecido durante a guerra civil. Apesar de que esta avaliação não examinou a situação do sistema educacional em Angola, nem os esforços que estão sendo feitos para melhorá-lo, vale a pena observar que os investimentos neste sector podem derivar em resultados significativos na saúde de pelo menos duas formas: melhorando a situação educacional de mulheres e meninas e portanto melhorando seus

[18] O programa de pobreza urbana de Luanda foi fundado pela DFID e implementado por Save the Children do Reino Unido, Care International, Development Workshop e One World Action.

comportamentos de saúde e a saúde de seus filhos, e ao criar uma força de trabalho mais bem-educada estabelecer uma base mais forte para melhorar os recursos humanos do sector saúde em Angola.

5.8 AMBIENTE PROMISSOR

Existe um senso incipiente mas crescente da responsabilidade do estado para com os pacientes e a comunidade, incrementado pelas eleições parlamentares de 2008, a descentralização em direcção aos municípios e as próximas eleições presidenciais em 2012. A estratégia de Revitalização do Sistema Municipal de Saúde oferece uma direcção clara, está mais voltada aos pobres e focalizada na saúde materno infantil. Certos aspectos da estratégia são claros e padronizados (e.g., sistema de prestação de serviços fixo incluindo as referências entre níveis, pacote básico de benefícios, necessidade de supervisão integrada e sistema de informação a nível municipal). Outros aspectos não estão claros e podem não beneficiar-se da experimentação e da criatividade tal como os agentes comunitários e o financiamento municipal para a saúde. Existe um acordo amplo a respeito dos problemas e mesmo em muitos casos das soluções, porém nem sempre no "como" a nível operacional . Os líderes do sector público nem sempre sentem que tem poder para agir. Existe uma preocupação com o planeamento e regulamentação em vez de com a implementação.

ANEXO A: TABELA DE INDICADORES

Dados do Sistema de Saúde/Angola	Fonte dos Dados	Dados a Nível de País Angola	Ano dos Dados	Valores Médios do Comparador Regional África Subsaariana	Ano dos Dados	Valores Médios da Renda por Grupo Comparador Rendimento médio baixo	Ano dos Dados
Módulo Central							
População, total	WDI-2009	16,948,673	2007	17,020,755	2007	68,285,669	2007
Crescimento Populacional (anual %)	WDI-2009	2.34	2007	2,26	2007	1,41	2007
População Rural (% do total)	WDI-2009	44,2	2007	61,85	2007	52,47	2007
População Urbana (% do total)	WDI-2009	55,8	2007	38,15	2007	47,53	2007
População com idade entre 0-14 (% do total)	WDI-2009	46,12	2007	42,09	2007	33,62	2007
População com idade a partir dos 65 (% do total)	WDI-2009	2,41	2007	3,33	2007	5,26	2007
Prevalência de Contraceptivos (% de mulheres com idade entre 15-49)	WDI-2009 IBEP 2008	6,2 18	2001 2008	15,78	2001	27,4	2007
Taxa de Fertilidade, total (nascimentos por mulher)	WDI-2009	5,8	2007	4,89	2007	3,17	2007
Mulheres grávidas que receberam mais de 1 consulta de cuidado pré-natal (%)	UNICEF_Chidinfo.org IBEP 2008	80 69	2006 2008	79,26	2006	86,05	2006
Mulheres grávidas que receberam mais de 4 consultas de cuidado pré-natal (%)	UNICEF_Chidinfo.org	--	--	44,71	2006	62,2	2006
Prevalência do VIH, total (% da população entre 15-49)	UNAIDS 2008 UNGASS 2010	2,1 2,0	2007 2010	5,75	2007	2,04	2007
Expectativa de vida ao nascer, total (anos)	WDI-2009	42,7	2007	53,21	2007	65,86	2007
Taxa de mortalidade, infantil (a cada 1.000 nascidos com vida)	WDI-2009 IBEP 2008	115,7 150	2007 2008	79,05	2007	40,66	2007
Taxa de mortalidade antes dos 5 (a cada 1.000)	MICS WDI-2009 IBEP 2008	250 158 195	2001 2007 2008	124,93	2007	54,53	2007
Taxa de Mortalidade materna (a cada 100.000 nascimentos)	WDI-2009	1,400.00	2005	832.16	2005	319.33	2005
PIB per capita (constante 2000 USD)	WDI-2009	1,265.52	2007	1,003.21	2007	1,396.79	2007
Crescimento do PIB (anual %)	WDI-2009	21.13	2007	5.29	2007	6.7	2007
Despesas totais em saúde per capita à taxa internacional do dólar	OMS	71	2006	147.78	2006	261.47	2006
Despesas privadas em saúde dentro do % do total dispendido em saúde	OMS	13.4	2006	48.94	2006	42.87	2006

Dados do Sistema de Saúde/Angola	Fonte dos Dados	Dados a Nível de País Angola	Ano dos Dados	Valores Médios do Comparador Regional África Subsaariana	Ano dos Dados	Valores Médios da Renda por Grupo Comparador Rendimento médio baixo	Ano dos Dados
Despesas do usuário em % das despesas privadas em saúde	OMS	100	2006	78.02	2006	85.6	2006
Índice Gini	WDI-2009	58.64	2000	47,35	2000	47,69	2006
Taxa de alfabetização de adultos (%)	WDI-2009	67,41	2001	71,17	2001	87,37	2007
	UNESCO	67,4	2001	71,18	2001	85,61	2007
População com acesso sustentável a fontes melhoradas de água potável (% total)	OMS IBEP 2008	51 42	2006 2008	66,36	2006	82,4	2006
Unidades melhoradas de tratamento de esgoto (% da população com acesso)	WDI-2009 IBEP 2008	50 60	2006 2008	32,39	2006	63,21	2006
Prevalência da Tuberculose, em todas as formas (para cada 100 000 habitantes)	OMS	294	2007	437,09	2007	212,68	2007
Percentagem de crianças menores de 5 anos com baixo peso para idade (crescimento atrofiado)	OMS	50,8	2001	41,42	2001	37,35	2006
Percentagem de crianças menores de 5 anos abaixo do peso	OMS UNICEF	27,5 16	2001 2007	24,9	2001	23,08	2006
Cobertura do sarampo	WDI-2009	88	2007	75,74	2007	86,89	2007
Módulo de Governação							
Voz e responsabilização – Estimativa de Pontos	BM - Indicadores de Governação	-1,07	2008	-0,54	2008	-0,41	2008
Voz e responsabilização – classificação percentual	BM- Indicadores de Governação	17,3	2008	33,17	2008	37,09	2008
Estabilidade Política - Estimativa de Pontos	BM- Indicadores de Governação	-0,43	2008	-0,56	2008	-0,44	2008
Estabilidade Política – classificação percentual	BM- Indicadores de Governação	29,6	2008	33,33	2008	35,88	2008
Efectividade Governamental - Estimativa de Pontos	BM- Indicadores de Governação	-0,98	2008	-0,78	2008	-0,56	2008
Efectividade Governamental – classificação percentual	BM- Indicadores de Governação	13,7	2008	26,77	2008	33,35	2008
Estado de Direito - Estimativa de Pontos 6]	BM- Indicadores de Governação	-1,28	2008	-0,74	2008	-0,52	2008
Estado de Direito – classificação percentual	BM- Indicadores de Governação	7,6	2008	28,99	2008	34,63	2008
Qualidade regulatória - Estimativa de Pontos 6]	BM- Indicadores de Governação	-0,94	2008	-0,7	2008	-0,54	2008
Qualidade regulatória – classificação percentual	BM- Indicadores de Governação	16,9	2008	29,29	2008	33,69	2008
Controle da Corrupção - Estimativa de Pontos	BM- Indicadores de Governação	-1,22	2008	-0,62	2008	-0,56	2008
Controle da Corrupção – classificação percentual	BM- Indicadores de Governação	6,2	2008	31,35	2008	33,9	2008
Módulo do Financiamento à Saúde							
Despesas totais em saúde como % do PIB	OMS	2,7	2006	5,3	2006	6,08	2006
Despesas totais em saúde per capita à taxa média de câmbio (US$)	OMS	71	2006	71,8	2006	106,91	2006

Dados do Sistema de Saúde/Angola	Fonte dos Dados	Dados a Nível de País Angola	Ano dos Dados	Valores Médios do Comparador Regional África Subsaariana	Ano dos Dados	Valores Médios da Renda por Grupo Comparador Rendimento médio baixo	Ano dos Dados
Despesas governamentais em saúde como % das despesas governamentais totais	OMS	5	2006	9,59	2006	9,57	2006
Despesas públicas (governamentais) em saúde como % do total dispendido em saúde	OMS	86,6	2006	51,06	2006	57,13	2006
Despesas em saúde dos donatários como % do total dispendido em saúde	OMS	7	2006	22,39	2006	11,13	2006
Despesas do usuário como % das despesas privadas em saúde	OMS	100	2006	78,02	2006	85,6	2006
Despesas do usuário como % do total dispendido em saúde	OMS	13,4	2006	39,05	2006	37,51	2006
Despesas privadas em saúde como % do total dispendido em saúde	OMS	13,4	2006	48,94	2006	42,87	2006
Módulo de Prestação de Serviços							
Número de camas hospitalares (por cada 10.000)	OMS	1	2005	10,79	2005	15,73	2005
Percentagem de nascimentos atendidos por pessoal especializado em saúde	WDI-2009 IBEP 2008	47,3 48	2007 2008	59,15	2007	75,22	2007
Cobertura da imunização contra DTP3: um ano de idade (%)	OMS	83	2007	85,22	2007	88,38	2007
Prevalência de contraceptivos (% de mulheres com idade entre 15-49)	WDI-2009 IBEP 2008	6,2 18	2001 2008	15,78	2001	27,4	2007
Mulheres grávidas que receberam mais de 1 consulta de cuidado pré-natal (%)	UNICEF_Chidinfo,org IBEP 2008	80 69	2006 2008	79,26	2006	86,05	2006
Expectativa de vida ao nascer, total (anos)	WDI-2009	42,7	2007	53,21	2007	65,86	2007
Taxa de Mortalidade, infantil (a cada 1.000 nascidos vivos)	WDI-2009 IBEP 2008	115,7 150	2007 2008	79,05	2007	40,66	2007
Taxa de mortalidade materna (a cada 100.000 nascimentos)	WDI-2009	1,400,00	2005	832,16	2005	319,33	2005
Prevalência do VIH, total (% da população com idade entre 15-49)	UNAIDS 2008 UNGASS 2010	2,1 2,0	2007 2010	5,75	2007	2,04	2007
Crianças menores de 5 anos que dormem em camas com mosquiteiros	WDI-2009 IBEP 2008	17,7 16	2007 2008	14,3	2007	17,34	2006
Crianças menores de 5 anos que recebem rehidratação oral contra a diarreia	WDI-2009	31,7	2001	35,72	2006	40,63	2006

Dados do Sistema de Saúde/Angola	Fonte dos Dados	Dados a Nível de País Angola	Ano dos Dados	Valores Médios do Comparador Regional África Subsaariana	Ano dos Dados	Valores Médios da Renda por Grupo Comparador Rendimento médio baixo	Ano dos Dados
Cobertura do ART entre pessoas em estado avançado de infecção por VIH (%)	OMS	16	2006	21,88	2006	21,55	2006
Módulo de Recursos Humanos							
Médicos (densidade a cada 10,000 habitantes)	WDI-2009	0,8	2004	2,06	2004	4,24	2004
Densidade de Enfermeiras e pessoal de obstetrícia (para cada 10. 000 habitantes)	OMS	13,5	2004	22,98	2004	22,78	2004
Farmacêuticos (densidade a cada 10.000 habitantes)	OMS	--	--	3,75	2004	3,8	2006
Técnicos de Laboratório (densidade a cada 10.000 habitantes)	OMS	1	2004	2,21	2004	3,42	2004
Módulo Farmacêutico							
Despesas totais em fármacos (% total das despesas em saúde)	OMS-A Situação Mundial dos Medicamentos-2004	20,3	2000	27,52	2000	26,04	2000
Despesas totais em fármacos (per capita à taxa média de câmbio) em USD	OMS-A Situação Mundial dos Medicamentos-2004	5	2000	9,87	2000	14,48	2000
Despesas governamentais em fármacos (per capita à taxa média de câmbio) em USD	OMS-A Situação Mundial dos Medicamentos-2004	1	2000	6,12	2000	6,05	2000
Despesas privadas em fármacos (per capita à taxa média de câmbio) em USD	OMS-A Situação Mundial dos Medicamentos-2004	4	2000	6,53	2000	10,88	2000
Módulo do Sistema de Informação de Saúde (SIS)							
Taxa de mortalidade materna notificada pela autoridade nacional (Cronologia do relatório, anos)	WDI-2009	3-5 anos	--	3-5 anos	--	3-5 anos	--
Taxa de mortalidade de menores de 5 anos (Cronologia do relatório, anos)	WDI-2009	0-2 anos	--	3-5 anos	--	3-5 anos	--
Taxa de prevalência do VIH em habitantes com idade entre 15-24 (Cronologia do relatório, anos)	UNAIDS 2008	Menos de 2 anos	--	Menos de 2 anos	--	Menos de 2 anos	--
Nascimentos de crianças abaixo do peso (Cronologia do relatório, anos)	OMS	6-9 anos	--	6-9 anos	--	6-9 anos	--
Número de camas hospitalares (Cronologia do relatório, anos)	OMS	2-3 anos	--	2-3 anos	--	2-3 anos	--
Prevalência Contraceptiva (Cronologia do relatório, anos)	WDI-2009	4 anos ou mais	--	4 anos ou mais	--	4 anos ou mais	--

Dados do Sistema de Saúde/Angola	Fonte dos Dados	Dados a Nível de País Angola	Ano dos Dados	Valores Médios do Comparador Regional África Subsaariana	Ano dos Dados	Valores Médios da Renda por Grupo Comparador Rendimento médio baixo	Ano dos Dados
Percentagem de relatórios de sobrevivência a nível nacional recebidos dos municípios comparado ao número de relatórios esperado (Relatório completo, %)	OMS/UNICEF Conjunto de Formulários de Relatório em Imunização	90% ou mais	--	90% ou mais	--	90% ou mais	--

ANEXO B: MAPA DOS DOADORES NOS PROGRAMAS DE SAÚDE DE ANGOLA

Doador	Sumário dos Projectos em Curso	Cronologia	Fundos	Projectos Futuros de Saúde	Localização do Projecto
	Doadores Multilaterais/Organizações				
Comunidade Europeia	Programa de Apoio ao Sector Saúde (PASS) realizado a partir do Fundo Europeu de Desenvolvimento, apoio ao GEPE Mapas Sanitários em cinco províncias em 2007; Sistemas de Saúde Local em Angola para traduzir os Mapas em planos de desenvolvimento provincial para as mesmas 5 províncias. 2008-2013 EC-Papel Estratégico do País Angola (CSP): Intervenções sob o desenvolvimento humano e social: Capacitação de recursos humanos nos sectores sociais, apoio à descentralização (MIS, planeamento, e orçamentação e despesas); participação da comunidade na gestão dos serviços primários; melhorar as sinergias entre saúde, educação e água/esgoto; financiamento para equipamentos e infra-estrutura a nível municipal.	2004 – 2010 2008-2013	€ 21M (USD 28M)	PASS II 2010-2014: Planos de Desenvolvimento Provincial e Revitalização do Sistema de Saúde Municipal € 25M (USD 33.3M)	PASS II: Nacional e 5 províncias: Luanda, Bié, Huambo, Huila, e Benguela
Fundo Global	Rodada 4 para o apoio ao desenvolvimento de capacidades para VIH/SIDA do INLS nacional e provincial, desenvolvimento de capacidades das ONG para gerir ART, e equipar 99 centros de saúde. $40M restam do balanço para serem gastos até Setembro de 2010 a menos que uma extensão sem custo seja aprovada. Rodada 7, uma concessão em 5 anos de $78 milhões contra a malária para ser utilizada na compra de	Agora – Set 2010	$40M VIH/SIDA USD 78M Malária	4 propostas de aplicações para a Rodada 10 estão em andamento. Grupos Técnicos de Trabalho foram estabelecidos para cada aplicação.	Nacional

Doador	Sumário dos Projectos em Curso	Cronologia	Fundos	Projectos Futuros de Saúde	Localização do Projecto
	mosquiteiros para camas, remédios contra a malária, diagnósticos, e recursos humanos; incluindo o Programa Nacional de Oficiais a nível central e em cada província (antigamente financiado através da OMS).				
GAVI	Fornecimento da vacina Pentavalente e correspondentes injecções são garantidas pela GAVI até 2010. Em 2007 a vacina Pentavalente foi introduzida em todos os municípios do país substituindo totalmente à DTP.	2003-2010	Vacinas Penta desde 2007 e mais USD 17M desembolsados de 2003 a 2007.	Projecção de doações da vacina Penta até 2015. Co-pagamentos de Angola a começar em 2011.	Nacional – PAV
Agências da ONU	O tratado do Quadro de Assistência e Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDAF) assinado com o Governo de Angola em 2009, propõe um orçamento de $31M/ano para reforçar os sistemas de saúde, M&E, prevenção do VIH entre MARPs, jovens e população em geral; igualdade de género, direitos humanos, redução dos estigmas, e outras áreas relatadas.	2010 – 2014	USD 31M por ano sob o UNDAF		Nacional
	Apoio conjunto ao país para a Implementação Acelerada do Atendimento Continuado Maternal e Neo-natal: harmoniza aproximações a nível nacional entre a OMS, UNICEF, e o Banco Mundial.	2008 – em diante	Não especificado		
PNUD	Projecto de Descentralização e Governação 2008-2010 reforça a capacidade de administração das províncias e municípios em 5 áreas chave: Potencializa as capacidades institucional, organizacional, técnica e de gestão do Município para uma efectiva entrega do serviço; Reforça o planeamento e a orçamentação na administração municipal; Potencializa a gestão financeira para a descentralização fiscal; Descentralização para potencializar a participação da comunidade, especialmente mulheres na governação local; Reforçar mecanismos para uma eficiente coordenação, monitorização e avaliação.	Vários projectos com diferentes datas	Projecto de descentralização de USD 9.45M por 3 anos. Co-financiado por DFID e Coop. Espanhola	Proposta de extensão do Projecto de Descentralização até 2012.	Projecto de Descentralização em 15 municípios de 5 províncias (Bié, Malanje, Bengo, Kwanza Norte e Uíge).

Doador	Sumário dos Projectos em Curso	Cronologia	Fundos	Projectos Futuros de Saúde	Localização do Projecto
	Fora da área de saúde: Projectos recentemente completados em ITC (internet para municípios através das ONG locais) e micro –finanças.				
PNUD-FG	Melhorar os laboratórios de VIH a nível nacional, apoiar o INSL para limpar e analisar dados de vigilância sentinela, apoiar o desenvolvimento proposto pelo FG, apoiar os comités provinciais, treinar mulheres trabalhadoras na prevenção do VIH, distribuição e aquisição de preservativos (com o INLS), apoiar os esforços de prevenção que miram nos jovens, e a população de grupos de risco; apoiar a educação do VIH para professores e jovens dentro e fora da escola; prover capacitação e INSL em hemoterapia e biossegurança; Assistência Técnica em aquisições, logística, distribuição e fornecimento de testes e tratamentos; apoiar MINSA a prestar serviços a órfãos e crianças vulneráveis através da sociedade civil.	Em curso	Parte dos USD 31M por ano desde 2010-2014 (ver acima)		Nacional
UNICEF	O Plano Nacional de Angola para Crianças é a base para os programas da UNICEF – na área da saúde e fora dela. A principal contrapartida da UNICEF é o Conselho Nacional para Crianças composto de 12 vice-ministros.	2006	Saúde, Nutrição, VIH: USD 16.5M; WASH: USD 5.7M		Nacional
	3 rodadas das Pesquisas por Agrupamento de Indicadores Múltiplos (1996, 2001 e 2008) MICS e um censo apoiado pela UNICEF projectado para avaliar o bem-estar de mulheres e crianças. O terceiro MICS de Angola foi realizado em todas as suas 18 províncias em 2008 e inclui módulos detalhados sobre malária e despesas. Os resultados ainda não foram publicados.	2007	Saúde, Nutrição, VIH: USD 19M; WASH: USD 8.5M		
	Consultor da UNICEF à nível de gabinete fornece assistência técnica ás equipas municipais de saúde em 16 municípios.	2008	Saúde, Nutrição, VIH: USD 21.2M; WASH: USD 6.3M		

Doador	Sumário dos Projectos em Curso	Cronologia	Fundos	Projectos Futuros de Saúde	Localização do Projecto
UNICEF (cont.)	O desenvolvimento acelerado de sobrevivência para crianças (ACSD) combina saúde, água e respostas para o VIH focadas em mulheres e crianças.	2009	Sobrevivência de Crianças (inclui WASH): USD 21,5M; Relatório de Acções Humanitárias (HAR): USD 2M		
	VIH/SIDA: Apoio ao desenvolvimento da proposta do FG, para actualizar o Plano Estratégico Nacional (VIH/SIDA), para a Direcção Provincial de Saúde e municípios em planeamento estratégico e prestação de PMTCT,+ serviços pediátricos de SIDA, para desenvolver um quadro de MCV M&E, para a implementação do projecto de ONG, para intervenções tendo em vistas jovens dentro e fora da escola. Acção de Resposta Humanitária (HAR) endereçada a emergências como inundações, cólera, malnutrição; assim como prevenção de desastres. Aprox. $2M em 2009.	2010	Sobrevivência de Crianças: USD 20.6M (10)		
UNAIDS	Prepara dados para o relatório da UNGASS. Estimativa não entregue para 2009. Apoia as aplicações de CCM e GF.	Em curso	Não especificado	Estimativa das Despesas Nacionais com SIDA (NASA) análise das despesas com VIH/SIDA	Nacional
Organização Mundial da Saúde (OMS)	Todos os 3 níveis da OMS (Genebra, OMS/Afro, e o representante local) providenciam assistência. Em 2007, o escritório local tinha 189 empregados. A nível nacional, OMS apoia a elaboração da política nacional de saúde e o plano nacional de desenvolvimento, M&E. NHA para 2006-08 é esperado para Julho de 2010. Orientações sobre VIH/SIDA e fortalecimento da capacidade do INLS local para monitorar a resistência às drogas	Em curso desde 2001 A estratégia de cooperação corrente é para 2009-2013	USD 47.65M/ano em 2007. Até 90% dos fundos vêm de outros donatários (EUA, GB, outros)	A estratégia para 2009-2013 tem 3 áreas: 1. Saúde Maternal e Infantil: formação do prestador de serviços, integração dos serviços 2. Doenças infecciosas: sobrevivência, prevenção, diagnóstico e tratamento. 3. Gestão do sistema de saúde: gestão e formação	Nacional + 18 equipas provinciais

Doador	Sumário dos Projectos em Curso	Cronologia	Fundos	Projectos Futuros de Saúde	Localização do Projecto
	Foco na saúde da criança e do adolescente como parte da revitalização municipal. Desde 2001, presença local em todas as 18 províncias com uma unidade de 3 pessoas, ponto focal para apoiar a Direcção de Saúde Provincial para sobrevivência às doenças infecciosas e vacinação (PAV) e esforços de revitalização dos municípios.			de HR, SIS e pesquisa, medicações e tecnologia, financiamentos, coordenação do doador	
Banco Mundial	Projecto HAMSET para controle de VIH, Malária e Tuberculose culminando em Junho de 2010. Componentes de saúde (USD 8 milhões) do Projecto de Reabilitação Emergencial Multi-Sectorial (EMRP). MHSS (Reforçando os serviços de saúde municipal) – Ver sumário no fim deste anexo	2006-11 2011-2016	USD 21M USD 70M	Actualmente desenvolvendo a Estratégia de Parceria com o País Angola (em todos os sectores), o qual irá guiar todas as suas operações em 2010-2013. Novo projecto de saúde para apoiar a estratégia do MINSA de revitalização da saúde municipal.	Unidade de gestão do Projecto (PMU) com o MINSA NDSP em Luanda Novo projecto com alvo em 18 municípios de 6 províncias: Bengo, Malange, Lunda Norte, Moxico, e Uíge
Outros	Brasil – capacitação, TA China – infra-estrutura Cuba – médicos, bolsas de estudo em escolas de medicina Portugal e Espanha – parte do projecto PASS da União Europeia	Em curso	desconhecido		

RESUMO DO NOVO PROJECTO PARA O FORTALECIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MUNICIPAL DO BANCO MUNDIAL (MHSS) 2011 – 2016

US$ 70.8 milhões Empréstimo AID + US$ 4.5 milhões de uma empresa privada em Angola

Meta: Melhorar o acesso da população e a qualidade dos serviços de atendimento de saúde materno infantil.

Base lógica: O governo vem realizando investimento em capacitação e infra-estrutura. O MHHS cria uma estratégia de curto prazo para alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio mais rapidamente.

Três componentes nucleares:

1. Melhorar a prestação de serviços em 18 municípios e 5 províncias; aproximadamente 1.9 milhões de pessoas (US$ 56.3 milhões): Fortalecimento dos serviços a nível municipal, aumento do alcance dos serviços (veículos, motocicletas, equipas), intervenções comunitárias (agentes comunitários da saúde), aprimoramento do atendimento obstétrico (infra-estrutura, equipamento, tele-medicina) e gestão e eliminação de resíduos hospitalares;

2. Piloto de incentivos (vales) à demanda para promover a prestação institucional (US$ 0.8 milhões);

3. Fortalecimento da capacidade do MINSA e dos municípios (US$ 18.2 milhões)

Fortalecimento da capacidade do departamento de planeamento (GEPE) do MINSA, contratando consultores para apoiar na preparação de:

- Plano de desenvolvimento de recursos humanos de médio prazo;
- Plano de investimento em infra-estrutura sanitária e
- Quadro de despesas de médio prazo.

Fortalecimento da monitorização e avaliação (M&E):

- Fortalecimento da capacidade de M&E do MINSA para o uso do HMIS actual;
- Capacitação em geração de dados para a tomada de decisões a nível central, provincial e municipal;
- Preparação e execução de inquéritos sobre acesso e qualidade: CAP anual, rápido com a OMS (300-500 agregados familiares em todas as províncias alvo do MHSS) e inquéritos rápidos das unidades sanitárias (4/município cidade) nos 18 municípios alvo;
- Avaliação realizada no meio e no final do projecto
- Computadores, manuais de capacitação e papelaria para M&E.

Total E&P: Angola financiará parte do programa de capacitação, kits solares, e a reabilitação/construção de quatro salas de parto em Malange.

Coordenação : Colaborar com a UNICEF, OMS, e UNFPA em questões técnicas e de implementação.

Gestão: Comité director para monitorizar o progresso do projecto MHSS: Ministro da Saúde, Director da Saúde Pública, Director de Planeamento, Coordenador da Revitalização e qualquer outro membro designado pelo Ministro.

ANEXO C: SEMINÁRIO SOBRE A AVALIAÇÃO DOS SISTEMA DE SAÚDE EM ANGOLA

Seminário sobre a Avaliação dos Sistemas de Saúde de Angola
Terça-feira, 20 de Abril de 2010

Agências do governo dos EUA e o Ministério da Saúde de Angola celebrarão um seminário conjunto para rever os resultados iniciais da Avaliação dos Sistemas de Saúde de 2010 e discutir recomendações para o governo norte-americano e para o MINSA na medida em que desenvolvem suas estratégias para o sector de saúde angolano. Esta avaliação actualiza uma avaliação semelhante realizada em 2005 e especificamente irá:

- Revisar novas fontes de dados que tenham ficado disponíveis desde 2005;
- Identificar áreas nas quais houve avanço desde a avaliação de 2005 e as estratégias que tiveram êxito;
- Identificar os desafios contínuos ao fortalecimento do sistema de saúde de Angola, prestando especial atenção aos recursos humanos, sistemas de informação de saúde, segurança dos produtos básicos, coordenação dos doadores e conversão do bom planeamento em acção.
- Desenvolver recomendações para ajudar a informar a estratégia de saúde do MINSA e a estratégia sanitária integrada USG/Angola.

Agenda

8:00-8:30	Café e registo
8:30 – 9:15	Palavras de boas-vindas do MINSA e do USG Olhada geral aos objectivos e agenda Apresentações
9:15 – 10:30	Apresentação de resultados: O que mudou desde 2005? Iniciativas promissoras

	Recomendações Perguntas e discussão
10:30-10:45	Intervalo para o café
10:45-11:45	Discussão em pequenos grupos para discutir recomendações específicas
11:45 – 12:45	Relatório dos grupos
12:45-13:00	Encerramento
13:00	Levanta-se a sessão para ir ao almoço

Principais Pontos de Discussão para o Trabalho em Grupos

Grupo I (perguntas 1-3)

Perguntas para a discussão:

1. *Revitalização do Sistema Sanitário Municipal precisa de **financiamento**.*
   - *No processo orçamentário, como podem os municípios influenciar melhor os tetos orçamentários estabelecidos pelo MINFIN?*
   - *Como garantir um financiamento mínimo no nível municipal? Como pode a RMS, que depende da administração municipal ter alguma influência sobre isto?*
     - *Orçamento estabelecido pelo MINSA e o MINFIN baseado em dados*
     - *Advocacia através do DPS*
     - *Bónus financeiro para municípios que alcancem progresso mensurável em direcção às metas da revitalização (verificado independentemente)*
     - *Advocacia através da esposa do administrador (a directora do Comité de Auditoria de mortalidade materno infantil)*

2. *Revitalização do Sistema Sanitário Municipal precisa de **medicamentos essenciais**.*
   - *Como garantir um stock continuo de medicamentos essenciais?*
     - *Como garantir a qualidade dos produtos? Necessidade de novos mecanismos (desde o registo até a vigilância no mercado)*
     - *Como incluir o conceito de qualidade no apoio farmacêutico?*

3. *A Revitalização do Sistema Sanitário Municipal precisa de **recursos humanos que estejam:***
   - *Capacitados*
     - *Como criar e manter uma força de trabalho adequada?*
     - *Como fazer melhor uso dos "médicos importados" (e recursos médicos militares) na formação e capacitação dos recursos humanos?*
   - *Motivados*
     - *Reconhecimento público*
     - *Bónus Financeiro*

Principais Pontos Discutidos:

- **Financiamento**:
  - Identificar, com a sociedade civil, outras fontes de financiamento (privadas);
  - É necessário que haja:
    - Um plano municipal feito com dados sobre o que é necessário
    - Necessidades definidas por perspectiva/escopo epidemiológico
    - Planos feitos por pessoas capacitadas
    - Participação em par com a sociedade civil.

- **Medicamentos Essenciais**:
  - Existem as vezes rupturas de stock a nível municipal mas não a nível central por falta de um planeamento adequado e uso racional;
  - É preciso minimizar riscos e administrar bem:
    - Pessoas capacitadas em todos os níveis para gestão de stock
      - Instrumentos necessários incluem listas de stock e listas de medicamentos essenciais
    - Pessoas capacitadas em uso médico racional
    - Melhoraria a quantificação, não apenas do consumo mas da epidemiologia

        - Comprar apenas o que está na lista
        - Melhorar logística (armazenagem e transportação).

- **Recursos Humanos**:
    - Melhor gestão dos mesmos trabalhadores (e.g., cinco técnicos de laboratório numa unidade mas no dia da visita não estava nenhum);
    - É necessário uma discussão política a nível nacional sobre saúde reprodutiva;
    - Redistribuição:
        - Sugestão de serviço obrigatório em áreas rurais depois da formação
        - Bolsas de estudo por trabalhar em áreas rurais
        - Salário/bonificação por trabalhar em áreas rurais
        - Alojamento por trabalhar em áreas rurais
    - Aproveitar os médicos importados para:
        - Capacitação pré-serviço
        - Formação continua
        - Supervisão
    - Capacitação integrada – mais opções de trabalho;
    - Apoio à universidade e institutos de medicina de nível superior em outras áreas e a sua regulamentação (Questão da qualidade do currículo);
    - Acreditação (créditos) de cursos de formação permanente como incentivo para crescimento profissional;
    - Definição /visão da carreira;
    - Avaliação das pessoas deve ser mais técnica; actualmente é a mesma para todos os servidores públicos (nada específico à saúde).

<u>Grupo 4 (pergunta 4)</u>

Perguntas para a discussão:

4. *Revitalização da Estratégia Sanitária Municipal centrada em saúde materno infantil requer **integração dos serviços.***
    - *Como ligar financiamento vertical com prestação de serviços horizontal? Como demonstrar resultados aos programas verticais?*
    - *Supervisão integrada?*
    - *SIS harmonizado?*
    - *Como manter um inventário único? Expandir a melhoria de práticas de gestão de stock, uso racional da supervisão para medicamentos essenciais de todos os programas?*

Principais pontos discutidos:

- **Nível Municipal**:
    - Onde a integração funciona melhor, o seguinte ainda é necessário:
        - Plano sanitário municipal
        - Integração do SIS
        - Financiamento de um pacote mínimo
        - Definição da lista de pessoal para implementação
- Sugestão para o **papel dos programas nacionais**:
    - Orientação, estratégia e avaliação
    - Deixar a implementação para outros níveis, nos quais a integração é mais óbvia

- **Supervisão**
  - É preciso um plano de supervisão
  - Bandeira de supervisão integrada
  - Equipas a nível da DPS que recebem fundos dos programas mas realizam actividades de forma integrada
  - Quem exercerá a supervisão
    - Antes existiam equipas de supervisão da DNSP (integradas)
- **SIS**
  - Sistema existente muito fragmentado – necessidade de um registo /base de dados:
    - Base de dados de consultas já integrado – já existe um modelo (mas há resistência para preenche-lo)
    - É necessário ter orientação central para a integração do SIS
- Mesmo nos **programas verticais** existem oportunidades:
  - Gestão de medicamentos
  - Formação contínua/ Formação e capacitação no trabalho (e.g., Malária e SIDA)

<u>Grupo 6 (perguntas 5 e 6)</u>

Perguntas para a discussão:

5. *Revitalização do Sistema Sanitário Municipal precisa **apoiar a DPS***
   - *Planeamento operacional, preparação de orçamentos e investimentos*
   - *Advocacia com administração municipal*
   - *Capacidade de resposta a necessidades de emergência*
   - *Promoção de equidade entre municípios*

6. *Revitalização do Sistema Sanitário Municipal necessita de **coerência do apoio externo***
   - *Quadro de resultados único?*
   - *Inquéritos nacionais anuais (CAP rápido planeado pelo BM e OMS)? Custo compartilhado, oportunidade para comparar províncias*
   - *Selecção de províncias por doadores?*
   - *Qual será a norma para implementação de intervenções a nível municipal? Qual será a variável para propósitos de aprendizagem?*
   - *Como manter coerência na implementação?*
   - *Apoiar a DPS com financiamento limitado:*
     - *Apoio abrangente a menos províncias?*
     - *Ou apoio limitado a mais províncias?*
   - *Qual o melhor papel para o USG?*

Principais pontos discutidos:

- Necessidade de um mecanismo formal de coordenação central do apoio externo (longo prazo) – estudo de experiências de países vizinhos;
- ICC+CCM poderiam ser soluções para a coordenação de curto prazo;
- Política do plano nacional de saúde: o texto está pronto, só falta a aprovação. Trabalha-se no estabelecimento de um foro formal para discutir e coordenar apoio dos doadores;
- Melhorar sistemas de informação;
- Mapa de projectos;
- Restrições ao uso de fundos de parceiros. Solução: Definição de um pacote básico, do qual os doadores cobririam certa parte ou todo o pacote;
- Província – poderiam ter mais de um parceiro se fossem competentes.

Grupo 7 (pergunta7)

Perguntas para a discussão:

7. *Consenso sobre a importância de* ***estender o alcance dos serviços de saúde à comunidade***
    - *Abertura para experimentar modelos diferentes:*
        - *Equipas móveis*
        - *Agentes comunitários, activistas, parteira*
        - *Postos de saúde*
        - *Enfoques públicos e privados*
        - *Coordenação com autoridades tradicionais*
    - *Experiências piloto interessantes: é preciso avaliar e divulgar resultados.*

Principais pontos discutidos:

- Definição de um discurso politico a respeito de serviços comunitários
    - Perfil, voluntários, incentivos
        - Agentes comunitários – podem ser voluntários a nível municipal com certos incentivos, Por exemplo os estudantes poderiam ser voluntários e receber uma bolsa de estudos.
        - Parcerias – escolas e locais de trabalho
        - Uso/criação de farmácias comunitárias
        - Equipas móveis: já são parte do sistema, agentes comunitários seriam uma continuação dessas equipas
    - Experiências em Luanda, precisam de regulamentação
        - Coordenação com autoridades tradicionais
    - Capacitação e seguimento, lojas
        - Enfoque público e privado
    - Mobilização rápida
    - Participação e continuidade
        - Necessidade de uma politica de serviços comunais/comunitários (além da saúde)
        - Coordenação com líderes comunitários deve ser mais participativa e continua – não apenas utilizando-os mas solicitando sua participação
        - Assessoria em como ouvir e aceitar a nível social: mecanismo existente nos municípios deveria ser usado neste contexto. Funciona bem em certas áreas
        - Conselho Nacional para a Infância: possivelmente um órgão que apoie a ideia de actores comunitários além da saúde
        - Comité de auditoria em mortalidade materno infantil (esposa do administrador) é outra opção – que acontece se o administrador for uma mulher?
        - Aprender de experiencias em outros lugares.

Sugestões dos Participantes do Seminário ao USG (anónimos)

- ✓ Envolver os foros comunitários e municipais na monitorização dos investimentos locais na saúde.
- ✓ Fortalecer a formação de quadros intermediários na saúde.
- ✓ A estratégia dos Estados Unidos deve estar alinhada com as estratégias de integração e revitalização do sistema nacional.
- ✓ Apoio financeiro aos programas para a saúde materno infantil devem ser semelhantes aos de outros países apoiados pela USAID.
- ✓ Incluir o suprimento de água na estratégia do sector saúde da USAID.
- ✓ Como parte da integração deve haver um apoio efectivo aos sistemas de informação da saúde SIS.
- ✓ As doenças negligenciadas devem ser parte integral da nova estratégia da USAID.
- ✓ O apoio à gestão farmacêutica oferece uma oportunidade de integração que deve ser explorada.
- ✓ Reduzir os custos operacionais com uma maior carga de assistência técnica.
- ✓ Formação de implementadores locais através de um processo competitivo para apoiar aos estrangeiros residentes e uma menor proporção de estrangeiros residentes para melhorar a eficiência dos recursos.

Destaques

- Maior foco político e financeiro na rede primária, já dando alguns resultados
- Constrangimentos sérios na execução – medicamentos essenciais, RH, gestão financeira local, alcance à comunidade
- Oportunidade excepcional de coerência entre os parceiros – como explorar?
- Experiências diversas nas províncias, com parceiros, no sector privado – como explorar?
- Crescimento da sociedade civil – como explorar?

14

1. Revitalização do sistema municipal de saúde exige fundos

- No processo orçamental, como influenciar melhor os tetos estabelecidos pelo MINFIN?
- Como garantir fundos mínimos no nível municipal? O RMS, subordinado ao administrador, vai influenciar como?
  - Orçamento fixado pelo MINFIN e MINSA baseado nos dados
  - Advocacia pela DPS
  - Bonus financeiro aos municípios que realizam progresso aos objetivos da Revitalização (progresso verificado por um inquérito independente)
  - Advocacia pela mulher do administrador (governadora de comitê da auditoria de mortes maternas)

16

2. Revitalização do sistema municipal de saúde exige medicamentos essenciais

- Como garantir stock contínuo dos medicamentos essenciais?
  - Como garantir a qualidade dos produtos? Precisa de implementar mecanismos novos (do registro até vigilância pós marketing)? Como manter?
  - Como incluir o conceito de qualidade na assistência farmacêutica?

17

3. Revitalização do sistema municipal de saúde exige recursos humanos

- Capacitados
  - Como criar e manter um efectivo adequado?
  - Como aproveitar os médicos importados (e forças armadas?) para capacitação dos recursos humanos Angolanos?
- Motivados
  - Reconhecimento público
  - Bonus financeiro

18

4. Revitalização do sistema municipal de saúde, focalizado na mulher e criança, exige a integração dos serviços

- Como ligar financiamento vertical com um sistema horizontal de prestação de serviços? Como mostrar resultados aos programas verticais?
- Supervisão integrada?
- SIS harmonizado?
- Como manter um só inventário? Expandir a melhoria das práticas de gestão de inventário, uso racional, e a farmacovigilância para os medicamentos chaves de todos os programas?

19

5. Revitalização do sistema municipal de saúde exige o apoio provincial (DPS)

- Planeamento e orçamento operacional e investimentos
- Advocacia com a administração municipal
- Responder às necessidades emergentes
- Promover equidade entre municípios

20

6. Revitalização do sistema municipal de saúde exige coerência do apoio externo

- Um único framework de resultados?
- Inquéritos nacionais anuais[1]? – custo compartilhado, oportunidade de comparação províncias
- Escolha das províncias pelos doadores?
- Na implementação das intervenções no nível municipal, o que será padronizado? O que será variavél para a aprendizagem?
- Como manter coerência na implementação?
- Apoio ao DPS - recursos limitados:
  - Apoio completo a poucas províncias?
  - Ou apoio limitado a mais províncias?
- Qual é o melhor papel do governo dos EU?

1. Annual rapid KAP survey do BM e OMS

21

7. Consenso sobre a importância de estender o alcance dos serviços ao nível da comunidade

- Abertura para experimentar modelos diferentes:
  - Equipas móveis
  - Agentes comunitários, activistas, parteiras tradicionais
  - Postos de venda de medicamentos
  - Abordagens públicas e privadas
  - Coordenação com autoridades tradicionais
- Experiências piloto interessantes: necessidade de avaliar e disseminar resultados

22

ANEXO D: ESCOPO DO TRABALHO

Actualização da Avaliação dos Sistemas de Saúde - Angola
Projecto Sistemas de Saúde 20/20
Março 2010

1. Antecedentes

Em 2005 o projecto Parceiros para a Reforma da Saúde plus (PHRplus) – predecessor do projecto Sistemas de Saúde 20/20 (HS 20/20) – realizou uma avaliação do sistema de saúde em Angola (HSA) para informar a programação do sector saúde para Angola da USAID. A HSA identificou os pontos fortes e as vulnerabilidades do sistema de saúde do país e apresentou recomendações para melhorá-lo.

Desde então a USAID vem implementando uma série de projectos de saúde em áreas como a malária, HIV/SIDA, planeamento familiar e saúde materna e infantil. Outros doadores como a UNICEF, a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Banco Mundial e a União Europeia vêm também desenvolvendo actividades importantes em Angola junto com o Ministério da Saúde (MINSA).
Estes esforços têm gerado ricas e novas fontes de informação a respeito do sistema de saúde em Angola e provavelmente produziram resultados. No momento o MINSA está no processo de desenvolver uma política sanitária nacional e um plano sanitário estratégico. O USG/Angola está consolidando e aprimorando uma abordagem integrada a sua programação de saúde no país. Este é um momento oportuno para actualizar a avaliação de 2005 e alargar o escopo da avaliação proposta para 2010 para identificar os principais avanços das intervenções do USG e informar as estratégias do MINSA e da USG/Angola para o futuro.

2. Propósito

O propósito deste trabalho é actualizar a HSA feita em Angola em 2005. Especificamente a avaliação irá:

- Revisar novas fontes de dados que tenham ficado disponíveis desde 2005;
- Identificar áreas nas quais houve avanço desde a avaliação de 2005 e as estratégias que tiveram êxito;
- Identificar os desafios contínuos ao fortalecimento do sistema de saúde de Angola, prestando especial atenção aos recursos humanos, sistemas de informação de saúde, segurança dos produtos básicos, coordenação dos doadores e conversão do bom planeamento em acção. Todas são áreas de vulnerabilidade do sistema de saúde que continuam a impedir o desempenho dos programas da USAID;
- Desenvolver recomendações para ajudar a informar a estratégia de saúde do MINSA;
- Ajudar a informar a estratégia sanitária integrada USAID/Angola.

O HS 20/20 cooperará estreitamente como o MINSA e a OMS para assegurar a participação e apropriação local e a coordenação com esta HSA e esforços em curso. A equipa também tentará envolver partes interessadas em outros sectores, tais como o Ministério de Finanças e Planeamento, o Ministério de Assuntos da Mulher, o Ministério da Juventude, o Ministério da Reinserção, a sociedade

civil, empresas privadas e o CCM do Fundo Global e possivelmente um representante da Assembleia Nacional.

3. Metodologia

Esta avaliação utilizará o Enfoque para a Avaliação dos Sistemas de Saúde, um processo rápido baseado em indicadores desenvolvido pela USAID/GH/HIDN e que é realizado em duas fases: Fase I – Planeamento e Revisão da Informação de Base e Fase II – recolha de dados do trabalho em campo e preparação do relatório. Este enfoque inclui seis módulos: governação/direcção, financiamento, prestação de serviços, recursos humanos, farmacêuticos e SIS. A avaliação será realizada de 4 a 17 de Abril de 2010.

FASE I

O planeamento e revisão da informação de base é feita basicamente em Washington, DC e provê o mapa para os passos necessários durante a Fase II. A Fase I inclui: revisão dos documentos de base, material de arquivo e outras fontes relevantes que forem necessárias, entrevistas com as agências do USG/Angola e informantes chave nos EUA, identificação dos informantes chave iniciais e preparação do plano de trabalho preliminar para a fase II.

Revisão Documental e Consulta com Clientes *Janeiro - Março 2010*
Antes de chegar ao país para realizar o trabalho de campo, a equipa fará uma revisão dos documentos e relatórios incluindo entre outros: o HSA de Angola de 2005, relatórios e inquéritos de projectos de saúde (não só os do USG), resultados preliminares da avaliação nacional de saúde e dos MICS, se estiverem disponíveis, relatórios da estratégia sanitária nacional e de população; dados do governo e outros dados resultado de monitorização; documentos de estratégias do USG. A equipa consultará com as agências do USG/Angola e o pessoal de apoio do USG baseado nos EUA tais como VIH/SIDA (PEPFAR), malária (PMI), RH, TB, água e saneamento, democracia e governação. Estas consultas afinarão o escopo do trabalho, a metodologia de avaliação e o esboço do relatório.

Reunião de Planeamento da Equipa em Washington, DC – *Fevereiro 2010*
Será realizada uma Reunião de Planeamento da Equipa, somente com os membros da equipa HSA antes de iniciar oficialmente as reuniões e trabalho com as agências do USG e outros. Este tempo será utilizado para esclarecer papéis e responsabilidades, produtos/resultados, instrumentos de desenvolvimento e abordagem à avaliação e novo desenho e reajuste da agenda. Durante a reunião a equipa:

- Compartilhará antecedentes, experiencia e expectativas para o trabalho
- Formulará um entendimento comum do trabalho, esclarecendo papéis e responsabilidades dos membros da equipa
- Chegará a um acordo sobre os objectivos e resultados desejados do trabalho
- Desenvolverá métodos de recolha de dados, instrumentos, ferramentas e metodologias
- Desenvolverá um cronograma para a avaliação e uma estratégia para conseguir os resultados

Preparação para a Viagem – *Fevereiro - Março 2010*
Depois da reunião de planeamento a equipa começará a coordenar com a USAID/Angola para seleccionar e contactar os informantes chave que devem ser entrevistados, determinar como apresentar o conceito da HSA para obter sua adesão, preparar o programa do trabalho em campo e começar a marcar as entrevistas.

FASE 2

Esta fase inclui: trabalho no país, incluindo uma reunião de planeamento da equipa com a USAID, entrevistas com informantes chave, visita aos locais, recolha continuada de dados/informação para enriquecer as áreas de inquérito identificadas na Fase I, reuniões informativas com as agências do USG, um seminário com partes interessadas e apresentação do esboço do relatório. Depois da visita ao país, o relatório final será revisado em base ao feedback das agências do USG e de outras partes interessadas e depois será editado e formatado antes de sua apresentação final.

Chegada – Reunião de Planeamento da Equipa com agências do USG/Angola – *Abril 2010*
Ao chegar a equipa irá encontrar-se com as agências do USG /Angola para: rever as prioridades para a avaliação e a metodologia de avaliação; finalizar as questões chave da pesquisa e analisar o cronograma do trabalho de campo (de quais reuniões participarão os funcionários das agências do USG/Angola? Programar reuniões e ligações); rever logística, protocolo para comunicação com a USAID/Angola, outros doadores e contactos no governo e para as entrevistas durante as visitas e plano para o seminário com as partes interessadas.

Visitas /Entrevistas com informantes chave – *Abril 2010*
As visitas aos locais serão cruciais para entender o desempenho do sistema de saúde no nível da prestação dos serviços. As entrevistas com informantes chaves incluirá entre outros, funcionários do MINSA, agências do USG, parceiros na implementação, outros doadores, parceiros comerciais e do sector privado, organizações da sociedade civil.

Reunião para informação das agências do USG /Angola – *Abril 2010*
Antes do seminário, a equipe fará uma reunião informativa com as agências do USG/Angola e discutirá os resultados e recomendações preliminares, questões pendentes e revisará a apresentação (ppt) para o seminário.

Seminário com Partes Interessadas – *Abril 2010*
Seminário de meio dia a ser realizado em conjunto com as agências do USG /Angola e outros interessados uma vez que tenha concluído o trabalho de campo e antes da partida da equipa. Os participantes incluirão parceiros e associados das agências do USG. A missão poderá considerar organizar o seminário em parceria com o MINSA e/ou a OMS. Durante a reunião a equipa de avaliação apresentará seus resultados para comentários e validação e facilitará os debates do grupo a respeito das recomendações para o fortalecimento do sistema nacional de saúde, mas não incluirá recomendações para a futura programação das agências do USG. A USAID e o MINSA enviarão os convites e a HS 20/20 cobrirá as despesas do seminário, incluindo o local.

Esboço preliminar do relatório – *Abril 2010*
O cronograma integral do relatório demorará ao todo de 4 a 5 semanas. Com base em toda a informação recolhida no país, incluindo a reunião informativa com USG/Angola e o Seminário, a equipa apresentará um esboço preliminar do relatório incluindo os resultados e recomendações uma vez concluído o trabalho de campo e antes da partida da equipe (17 de Abril). O esboço incorporará os comentários e feedback das reuniões informativas. O relatório não excederá 50 páginas (excluindo apêndices, lista de contactos, etc.) O esboço de relatório incluirá os resultados e recomendações para a revisão da Missão. As agências do USG/Angola terão duas a três semanas para oferecer comentários e sugestões à equipa de avaliação, incluindo comentários do MINSA que serão incluídos no relatório final.

Relatório Final – *Maio - Junho 2010*
A equipa enviará um relatório final no máximo uma semana depois de que as agências do USG/Angola enviem comentários a respeito do relatório preliminar da equipa. O relatório não excederá 50 páginas

(excluindo apêndices, lista de contactos, etc.). O formato incluirá um resumo executivo, índice, resultados e recomendações. Uma vez aprovado, será necessária uma semana adicional para edição e formatação. O relatório será apresentado em Português e Inglês, em formato electrónico para sua disseminação entre os parceiros e partes interessadas.

4. Composição da Equipe

A equipa de avaliação consistirá de um Chefe de Equipa, um especialista de saúde pública, um funcionário da USAID (que tenha participado da avaliação de 2005), um consultor internacional, um especialista local, um funcionário do MINSA, e uma assistente de pesquisa. A equipa colectivamente deve ter uma formação abrangente que inclua os seis módulos: governação/direcção, financiamento, prestação de serviços, recursos humanos, farmacêuticos e SIS.

Chefe da Equipa – *Catherine Connor, HS 20/20*
A Chefe da Equipa será responsável pela orientação da realização do trabalho de avaliação e pela preparação e finalização de todos os resultados. Ela será responsável pelo alcance dos objectivos assim como pelas apresentações e reuniões de informação. Será também o elo com a USAID/Angola. A chefe da equipa fala fluentemente o português e tem mais de 10 anos de experiência liderando equipas de avaliação, incluindo a HSA Angola de 2005, e na preparação de documentos de projecto de alta qualidade. A chefe da equipa ficará encarregada de:

- Finalizar e negociar o plano de trabalho da HSA com o cliente
- Estabelecer as funções, responsabilidades e tarefas de cada membro da equipa
- Assegurar que a organização logística no terreno esteja completa
- Facilitar as reuniões de planeamento da equipa ou trabalhar com um facilitador para estabelecer a agenda e outros elementos das mesmas
- Assumir a liderança na preparação e coordenação das contribuições dos membros da equipa e apresentar, rever e finalizar o relatório do trabalho
- Assumir a liderança na produção de um ou mais módulos da avaliação
- Administrar o processo de redacção do relatório
- Dirigir as reuniões de coordenação da equipa no terreno
- Coordenar o fluxo de trabalho e as tarefas para assegurar que os membros da equipa estejam trabalhando em consonância com o programado
- Assegurar a organização logística no terreno para a equipa (e.g. que o apoio administrativo/secretarial esteja contratado, assegurar que seja feito o pagamento dos serviços, que o carro e motorista além de outra transportação e viagens estejam contratados, etc.) em coordenação com a equipa

Especialista de Saúde Pública – *Denise Averbug, HS 20/20*
A Especialista de Saúde Pública prestará apoio à Chefe da Equipa em todas as tarefas mencionadas acima e se encarregará de um ou dois dos módulos da avaliação. A língua materna da especialista em saúde pública é o português, ela tem cinco anos de experiência em programação de saúde pública, especialmente em saúde reprodutiva, VIH/SIDA e o sector privado.

Consultora Internacional – *Maria Miralles, International Relief and Development*
A consultora é perita em Sistemas Farmacêuticos e será responsável pelo módulo farmacêutico.

Assistente de Pesquisa – *Erica James, HS 20/20*
Devido a enorme carga de trabalho necessária para compilar os materiais necessários para a avaliação assim como o trabalho logístico, a equipa inclui uma Assistente de Pesquisa que trabalhará durante 10 dias aproximadamente. Ela se responsabilizará pelas seguintes tarefas:

- Identificar, recolher e catalogar para facilitar o acesso, os documentos e inquéritos relevantes e outros materiais com antecedentes e referências históricas quando solicitado pela equipa
- Assistir na identificação de informantes chave
- Prover apoio na programação e agendamento quando necessário
- Compilar, administrar e rever a informação recolhida nas entrevistas com informantes chave, grupos de foco, visitas em campo e outras pesquisas de base
- Produzir uma bibliografia final com todas as fontes utilizadas na avaliação
- Prover apoio de pesquisa à chefe da equipa quando necessário

5. Logística

USAID/Angola oferecerá seu apoio para organizar:

- Contactos e reuniões com informantes chave no pais
- Reunião de meio termo: na metade do caminho do trabalho de campo da equipa, a USG/Angola discutirá com a mesma os resultados até a data e tentará resolver os possíveis impedimentos para a consecução do trabalho tal como planejado
- Reunião com o USG na conclusão do trabalho de campo, para informação, a ser realizada antes do seminário com as partes interessadas
- Convites para o Seminário a ser realizado no final do trabalho de campo e depois da reunião de informação com USG/Angola. HS 20/20 pagará as despesas desta reunião, incluindo o local.

A USAID/Angola orientará a equipa da avaliação, identificará documentos chave, e ajudará na preparação do plano de trabalho. Adicionalmente a USAID/Angola prestará apoio à organização e/ou participará das reuniões com as principais partes interessadas que tenham sido identificadas pelo USG antes do início do trabalho de campo. A Missão será responsável por assegurar que os consultores contem com todos os documentos relevantes para sua revisão, oferecerão orientação técnica a equipa no que diz respeito a planos, produtos e feedback, e dedicarão o tempo, esforço e apoio necessários para permitir que os consultores realizem seu trabalho. Revisão do esboço do relatório e feedback, e aprovação do relatório final.

Os funcionários da USAID/Angola estarão disponíveis para consultas com a equipa sobre fontes e questões técnicas, antes e durante o processo de avaliação.

A equipa responsável pela avaliação do HS 20/20 tem a responsabilidade de organizar outras reuniões que tenham sido identificadas durante o curso da avaliação e de informar a USAID/Angola antes de cada uma dessas reuniões. A equipa é também responsável por alugar os veículos e contratar os motoristas para as visitas.

6. Produtos e Resultados

- *Plano de trabalho*
- *Relatório ao USG*
- *Seminário com partes interessadas*
- *Projecto preliminar do relatório*
- *Relatório Finalizado*

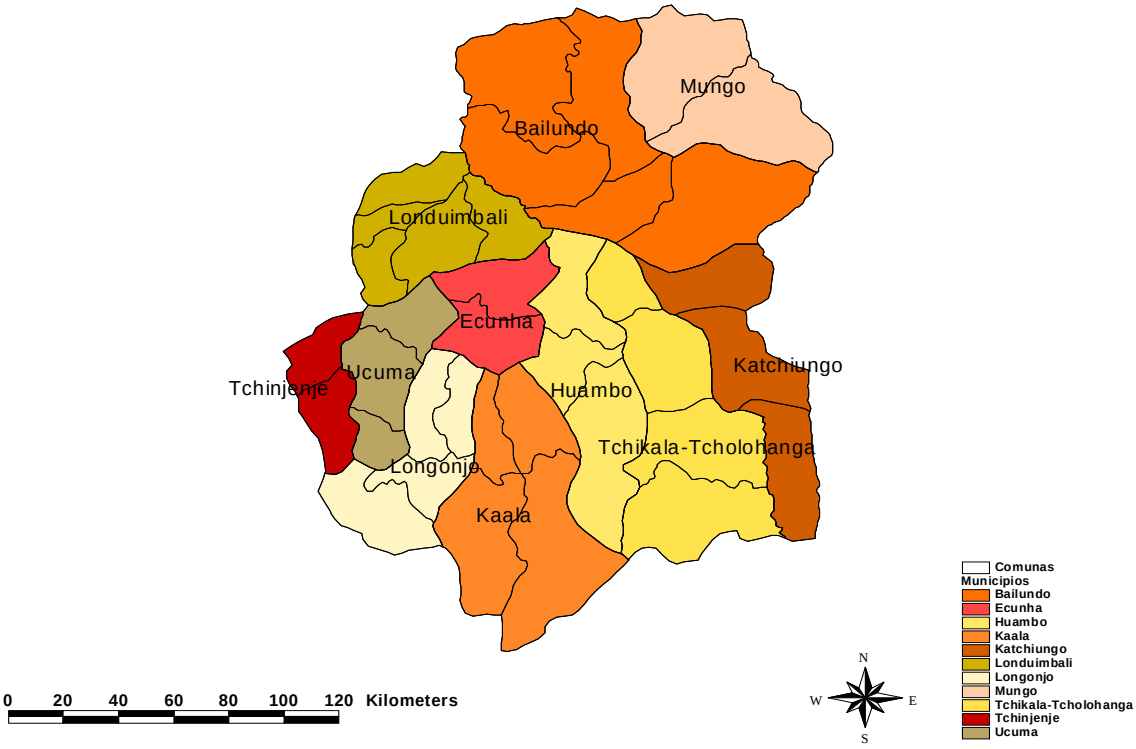
Health Systems 20/20 será responsável pela edição e formatação do relatório final, que deverá ficar pronto uma semana depois que o conteúdo final, não editado seja aprovado pelas agências do USG.

ANEXO E: VISITA À PROVÍNCIA DE HUAMBO (11–14 ABRIL, 2010)

Denise Averbug, Abt Associates

Gisele Guimarães, USAID/Angola

Maria Miralles, IRD



12 de Abril

Autoridade Sanitária Provincial de Huambo

- Direcção Provincial da Saúde (Dr. Findes, Director)
- Programa de Medicamentos, (Cesário & Noemia)
- Farmácia provincial e anexo

Município de Huambo

- Centro Saúde, São João (Justina Eculica, Directora; Enfermeira Janine)

Município de Caála

- Hospital Municipal de Caála I (Dr. Fernando Vicente)

Administradores dos Programas Provinciais de Huambo

- Programa de Saúde Reprodutiva (Rosalina)
- Núcleo de Formação Permanente (Augusta)
- Programa de VIH/SIDA (Euclides)

USAID/Serviços Essenciais de Saúde (SES) Escritório do Programa

- Equipa SES de Huambo, Margarita (Chefe do grupo) e Jhonny

13 de Abril

Município de Bailundo

- Hospital Municipal de Bailundo (Dr. Daniel)
- Representante do Administrador da Repartição Municipal de Bailundo (Administrador da RMS ausente)
- Director da Saúde Pública Municipal de Bailundo (Benedito Blanco)
- Supervisor da Saúde Pública Municipal de Bailundo (SES)
- Programa Provincial de Medicamentos
- Posto de venda de medicamentos privado
- Escritório do Programa da Iniciativa Mentor

14 de Abril

Retorno a Luanda

- Posto de Saúde de Luvili, Alto Hama, Província de Huambo

ANEXO F: LISTA DE CONTACTOS

Organização	Nome	Título	E-mail	Telefone
USG Washington				
USAID	Erin Balch	Public Health Analyst	ebalch@usaid.gov	202-712-5082
USAID	Bob Emrey	Public Health Advisor	bemrey@usaid.gov	202-712-4583
USAID	Mary Harvey	Public Health Advisor	mharvey@usaid.gov	202-712-5483
USAID	Deborah Kaliel	Presidential Management Fellow	dkaliel@usaid.gov	202-712-0254
USAID	Liz Kibour		ekibour@usaid.gov	202-712-4808
USAID	Lisa Maniscalco	Global Health Fellow	lmaniscalco@usaid.gov	202-712-1018
USAID	Deborah Mendelson		dmendelson@usaid.gov	202-712-0302
USAID	Roy Miller	Senior Health Advisor	rmiller@usaid.gov	202-712-1483
USAID	Edwin Connerley	Bureau of Democracy and Governance	econnerley@usaid.gov	202-712-4857
USAID	Mary Ann Abeyta-Behnke	Sr. RH/FP and HIV/AIDS Integration Advisor	mabeyta-behnke@usaid.gov	202-712-5849
USAID	Trent Ruebush	GH/HIDN/ID PMI	truebush@usaid.gov	202-712-5734
USG Angola				
USAID/Angola	Bart Bruins	Health Team Leader	bbruins@usaid.gov	+244 222 641 119
USAID/Angola	Domingas Canhanga		dcanhanga@usaid.gov	+244-222-641 114
USAID/Angola	Giselle Guimarães		gguimaraes@usaid.gov	
USAID/Angola	Ana Johansen	HIV/AIDS Advisor	ajohansen@usaid.gov	
USAID/Angola	Valentina Mbithe		vmbithe@usaid.gov	
USAID/Angola	Randall G. Peterson	Mission Director	rpeterson@usaid.gov	+244 222 641 000/1114
USAID/Angola	Francisco Saute	Advisor	fsaute@usaid.gov	+244 250 2987
CDC/Angola	Jules Mihigo	Advisor	ftb8@cdc.gov	+244 926 07 08 38
Government of Angola				
DNRH	Oscar Isalino		oscarisalino@hotmail.com	+244 923 519 460
DNSP/SR	Maria Gabriella ??			+244 951 74180
DNSP	Helga Freitas			+244 923 400 545
DNSP	Sr. dos Santos			+244 912 226 322
Department of Public Health, Maianga	Isilda Neves	Chief, Department of Public Health	isildaneves@hotmail.com	+244 926 64 07 17
Ministry of Health	José Van Dúnem	Minister of Health		

Organização	Nome	Título	E-mail	Telefone
Ministry of Health	Evelize Joaquina da Cruz Festes	Vice Minister of Health		
Ministry of Health	Dra. Adelaide de Carvalho	National Director of Public Health	fafernandes@snet.co.ao	+244 222 330 435
Ministry of Health	Maria de Fatima Hambundo Saiundo	Coordinator, Program Management Unit GFATM	nsaiunda@yahoo.com.br	+244 222 336 056
Ministry of Health	Jorge Humberto Romero	Consultant, Office of Studies, Planning & Statistics	jromerososa@gmail.com	+244 222 336 056
Ministry of Health	Boaventura Moura	National Director of Medicines and Equipments		+244 926 731 477
Ministry of Health	Dr. Manaças	Director,Sssential Drugs Progam		
Ministry of Health	Constancio Jõao	Chief Logistician, National Essential Drugs Program		
Ministry of Health	Daniel António	Director GEPE/MINSA		+244 912 508 836
Ministry of Health	Sr. Terreiva	Department Head		+244 923 402 780
Ministry of Health/INLS	Lucia M. Furtado	Deputy Director, INLS		+244 233 03515
National Institute for Fight Against AIDS (INLS)	Dra. Ducelina Serrano	Director		+244 923 432 820
Ministry of Health, Provincial Health Directorate of Huambo	Dr. Finde	Director		
Ministry of Health, Provincial Health Directorate of Huambo	Cesario Noémia	Head, Medicines and Equipment Department		
Ministry of Health, Provincial Health Directorate of Huambo, Caala Hospital	Dr. Fernando Vicente	Director		
Ministry of Health, Provincial Health Directorate of Huambo, Bailundo Hospital	Dr. Benedito Blanco	Director		
Country Coordinating Mechanism for GFATM	Dr. Evelisa Frestas			
UN Agencies				
UNAIDS/Angola	Tamsir O. Sall	Country Coordinator	salt@unaids.org	+244 222 33 1181
UNAIDS/Angola	Cláudia Velásquez	Advisor	velasquezcl@unaids.org	+244 928 647 404
UNFPA	Luisa dos Santos	Consultant	dosantos@unfpa.org	+244 934 441 5651
UNICEF	Dr. Koenraad Vanormelingen	UNICEF Representative, Angola	kvanormelingen@unicef.org	+244 222 336 044

Organização	Nome	Título	E-mail	Telefone
UNICEF	Brandão Co	Chief, Accelerated Child Survival and Development	bco@unicef.org	+244 222 331 420
WHO/Angola	Felix Balbina	DPC Unit	felixb@ao.afro.who.int	+244 924 329 606
WHO/Angola	Dr. Gregoire Batakao		batakaog@ao.afro.who.int	+244 222 322 398
WHO/Angola	Dr. Albert Minyangadou	Administrator	minyangadoua@ao.afro.who.int	+244 222 322 398
WHO/Angola	Dr. Munzala Ngola	WHO, Angola	ngolam@ao.afro.who.int	+244 222 332 398
WHO/Angola	Maria Jose Costa	WHO, Angola		+244 935 594 928
WHO/Angola	Dr. Seydou Coulibaly	WHO, Angola	coulibalys@ao.afro.who.int	+244 222 332 398
WHO/Geneva	Norbert Dreesch	Technical Officer, Health Systems and Services	dreeschn@who.int	+41 22 791 44 49
WHO/Geneva	Dr. Regina Ungerer	ePORTUGUESE Coordinator	ungererr@who.int	+41 79 500 65 63
WHO/HMN – Geneva	Habtamu Argaw Addo	Tech Officer, HMN	addoh@who.int	+41 22 791 13 78
WHO/HMN - Geneva	John Robert Cutler	Chief of Country Programmes	cutlerj@who.int	+41 22 791 3726
Other Contacts				
Consaúde –LDA	Paula Figueiredo	Sócia Gerente	consaudealternative@gmail.com	+244 33 74 72
Chemonics/ Washington, DC	Oscar Cordon	Director, Africa	ocordon@chemonics.com	202-775-6977
Chemonics/Angola	Margarita Gurdián	SES Chief of Party	mgurdian@sesangola.net	+244 222 331 244
Chemonics/Angola	Erica Hill	Operations Manager SES Project	ehill@sesangola.net	+244 926 079 755
Chemonics/Angola	Amaisia Melo	Coordinator SES Project		+244 923 475 321
Development Workshop	Alan Cain	Director	Allan.devworks@angonet.org	+244 222 449 494
HAMSET/ World Bank	Dra. Ana Leitão		hamsetaleitao@gmail.com	+244 9234 01243
Pathfinder/Angola	Hirondina Cucubica	Representative	Hcucubica@gmail.com	+244 9250 74840
Pathfinder/ Washington, DC	Maribel Diaz	Sr. Program Officer ESD Project	mdiaz@esdproj.org	202- 775-1977
PSI/Angola	Luis Fernando Martinez	Director	luisfer@psiangola.org	+244 9263 96630
European Union	Raul Feio	Perito de Saúde	Raul.feio@ec.cuvofc.eu	+244 2 39 30 38
MSH/Strengthening Pharmaceutical Systems	Dr. Wonder Goredema	Program Manager	wgoerdema@msh.org	
JSI/DELIVER	Christopher Warren	Program Manager	cwarren@jsi.com	

ANEXO G: DOCUMENTOS CONSULTADOS

Brinkerhoff, DW and Bossert, T. 2008. *Health Governance: Concepts, Experience, and Programming Options.* Health Systems 20/20 Policy Brief. Online at www.hs2020.org.

Cain, Allan and Mulenga, Martin. 2009. *Water Service Provision for the Peri-Urban Poor in Post-Conflict Angola.* Human Settlements Working Paper Series No. 6. International Institute for Environment and Development (IIED). August. Online at: http://www.iied.org/pubs/pdfs/10577IIED.pdf

CARE International, Angola. 2006. *Strengthening Community Resilience and Responses to Hiv/Aids Through Livelihoods in Bié Province.* Monitoring and Lesson Learning Mission Report.

Chowdhhury, Taskeen. 2009. Pay for Performance of Community Health Workers (CHWs): BRAC's Experience. Workshop. Cebu, Philippines. Online at: http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/2190

"CQH em Angola." *Compromismo com a Qualidade Hospitalar*. Online at: http://www.cqh.org.br/?q=node/696

Connor, Catherine, Yogesh Rajkotia, Ya-Shin Lin, and Paula Figueiredo. 2005. *Angola Health System Assessment.* Bethesda, MD: The Partners for Health Reform*plus* Project, Abt Associates Inc. (October.). Online at: http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/1672/

Consultoria de Serviços e Pesquisas (COSEP) Lda., Consultoria de Gestão e

Administração em Saúde (Consaúde) Lda. [Angola], and Macro International Inc. 2007. *Angola Malaria Indicator Survey 2006-07.* Calverton, Maryland.

Darmstadt, Gary et al. 2005. "Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How Many Newborn Babies Can We Save?" *The Lancet.* Volume 365, Issue 9463. (March.)

Development Workshop. 2007. *Perfil do Munícipo do Andulo: Província do Bié*. (July.).

Development Workshop 2007. *Perfil do Munícipo do Cuito Cuanavale: Província do Kuando Kubango.* (July.)

Development Workshop 2007. *Perfil do Munícipo de Cabinda: Província de Cabinda.* (July.)

Development Workshop 2007. *Perfil do Munícipo da Chicala Choluanga: Província do Huambo.* (July.)

Estatuto da Ordem dos Médicos de Angola. (Charter of the Professional Association of Medical Doctors in Angola). Online at: http://www.ordemmedicosangola.com/cariboost_files/Estatutos_20OMA.pdf

Gamal Khalafalla Mohamed Ali. 2009. "How to Establish a Successful Revolving Drug Fund: The Experience of Khartoum State in the Sudan." *Bulletin of the World Health Organization* 87: 139-142. Online at: http://www.who.int/bulletin/volumes/87/2/07-048561/en/index.html

Gaudiano, MC et all. 2007. "Medicines Informal Market in Congo, Burundi and Angola: Counterfeit and Substandard Anti-malarias." *Malaria Journal* 6:22.

GAVI Alliance. 2007. *Annual Progress Report: Angola.*

GAVI Alliance. 2008. *Angola Country Fact Sheet.* Online at: http://www.gavialliance.org

Governo da Provincia de Luanda. Direccao Provincial de Saude. 2010. *Plano de Actividades Trimestral Janeiro a Marzo.*

Health Metrics Network. 2010. *Resultados do Seminario de Março 2010 da Avaliação Nacional do Sistema de Informação Sanitaria (SIS)*. (Março.)

International Monetary Fund. 2007. *Angola: Selected Issues and Statistical Appendix*. Country Report No. 07/355. (October.)

International Monetary Fund. 2009. *Angola: Request for Stand-By-Arrangement*. Country Report No. 09/320. (November.)

Islam, M., ed. 2007. Health Systems Assessment Approach: A How-To Manual. Submitted to the U.S. Agency for International Development in collaboration with Health Systems 20/20, Partners for Health Reformplus, Quality Assurance Project, and Rational Pharmaceutical Management Plus. Arlington, VA: Management Sciences for Health. Online at: http://www.healthsystems2020.org/content/resource/detail/528/

Kumar, Vishwajeet et al. 2008. "Effect of Community-Based Behavior Change Management on Neonatal Mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: A Cluster-Randomised Controlled Trial." The Lancet. Volume 372. Issue 9644. (September.)

Lopes, Ana and Paula Fialho. "Poverty Reduction Strategies in Conflict-affected Countries: Constraints and Opportunities." Draft.

Management Sciences for Health. 1997. *Managing Drug Supply: Second Edition, Revised and Expanded.* Section B Financing and Sustainability. Pages 605-709. West Hartford, Connecticut: Kumarian Press.

Ministério da Saúde. Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. 2010. Relatorio de Avaliação Nacionnal do Sistema de Informacao Sanitaria (SIS). Versão provisória 2. (Março.)

Ministério da Saúde. 2007. Avaliação do Sector Farmacêutico de Angola. (Agosto.)

Ministério da Saúde. Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. Angola. Despesa Pública no Sector da Saúde. 2000-2006. Ed Princípia. 2007

Ministério da Saúde. Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. 2007. Mapa Sanitário da Província de Luanda.

Ministério da Saúde. Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. 2007. Mapa Sanitário da Província de Benguela.

Ministério da Saúde. Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. 2007. Mapa Sanitário da Província do Huambo.

Ministério da Saúde. Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. 2007. Mapa Sanitário da Província de Huíla.

Ministério da Saúde. Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. 2007. Mapa Sanitário da Província do Bié.

Ministério da Saúde. 2009. Revitalizacao do Sistema Nacional de Saude a Nivel Municipal. 3° Rascunho. (Setembro.)

Ministério da Saúde. 2008. O Sistema Local de Saúde em Angola. Conceitos de Modelo para a Planificação District e Provincial.

Ministério da Saúde. Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. 2008. O Sistema Local de Saude em Angola. Conceitos e Modelo para a Planificacao Municipal e Provincial. Documento de Trabalho. (Maio.)

Ministério da Saúde. Organigrama. Online at: http://www.minsa.gov.ao/Institucional/MINSA/orga_minsau.html

Ministry of Finance of the Republic of Angola. 2009. Resumo da Despesas por Local- OGE 2009. Online at: http://www.minfin.gv.ao/docs/dspSintese2009-4.htm

Ministry of Planning of the Republic of Angola. 2003. *Estratégia de Combate à Pobreza Reinserção Social, Reabilitação e Reconstrução e Estabilização Económica.*

National Cooperative Business Association. 2003. "Angola Farmers Access Credit." *Cooperative Business Journal.* (August/September.)

National Cooperative Business Association. 2004. "Bank Loans Help Angolan Farmers Boost Production, Meet Demand." *Cooperative Business Journal* (October.)

National Cooperative Business Association. 2002. "CLUSA Close-up: Angola's Farmer-Owned Businesses Rack Up First Success." *Cooperative Business Journal* (December.)

Organisation for Economic Cooperation and Development. 2006. *Perspectivas Económicas na Africa 2004/2005: Angola.*

Partners in Health. PIH Model Online. Community Health Workers: Catalysts to Improving Health Care. Online at: http://model.pih.org/community_health_workers

Pielemeier, John. 2007. *Lessons from the First Generation of Integrated Population, Health and Environment Projects.* A Woodrow Wilson International Center for Scholars Focus Publication. January. Online at: http://wilsoncenter.org/topics/pubs/Focus_12.pdf

PEPFAR. 2010. *Partnership Framework Implementation Plan. Angola.* (Draft)

President's Malaria Initiative. 2010. *Malaria Operational Plan- Year Five Plan* (FY2010).Draft.

Princípia 2007 (see Vinyals, Lluis Torres 2007 below)

Programa de Apoio ao Sector de Saúde (PASS). (Program to Support the Health Sector - EU Project). 2008. Data from the Health Maps of Five Provinces.

Republic of Angola. 2003. Diário da República (Government Gazette). Decreto 54/03. Regulamento Geral das Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde.

Republic of Angola. 2007. Diário da República (Government Gazette). Decreto-Lei 2/07. Princípios e Normas de Organização e Funcionamento Dos Órgãos da Administração Local do Estado.

Republic of Angola. 2008. *Protocal for National Health Accounts (NHAs) in Angola.* Republic of Angola Ministry of Health, World Health Organization, French Embassy in Angola. (July.)

Republic of Angola. 2003. *Qualitative Factors Determining Poor Utilization of Family Planning Services in Angola: Results of the Strategic Mapping Exercise.* Angola Ministry of Health, National Office of Public Health, Advance Africa, USAID/Angola.

Republic of Angola and European Community. 2008. *Country Strategy Paper and National Indicative Programme, 2008-2013.* Luanda, Angola. (November.)

Republic of Angola. 2010. *Orçamento Geral do Estado: Exercício Económico de 2010*.

Republic of Angola. 2010. *Relatorio de Fundamentação 2010.*

República de Angola, Ministério da Saúde, Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. 2007. *Mapa Sanitário: CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (Provincia do Huambo).* Huambo, Angola.

República de Angola, Ministério da Saúde, Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. 2007. *Mapa Sanitário: CARACTERIZAÇÃO DO SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (Provincia de Luanda).* Luanda, Angola.

Rispel L., and Setswe G. Stewardship. 2007. "Protecting the Public's Health." *South African Health Review*. Durban: Health Systems Trust.

Salgado, Rene and Mike Frost. 2008. *Task Order 3 (Malaria): FY2008 Annual Report.* Arlington, Va.: USAID | DELIVER PROJECT, Task Order 3.

Shaxon, Nicholas, João Neves, and Fernando Pacheco. 2008. *Drivers of Change, Angola*. Final Report. Department for International Development.

Thaxton, Melissa. 2009. Integrating Population, Health and Environment in Rwanda. Population Reference Bureau Policy Brief. (February.) http://www.prb.org/pdf09/phe-rwanda.pdf

United Nations and Government of the Republic of Angola. *United Nations Development Assistance Framework/Angola 2009-2013.* (May.)

United Nations Development Program (UNDP). *Strategic Framework for UNDP Operations in Angola (2009-2013).* Available online at: http://www.ao.undp.org.

United Nations Development Program (UNDP), Department for International Development (DFID), and Spanish Cooperation. Decentralization and Local Governance Project. *Project Annual Report 2009 (Phase II)*.

United Nations Development Program (UNDP) and Republic of Angola Ministry of Planning. *Country Programme Action Plan 2009-2013.*

UNICEF. 2009. *Country Profile: Maternal, Newborn & Child Survival*. Online at: http://www.unicef.org

UNICEF, Division of Policy and Practice, Statistics and Monitoring Section. 2008. "Monitoring the Situation of Women and Children." May. Online at: www.childinfo.org

UNICEF, UNAIDS, and WHO. 2009. *Children and AIDS: Country Fact Sheets 2009*. (December.)

UNICEF/National Institute of Statistics. 2003. Multiple Indicator Cluster Survey. *Assessing the Situation of Angolan Children and Women at the Beginning of the Millennium.* Luanda, Angola. (May.)

UNICEF. *Revised Country Programme Document: Angola (2009-2013).* (February.)

UNICEF, Angolan Ministry of Health and Directorate of Public Health. 2007. *Relatório do Inquérito sobre a Nutrição em Angola* 2007. (National Situational Analysis Reporto on Nutrition).

United States Agency for International Development (USAID). 2009. *Country Health Statistical Report, Angola, 2009*.

Vinyals, Lluis Torres 2007. *Angola: Despesa Púbilica no Sector da Saúde 2000-2006*. Princípia Editora, Lda. March 2007.

World Health Organization *Bulletin*. 2010. Volume 88, Number 5. 321-400. May. Online at: http://www.who.int/bulletin/volumes/88/5/en/index.html

World Health Organization (WHO). 2009. "Evaluation on the use and sources of human resources for health data in Angola." Draft. (October.)

World Health Organization (WHO). 2006. *Country Health System Fact Sheet 2006.* Online at: http://www.who.int/whosis/en/

World Health Organization (WHO). 2000. World Health Report.

World Health Report (WHO). 2006. World Health Report.

World Health Oraganization Regional Office for Africa. 2009. *Estratégia de Cooperação da Organização Mundial da Saúde com os Países, 2009-2013 Angola.*

World Health Organziation Regional Office for Africa. 2003. *WHO Country Cooperation Strategy: Angola 2002-2005.*

World Bank. 2004. *Country Financing Parameters: Angola.* (October.)

World Bank. 2009. *Information and Communications Technology Factsheet: Angola.*

World Bank. 2009. Development Economics LDB Database. *Angola at a glance*.

World Bank. 2009. Angola HIV/AIDS, Malaria & Tuberculosis Project (HAMSET) Procurement Plan. (November.)

World Bank. 2009. Angola Municipal Health Service Strengthening Project. *Environmental and Social Screening and Assessment Framework.* Report No. E2146V3.

World Bank. 2009. *Argentina: Plan Nacer*. Results-Based Financing at the World Bank. Online at: http://www.rbfhealth.org/rbfhealth/system/files/RBF_Country_ARGENTINA_final.pdf

World Bank. 2010. "Programa de Pequenos Fundos, Fundo de Desenvolvimento da Sociedade Civil." *Informações Sobre o Programa (Para Organizações da Sociedade Civil).*