



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Armindo José Queza

Sistema de Saúde em Angola:
Uma Proposta à Luz da
Reforma do Serviço Nacional de
Saúde em Portugal

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Mestrado Integrado em Medicina

Armindo José Queza

**Sistema de Saúde em Angola:
Uma Proposta à Luz da
Reforma do Serviço Nacional de
Saúde em Portugal**

Área: Administração Hospitalar

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Professora Doutora Guilhermina Rego

Abril, 2010

FMUP

Nome: Armindo José Queza.

Endereço electrónico: a_queza@hotmail.com ou armindojosequeza@gmail.com

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio: Sistema Nacional de Saúde Angolano e Contributo à Luz do SNS Português

Nome completo do Orientador: Prof.^a Doutora Guilhermina Rego.

Nome completo do Co-Orientador:

Ano de conclusão: 2009/2010

Designação da área do projecto de opção: Administração Hospitalar.

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio (*cortar o que não interessar*) apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 05/03/2010.

Assinatura:



Eu, **Armindo José Queza**, abaixo assinado, nº mecanográfico 880801123, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 05/03/2010.

Assinatura: Armindo José Queza

Agradecimentos

Os meus sinceros agradecimentos à Senhora Professora Doutora Guilhermina Rego, pela disponibilidade e simpatia manifestada na orientação do presente trabalho.

Ao senhor Professor Doutor Rui Nunes, Director do Serviço da Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, pela total disponibilidade e apoio cedido pelos Serviços.

Aos Senhores Professores Doutores José Pedro Nunes, Alberto Pinto Hespanhol, Alberto Freitas, Fernando Lopes e ao Dr. Carlos Martins os meus agradecimentos pela simpatia e disponibilidade na transmissão dos conhecimentos.

Os meus sinceros agradecimentos a Senhora Professora Doutora Maria Amélia Ferreira, pelo apoio prestado e a incansável dedicação a Angola.

Os meus sinceros agradecimentos aos Senhores Professores Doutores José Amarante e Agostinho Marques, pelo apoio prestado.

Os meus sinceros agradecimentos aos Senhores Drs. José Van-Dúnem e Carlos Alberto Maseca, respectivamente, Ministro e Vice-Ministro da Saúde da República de Angola, pelo apoio na concessão da documentação necessária para a elaboração do presente trabalho.

Os meus agradecimentos aos Drs. Carlos Alberto “Kaka”, Director da Comunicação e Imagem do Ministério da Saúde de Angola pelo apoio cedido e ao Dr. Miguel dos Santos de Oliveira, pela atenção prestada no envio do seu artigo sobre a “Regionalização dos Serviços de Saúde. Desafios para o Caso de Angola”.

Os meus sinceros agradecimentos ao Dr. Julião Mateus Paulo “Dino Matross”, pelo apoio, oportunidade e motivação.

Os meus agradecimentos ao Dr. Francisco Simão Helena, da Assessoria Social dos Serviços de Apoio ao Presidente da República de Angola, pelo apoio prestado em toda linha no estabelecimento da ponte com o Ministério da Saúde de Angola.

SISTEMA DE SAÚDE EM ANGOLA: UMA PROPOSTA À LUZ DA REFORMA DO SNS EM PORTUGAL

Ao colega Eugénio Rufino Gomes, membro da Direcção Associação de Estudantes Angolanos no Porto, os meus agradecimentos pelo apoio prestado.

RESUMO

O presente trabalho pretende constituir um estudo comparativo entre o Sistema Nacional de Saúde Angolano, e o Serviço Nacional de Saúde Português, do qual Angola pode aproveitar a longa experiência de Portugal, para o enriquecimento do ainda incipiente SNS angolano

Angola, situa-se na África Austral, tem uma superfície de 1.246 700km² e uma costa de 1.600km de Norte ao Sul. A sua população é estimada em 16.500.00 habitantes, distribuídos em 18 províncias; 164 municípios e 532 Comunas (Freguesias), sendo maioritariamente Jovem.

A Situação Económica é caracterizada por altos níveis de crescimento económico desde 2002, altura do fim do conflito armado. A sua economia é dependente do petróleo (55% PIB) e diamantes.

A sua população é maioritariamente pobre, sendo: 61% da população vive abaixo da linha da pobreza, 26% da população vive na pobreza extrema. O país situa-se em 160º lugar de acordo com o IDH A, no conjunto de 173 países. Esperança de média vida é de 46 anos.

O quadro epidemiológico angolano é dominado pelas doenças transmissíveis, tais como, a malária, doenças diarreicas agudas, doenças respiratórias agudas, tuberculose, tripanossomiase (doença do sono), doenças imunopreveníveis, tais como, o sarampo e tétano entre outras. A malária continua a ser a principal causa de morte em Angola. A prevalência de VIH é inferior a 5%.

De 1975 a 1992, o Sistema Nacional de Saúde angolano, baseava-se nos princípios da universalidade e gratuidade dos cuidados de saúde primários. A partir de 1992, com aprovação da Lei 21-B/92, Lei de Bases do SNS, o Estado angolano deixa de ter a exclusividade na prestação dos serviços de saúde e admite a participação dos utentes, com o pagamento de taxa moderadora. Actualmente, os cuidados de saúde são prestados pelo Sector Público e Privado.

Em termos de Infra-Estruturas, a rede de prestação de cuidados de saúde é constituído por 1.721 unidades sanitárias, dos quais: 8 hospitais centrais; 32 hospitais províncias, 228 hospitais municipais e 1.453 postos de saúde. De momento, Angola conta com 995 médicos

SISTEMA DE SAÚDE EM ANGOLA: UMA PROPOSTA À LUZ DA REFORMA DO SNS EM PORTUGAL

angolanos e 1.273 médicos expatriados, totalizando 2.268 médicos. Em termos de medicamentos, regista-se rupturas constantes de stocks, devido ao deficiente planeamento e compras dispersas dos mesmos por diversos organismos não afectos ao Ministério da Saúde.

Finalmente, o presente estudo pretende buscar a experiência acumulada ao longo de vários anos da existência do SNS português, no sentido de ajudar a torna mais eficiente e eficaz na prestação dos serviços de saúde à população angolana.

ABSTRACT

This paper aims to provide a comparative study between the Angolan National Health System, and the Portuguese National Health Service, of which Angola can leverage the extensive experience of Portugal, to the enrichment of nascent NHS Angola.

Angola is situated in southern Africa and has an area of 1246.700km² and 1.600km of coastline from North to South. The population is estimated at 16,500,000 inhabitants distributed in 18 provinces, 164 municipalities (parishes); and mostly young.

The economic situation is characterized by high levels of economic growth since 2002, when the end of armed conflict came. Its economy is dependent on oil (55% GDP) and diamonds.

Its population is mostly poor, with 61% of the population living below the poverty line. 26% of the population lives in extreme poverty. The country stands at 160th place according to the HDI, the set of 173 countries. Average life expectancy is 46 years old.

The epidemiological situation of Angola is dominated by communicable diseases such as malaria, acute diarrheal diseases, acute respiratory infections, tuberculosis, trypanosomiasis (sleeping sickness), vaccine preventable diseases such as measles and tetanus among others. Malaria remains the leading cause of death in Angola. HIV prevalence is below 5%.

From 1975 to 1992, the Angolan National Health System was based on the principles of universal and free primary health care. Since 1992, with approval of 21-B/92 Law (Law on the NHS), the Angolan state no longer has exclusivity in the provision of healthcare services; and allows the sharing of users, with payment of fee moderator. Currently, healthcare is provided by the Public and Private Sector.

In terms of Infrastructure, the network of health care consists of 1721 sanitary units, consisting of 8 central hospitals, 32 provincial hospitals, 228 municipal hospitals and 1,453 clinics. Currently, Angola has 995 doctors and 1273 medical Angolan expatriates - a total of 2268 physicians. In terms of drugs, there are constant disruptions of stocks due to poor

planning and buying of those dispersed by different agencies not assigned to the Ministry of Health.

Finally, this study intends to seek the experience accumulated over many years of existence of the Portuguese NHS, helping to make more efficient and effective the provision of health services to the Angolan population.

ÍNDICE

Agradecimentos	
Resumo	
Índice	
Lista de Abreviaturas e Siglas	
Introdução	12
I Breve Caracterização de Angola	13
Localização Geográfica e Demográfica de Angola	13
Situação Económica de Angola	14
Pobreza	14
Estado de Saúde da População	14
Quadro Epidemiológico	18
II Sistema Nacional de Saúde Angolano	19
Evolução Histórica do Sistema Nacional de Saúde	19
Organização e Estrutura	20
Hierarquia de Prestação dos Cuidados de Saúde	20
Sector Público	21
Sector Privado	21
Sector da Medicina Tradicional	22
Infra-Estruturas	22
Medicamentos	23
Equipamento Médico, Não Médico e Transportes	25
Recursos Humanos em Saúde	26
Financiamento da Saúde	29
Acesso aos Cuidados de Saúde e Sua Utilização	31
Principais Problemas do Sistema Nacional de Saúde	32
Pontos Fortes e Fracos, Oportunidades e Ameaças	32
Pontos Fortes do SNS	32
Pontos Fracos do SNS	33

SISTEMA DE SAÚDE EM ANGOLA: UMA PROPOSTA À LUZ DA REFORMA DO SNS EM PORTUGAL

	Oportunidades	33
	Ameaças	34
	Prioridades da Saúde	34
	Perspectivas, Valores e Princípios	35
III	Objectivos da Política Nacional de Saúde	36
	Objectivos Geral	37
	Objectivos Específicos	37
IV	Sistema Nacional de Saúde Português	38
	Reformas de Saúde em Portugal	38
	Âmbito de Actuação dos Cuidados de Saúde Primários	38
	Medicina Geral e Familiar	39
	Generalização do Cartão de Saúde	40
	Cuidados Comunitários Continuados e Paliativos	44
	Programa Nacional de Cuidados Paliativos	46
	Princípios da Gestão Hospitalar	48
V	Conclusões	55
VI	Referências	58
VII	Anexo 1- Estratégia e Prioridades para 2025	61

SIGLAS E ABREVIATURAS

AADS – Alta Autoridade para o Desenvolvimento Sanitário

AS – Análise da Situação

AIDI – Assistência Integrada as Doenças da Infância

CNDS – Comissão Nacional de Desenvolvimento Sanitário

CNS – Contas Nacionais de Saúde

CPS – Cuidados Primários de Saúde

DDA – Doença Diarreicas Agudas

DNRH – Direcção Nacional dos Recursos Humanos

DPS – Direcção Provincial de Saúde

DOTS – Directly Observed Treatment Short Course (Tratamento de Esquema Curto Directamente Observado) da Tuberculose

DRA – Doença Respiratórias Agudas

EIRP – Estratégia Interna de Redução da Pobreza

FMUAN- Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto

FNM – Formulário Nacional de Medicamentos Essenciais

GMP – Boas Práticas de Fabricação – Good Manufacturing Practices

GT – Guia Terapêutica

HTA – Hipertensão Arterial

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

IMS – Instituto Médico de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatísticas

ISE – Instituto Superior de Enfermagem da Universidade Agostinho Neto

ITS – Infecções de Transmissão Sexual

LNME – Lista Nacional de Medicamentos Essenciais

MAPESS – Ministério da Administração Pública Emprego e Segurança Social

MICS – Multiple Indicators Cluster Survey (Inquérito de Indicadores Múltiplos)

MINFIN – Ministério das Finanças

MINSA – Ministério da Saúde

STPS – Escola Técnica Profissional de Saúde

ODM – Objectivos de Desenvolvimento do Milénio

OGE – Orçamento Geral do Estado

OMS – Organização Mundial da Saúde

OMS/AFRO – Escritório Regional da OMS para África

ONG – Organização Não Governamental

PESS – Plano Estratégico do Sector de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PNDS – Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PNF – Política Nacional Farmacêutica

PNS – Política Nacional de Saúde

RHS – Recursos Humanos em Saúde

SADS – Comunidade de África Austral para o Desenvolvimento

SARS – Síndrome Respiratória Aguda Grave (Severe Acute Respiratory Syndrome)

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SIGFE – Sistema Integrado de Gestão Financeira do Estado

SINGERH – Sistema Integrado Nacional de Gestão de Recursos Humanos

SIS – Sistema de Informação em Saúde

SNS - Sistema Nacional de Saúde Angola

SNS – Serviço Nacional de Saúde Português

TB – Tuberculose

TDT – Técnico de Diagnóstico e Terapêutica

THA – Tripanossomiase Humana Africana ou Doença do Sono

UA – União Africana

UAN – Universidade Agostinho Neto (Universidade Pública)

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USD – Dólar dos Estados Unidos da América

VIH – Vírus de Imunodeficiência Humana

Introdução

Ao abrigo da Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde (SNS), é da responsabilidade do Estado angolano a promoção e garantia do acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos e financeiros disponíveis.

No entanto, a promoção e a defesa da saúde pública são efectuadas através da actividade do Estado e de outros agentes públicos ou privados, podendo as organizações da sociedade civil serem associadas àquela actividade.

Assim, os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou sob fiscalização deste, por outros agentes públicos ou entidades privadas, sem ou com fins lucrativos. Sendo que, a protecção à saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade, que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados de saúde.

O presente trabalho pretende constituir um estudo comparativo entre o Sistema Nacional de Saúde Angolano, e o Serviço Nacional de Saúde Português, do qual Angola pode aproveitar a longa experiência de Portugal, para o enriquecimento do ainda incipiente SNS angolano.

I. BREVE CARACTERIZAÇÃO DE ANGOLA

Localização Geográfica e Demografia de Angola

A República de Angola, situa-se na região Austral da África Subariana, com uma superfície de 1.246.700km², com uma costa de 1.600 km de Norte ao Sul.

A população angolana é estimada em 16.500.000 habitantes¹, distribuída em 18 Províncias (Distritos), 164 Municípios e 532 Comunas (Freguesias). A densidade populacional é de aproximadamente 13,2 habitantes por km². A população angolana é maioritariamente jovem. Cerca de 50% tem menos de 15 anos de idade, enquanto 60% tem menos de 21 anos de idade e 93% da população tem menos de 50 anos de idade³. No entanto, a taxa de crescimento médio da população é de 3,1%. A esperança de vida à nascença é de 46 anos de idade, a taxa de mortalidade infantil é de 150 por mil nascimentos vivos e a mortalidade infanto-juvenil é de 250 óbitos por mil nascimentos vivos. A taxa de fecundidade é de 7,2 filhos por mulher⁴.

Situação Económica de Angola

A situação económica Angolana é caracterizada por altos níveis de crescimento económico desde o fim do conflito armado, em 4 de Abril de 2002. A sua economia é essencialmente dependente do sector petrolífero que representa 55%⁵ do PIB e 95% das exportações. O sector rural que integra as actividades da agricultura, silvicultura e pecuária, é o segundo maior sector produtivo do país, cujo PIB é actualmente de cerca de 8%⁶.

Pobreza

¹ INE: População estimada em 2004- Citando: Política Nacional de Saúde -5º Esboço – 20 de Março, 2009, Ministério de Saúde de Angola.

² Densidade populacional por Km².

³ INE/UNICEF: Estimativa da População em 2003 - Idem

⁴ Ministério do Planeamento de Angola: Estratégia de Combate à Pobreza, Luanda, 2003: Idem

⁵ Ministério do Planeamento/ PNUD: Angola - Objectivo do Desenvolvimento do Milénio, Luanda, Setembro 2005: Idem

⁶ Ministério do Planeamento: Estratégia de Combate à Pobreza, Luanda, 2003: Idem

O país situa-se, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 160º lugar num ranking de 173 países⁷. Mais de 61% da população angolana vive abaixo da linha de pobreza, dos quais 26% em pobreza extrema.

O nível de pobreza da população é reflectida pelo deficiente acesso à alimentação, água potável, saneamento, educação, saúde, energia eléctrica e outras comodidades.

A taxa de dependência é estimada em 92,3 em cada 100 pessoas em idade produtiva dos 15 aos 64 anos, o que traduz o elevado índice de desemprego.

Estado de Saúde da População

O estado de saúde da população angolana é caracterizado pela baixa esperança de vida ao nascer, altas taxas de mortalidade materna e infantil, um pesado fardo de doenças transmissíveis e crescentes doenças crónicas e degenerativas bem como de mortalidade prematura evitáveis.

Quadro Epidemiológico

O quadro epidemiológico é dominado pelas doenças transmissíveis, principalmente a malária, doenças diarreicas agudas, doenças respiratórias agudas, tuberculose, Tripanossomiase (doença de sono), doença imunopreveníveis, tais como o sarampo e tétano entre outras.

A infecção do VIH é de momento considerada inferior em relação à média dos países da região Austral, considerada como o epicentro da pandemia. Os resultados dos últimos inquéritos de seroprevalência indicam taxas de prevalência abaixo dos 5%⁸. No entanto, em algumas regiões do país e grupos específicos da população, registam-se taxas mais elevadas que rondam os 12%⁹.

⁷ PNUD: Relatório Sobre o Desenvolvimento Humano, 2006: Idem

⁸ OMS/ONUSIDA: Relatório Sobre o SIDA no Mundo, 2006. – Política Nacional de Saúde – 5º Esboço -20 de Março de 2009- Ministério da Saúde de Angola.

⁹ Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA: Relatório de Actividades de 2005, Luanda, 2006: Idem

A baixa prevalência dos casos de VIH em Angola, deve-se ao conflito armado que limitava a circulação das populações das respectivas áreas de residência¹⁰.

A malária é endémica em todo o território angolano e constitui a primeira causa de morbimortalidade. Em 2005, a malária representou 64% de todos os casos registados e 65% do total de óbitos reportados. A taxa de letalidade varia entre 15 a 30%. As crianças menores de cinco anos de idade e as mulheres grávidas representam os grupos populacionais mais vulneráveis. A malária representa cerca de 35% da procura de cuidados de saúde, 20% dos internamentos hospitalares, 40% de mortes peri – natais e 25% de mortalidade materna.

Em relação a tuberculose, os casos têm vindo a aumentar devido a factores tais como: a pobreza, a associação ao VIH/SIDA, a limitada acessibilidade aos cuidados de saúde. O grupo etário em idade produtiva dos 15 aos 54 anos de idade, representa cerca de 75% de casos e a prevalência do VIH/SIDA, para estes casos é de 19%. O DOTS, estratégia recomendada pela OMS para o tratamento da tuberculose, foi implementado em 1996, cuja cobertura no país foi estimada em 60% em 2005.

A Tripanossomiase Humana Africana (THA) ou doença do sono ameaça cerca de um terço da população do país. A mosca tsé-tsé, vector do parasita *tripanosoma brucei gambienses* ou *rhodensiensis*, causador das duas formas de doença, está presente em 14 das 18 províncias. A doença, praticamente controlada no fim da era colonial (1974/1975), reemergiu devido à inacessibilidade das zonas endémicas. Obtida a paz e com a recuperação progressiva das infra-estruturas e remoção das minas, a prospecção activa reiniciou com uma cobertura de cerca de 10%, estando aquém das necessidades para o controlo acelerado da doença.

Quanto a Lepra, Angola atingiu o nível de eliminação da doença, como problema de saúde pública, apesar de persistir algumas bolsas de prevalência superior à média nacional. Em 2006, foram notificados 1.400 casos. A prevalência registada no mesmo ano é de 0,9 casos por 10.000 habitantes.

As Doenças Respiratórias Agudas (DRA) ocupam o segundo lugar entre as doenças notificadas em 2005, com um número crescente de casos e de óbitos.

¹⁰ Ministro da Saúde de Angola: Conferência sobre a SIDA na CPLP- Lisboa, Março de 2010.

As doenças diarreicas agudas (DDA) foram em 2005 a segunda causa de morte do total das doenças notificadas. Desde o início de 2006, regista-se uma epidemia de cólera de baixa intensidade. As doenças respiratórias e diarreicas agudas junto com a malária, representam cerca de 80% da causa de mortalidade.

As doenças imunopreveníveis continuam a constituir uma preocupação no âmbito do esquema epidemiológico, apesar do aumento da cobertura da vacinação. Em 2005, o sarampo registou um total de 1.331 casos com 28 óbitos e ocorreram surtos epidemiológicos em sete províncias do país. Depois de três anos sem notificação de casos, a poliomielite ressurgiu em 2005, quando foi notificado um caso de uma estirpe de pólio-vírus selvagem diferente da que circulava em Angola.

O tétano neo-natal com 401 casos reportados e 117 óbitos notificados, foi a terceira causa de morte entre as doenças potencialmente epidémicas, em 2005.

A meningite, com 1.600 casos e 338 óbitos, é uma das doenças potencialmente epidémicas com uma alta taxa de letalidade.

As doenças emergentes e reemergentes, como a febre hemorrágica por vírus, a gripe das aves (H1N1), o SARS, etc., representam um potencial epidémico para a humanidade e em particular para Angola que viveu uma epidemia de febre hemorrágica por vírus de Marburg em 2005, cujo epicentro da epidemia foi a província do Uíge. E, outra epidemia de cólera desde o início de 2006.

A malnutrição, incluindo a obesidade, as doenças crónicas como a hipertensão arterial (HTA), doenças cardiovascular, *diabetes mellitus* e os diferentes cancros registam um crescimento acentuado¹¹. Os estilos de vida estão a contribuir para o aumento dos casos das referidas doenças não transmissíveis.

As doenças do fórum psiquiátricos, casos de perturbações mentais têm vindo a aumentarem, apesar de não existir um registo de casos no sistema de informação de saúde. Os cuidados de saúde mental estão pouco orientados para a prevenção, não estando integrados nos cuidados

¹¹ Direcção Nacional de Saúde Pública: Relatório de 2005, Luanda, 2006. - Política Nacional de Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009: Ministério da saúde de Angola

primários de saúde. Observa-se também, uma grande carência de profissionais com formação orientada para a saúde mental e de psiquiatras.

O tabaco é reconhecido como uma das principais causas do cancro dos pulmões. A insuficiente regulamentação e fiscalização sobre o tabaco, fazem prever consequências negativas sobre a saúde, sobretudo para a juventude. Contudo, Angola ratificou a convenção quadro sobre o tabaco.

Há evidências que apontam para o aumento do uso de estupefacientes e já é notório este aumento nos meios urbanos.

O álcool é a maior causa de distúrbios sociais, levando também a crescente violência. A sua utilização pelos adolescentes contribui para o aumento de casos de perturbações mentais e da delinquência juvenil.

De acordo com o exposto, verifica-se que Angola, ainda se encontra numa fase “precária” em matéria de desenvolvimento da saúde.

SISTEMA DE SAÚDE EM ANGOLA: UMA PROPOSTA À LUZ DA REFORMA DO SNS EM PORTUGAL

Quadro1-Perfil epidemiológico

Quadro comparativo de Casos notificados e óbitos das doenças transmissíveis em 2006 e 2007

Doenças	2007			2006		
	casos	Óbitos	Letalidade	Casos	Óbitos	Letalidade
Malária	2726530	9770	0,36	2283097	10220	0,45
D. Resp. Aguda	629684	1686	0,27	760764	1542	0,20
D. Diarr. Aguda	408571	1459	0,36	340046	1304	0,38
Disenteria	72658	160	0,22	81189	120	0,15
Febre Tifóide	135944	92	0,07	87161	65	0,07
Schistosomiase	53144	0	0,00	85690	0	0,00
Tuberculose Conf.	42383	1013	2,39	38833	1048	2,70
Lepra	1269	0	0,00	1078	0	0,00
Tripanossomiase	648	32	4,94	1105	23	2,08
Infec. Trans. Sexual	44644	0	0,00	37408	0	0,00
Malnutrição Aguda	19268	799	4,15	21397	1990	9,30
Meningite	1306	389	29,79	1408	458	32,53
Tétano	810	293	36,17	1664	272	16,35
Oncocercose	115	0	0,00	151	0	0,00
PFA	281	0	0,00	197	0	0,00
Raiva	111	111	100,00	81	81	100,00
Sarampo	1581	95	6,01	4453	289	6,49
Sida	3894	310	7,96	3024	383	12,67
Síndrome ictérico	1636	70	4,28	2116	72	3,40
Tosse convulsa	1123	17	1,51	1361	0	0,00
Xeroftalmia	5575	0	0,00	11855	0	0,00
Poliomielite	7	0	0,00	2	0	0,00
Febre-amarela	0	0	0,00	0	0	0,00
Cólera	18390	515	2,80	67255	2722	4,05
Marburg	0	0	0,00	0	0	0,00
Total	4169572	16811		3831335	20589	

Fonte: SNVE/DNSP 2008- Ministério da Saúde de Angola

II. SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE ANGOLANO (SNS)

Evolução Histórica do SNS

O SNS angolano, conheceu uma evolução histórica caracterizada por dois períodos:

- O período colonial que vai até 11 de Novembro de 1975;
- O período pós independência com início em 11 de Novembro de 1975. Este período, subdividido em duas fases ou épocas, sendo:

O período que se seguiu à independência, caracterizada de uma economia planificada, de orientação socialista, e seguiu-se o período de economia de mercado com início em 1992.

No período a seguir a independência, foram estabelecidos através do SNS, os princípios da universalidade e gratuidade dos cuidados de saúde, exclusivamente prestados pelo Estado, assentes na estratégia dos Cuidados Primários de Saúde (CPS). Este período foi também caracterizado na primeira década da independência, pelo alargamento da rede sanitária e pela escassez de Recursos Humanos em Saúde (RHS), segundo dados estatísticos, na altura, no período a seguir a independência, só se encontravam em Angola pouco mais de 20 médicos, tendo, na ocasião, o Governo/Estado, que recorrer à contratação de profissionais recrutados ao abrigo dos acordos de cooperação.

Na segunda fase do período pós independência, a primeira parte deste é caracterizada pelo recrudescimento do conflito armado (guerra civil), reformas políticas, administrativas e económicas que tiveram de certa maneira, um impacto negativo sobre o Sistema Nacional de Saúde, tais como: a destruição e redução drástica da rede sanitária.

Em 1992, através da Lei 21-B/92, de 28 de Agosto, é aprovado a Lei Base do SNS e o Estado angolano deixa de ter exclusividade na prestação de cuidados de saúde, com a autorização do sector privado na prestação dos serviços de saúde. Foi também introduzida a noção de comparticipação dos cidadãos nos custos de saúde, mantendo o sistema tendencialmente gratuito.

Na segunda parte da fase da economia de mercado, é caracterizado pelo alcance da paz, que se traduziu numa estabilidade macroeconómica, intenso esforço de reabilitação e reconstrução nacional de que tem beneficiado o SNS.

Neste período, regista-se um aumento significativo dos recursos financeiros do Estado alocados ao sector da saúde¹².

ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAS

Hierarquia de Prestação dos Cuidados de Saúde

O sistema de prestação de cuidados de saúde subdivide-se em três níveis hierárquicos de prestação de cuidados da saúde, baseados na estratégia dos cuidados primários.

O primeiro nível - Cuidados Primários de Saúde (CPS) – representado pelos Postos/ Centros de Saúde, Hospitais Municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos, constituem o primeiro ponto de contacto da população com o Sistema de Saúde.

O nível secundário ou intermédio, representado pelos Hospitais gerais, é o nível de referência para as unidades de primeiro nível.

O nível terciário, é representado pelos Hospitais de referência mono ou polivalentes diferenciados e especializados, é o nível de referência para as unidades sanitárias do nível secundário.

Apesar da hierarquia estabelecida, o sistema de referência e de contra referência não tem sido operacional por vários factores, principalmente, por causa da desestruturação do sistema de saúde e da redução da cobertura sanitária decorrente do longo conflito armado que o país viveu.

Estima-se que cerca de 30% a 40% da população tem acesso aos serviços de saúde. A prestação de cuidados de saúde é feita pelos sectores público, privado e da medicina tradicional.

¹² Ministério da Saúde: Angola - Despesas Públicas no Sector da Saúde 2000-2007, Luanda, Março de 2007. Política Nacional de Saúde - 5º Esboço – 20 de Março de 2009- Ministério da saúde de Angola

Sector Público

O sector público inclui o Serviço Nacional de Saúde¹³ (SNS), os serviços de saúde das Forças Armadas Angolanas (FAA) e do Ministério do Interior, bem como de empresas públicas, tais como a SONANGOL, ENDIAMA e, etc.

O sector público permanece como o principal prestador dos cuidados de saúde ao nível nacional. O SNS e os outros serviços do sector público, partilham as mesmas dificuldades resultando na prestação de cuidados da saúde sem a qualidade desejada na maioria dos casos.

A comparticipação nos custos de saúde, nos moldes actuais de implementação, no sector público, foi reconhecida como um obstáculo ao acesso aos cuidados de saúde e à equidade¹⁴.

Sector Privado

O sector privado lucrativo está ainda confinado aos principais centros urbanos do país. Os preços dos cuidados de saúde limitam a acessibilidade da população ao sector privado lucrativo. Os preços praticados não são objecto de nenhuma regulação. À semelhança do que acontece no sector público, a qualidade dos serviços prestados está aquém do desejado. Na sua maioria, o pessoal do sector privado é o mesmo que trabalha no sector público, com evidentes prejuízos para ambos os sectores.

O sector privado não lucrativo, essencialmente ligado a entidades religiosas e Organizações Não-Governamentais (ONG's), tende a direccionar a prestação de cuidados para as camadas mais vulneráveis das áreas suburbanas e rurais.

O fraco sistema de fiscalização e controlo favoreceu a existência de um sector privado informal de prestação de cuidados em condições inaceitáveis e frequentemente praticado por indivíduos sem a mínima qualificação.

¹³ Serviço Nacional de Saúde: Conjunto de Instituição de Saúde sob a Tutela do Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde – 5º Esboço, 20 de Março de 2009.

¹⁴ MINSA: Primeira Conferência Nacional sobre o Financiamento da Saúde em Angola, Luanda, 29-30 de Maio de 2006: Idem

Sector da Medicina Tradicional

A medicina tradicional encontra-se num estado de organização ainda incipiente. Embora sem número conhecido de pacientes, que recorrem a este sector, há evidências que revelam que muitos utentes¹⁵ recorrem à medicina tradicional e por vezes simultaneamente à medicina ocidental assim como à medicina chinesa ou asiática.

Por ausência de um quadro legal, a falta de integração no sistema nacional de saúde e de articulação com os outros prestadores de saúde, leva a que os valores positivos da medicina tradicional não sejam devidamente aproveitados em benefício da saúde da população.

Os medicamentos tradicionais encontravam-se à venda nos mercados informais e nas ervanárias, sem qualquer controlo de qualidade e em inadequadas condições de conservação.

Não existe nenhuma regulamentação sobre os medicamentos tradicionais, bem como os homeopáticos que são importados. Há falta de uma Farmacopeia Nacional para os medicamentos tradicionais. Os produtos fornecidos pelos ervanários e pelos terapeutas tradicionais resultam muitas das vezes de conhecimentos que se transmitem através de gerações e que se mantêm como segredo familiar, o que constitui um entrave para a investigação e o desenvolvimento dessa área.

Infra-Estruturas

A rede de prestação de cuidados de saúde do SNS é constituída por 1.721 unidades sanitárias, das quais 8 hospitais nacionais (centrais), 32 hospitais provinciais (gerais), 228 hospitais municipais e centros de saúde e 1.453 postos de saúde¹⁶.

O rácio actual de centro de saúde é de 1 para 20.000 habitantes, o que sugere existir uma enorme carência de serviços básicos de saúde para atender às necessidades da população.

¹⁵ OMS/AFRO: Estratégia para a Medicina Tradicional na Região Africana, cerca de 80% de Africanos Recorrem a Medicina Tradicional - Política Nacional de Saúde – 5º Esboço, 20 de Março de 2009- Ministério da Saúde de Angola

¹⁶ Está em curso o levantamento de Unidades Sanitárias com a elaboração de mapas sanitários das Províncias de Benguela, Bié, Huambo Huíla e Luanda – Política Nacional de Saúde – 5º Esboço. 20 de Março de 2009 – Ministério da Saúde de Angola

Para além do reduzido número de unidades sanitárias, outras questões principais prendem-se com a ausência de manutenção, de padrões para as infra-estruturas, do plano director e de orientação para a construção e implantação territorial, condizentes com uma melhor e equilibrada cobertura sanitária e acessibilidades da população aos cuidados de saúde.

Regista-se um investimento acentuado nas infra-estruturas de saúde com a reabilitação das unidades sanitárias bem como a construção de outras unidades novas. Para assegurar o funcionamento destas unidades, este investimento deve ser complementado com a disponibilidade de recursos humanos, logística e recursos financeiros para as despesas correntes.

Medicamentos

A falta de uma Política Nacional Farmacêutica (PNF) dificulta a regulamentação eficiente da área dos medicamentos no país. Para além deste instrumento normativo principal, uma Lista Nacional de Medicamentos (LNM) é elemento chave para a selecção de medicamentos, bem como o formulário nacional de medicamentos e os guias terapêuticos são ferramentas importantes de apoio ao uso racional de medicamentos.

A inexistência de normas técnicas destinadas a assegurar a racionalidade e a transparência dos procedimentos de aquisição de fármacos, contribuem para que os mesmos sejam importados por instituições não vocacionados para o efeito, obtendo-os de qualquer fonte, a preços e prazos de validade não controlados e sem mecanismos que salvaguarde a sua qualidade.

O Estado continua a ser o maior importador dos medicamentos para o sector público. As unidades sanitárias dos sectores público, que gozam de autonomia financeira e as unidades sanitárias privadas adquirem também os seus medicamentos junto dos importadores locais. A maioria das empresas importadoras de medicamentos, estão sedeadas em Luanda.

O fornecimento de medicamentos essenciais para a rede de assistência primária é centralizado. A aquisição dos kits é feita por órgãos centrais do Ministério da Saúde, através de concursos públicos internacionais. No entanto, não se cumpre com um programa regular de compras, o que origina frequentes rupturas de stock.

Outras instituições governamentais, estranhas ao Ministério da Saúde, intervêm adquirindo avultadas quantidades de medicamentos para o sector público, tanto ao nível central como nas províncias. Estas aquisições, regra geral, não vão de encontro às necessidades e prioridades identificadas pelo sector da saúde.

As doações não cumprem habitualmente com os princípios defendidos pela OMS, tais como: o idioma das embalagens, os prazos de expiração dos produtos bem como o seu fornecimento sob designações comerciais. Trata-se de situações em que é possível observar-se algumas irregularidades.

Também, a distribuição dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos é dificultada pelas péssimas condições das vias de comunicação. A quase inexistência de armazéns provinciais de medicamentos contribui para exacerbar os problemas de distribuição.

A produção nacional de medicamentos encontra-se numa fase incipiente, pelo que, praticamente, todos os meios médicos são importados. Há necessidades de validar as plantas, equipamentos e os processos de produção de medicamentos, através de inspecção das unidades fabris, antes do arranque do processo produtivo.

No domínio de garantia de qualidade de produtos farmacêuticos, não existe um laboratório nacional de controlo de qualidade de medicamentos, e não é prática comum o envio de amostras para o controlo de qualidade no exterior do país.

O Uso Racional dos Medicamentos (URM) é uma dimensão esquecida da problemática dos medicamentos. Estudos¹⁷ feitos em diferentes épocas ao nível dos centros e postos de saúde, continuam a revelar práticas comuns de uso irracional dos medicamentos, fruto do baixo nível de qualificação dos prestadores de serviços.

A elevada expansão do mercado informal e as práticas incorrectas e generalizadas de automedicação constituem um factor que promove o uso irracional dos medicamentos. Em consequência, os doentes internados e seus familiares são forçados a adquirir os meios em falta, recorrendo inúmeras vezes ao mercado informal para o efeito. A liberalização dos preços de medicamentos contribui também para a reduzida acessibilidade aos

¹⁷ Programa Nacional de Medicamentos Essenciais 2005- Política Nacional de Saúde – 5º Esboço – 20 de Março 2009, Ministério da Saúde de Angola.

medicamentos. Nos estabelecimentos farmacêuticos de Luanda, os preços do mesmo medicamento variam grandemente, podendo atingir cifras correspondentes ao triplo. O mesmo acontece com os kits de medicamentos essenciais.

Comparados os custos dos kits adquiridos centralmente pelo MINSA, com os comprados por alguns governos provinciais, estes últimos são entre 6 a 12 vezes mais caros¹⁸. Não há especial atenção dirigida a determinadas doenças crónicas que requerem tratamentos prolongados ou por toda a vida, implicando normalmente custos elevados e inoportáveis para o doente e constituindo-se num *handicap* para o já precário equilíbrio da economia familiar. De salientar que dados disponíveis relativos ao ano de 2005¹⁹, revelam que as despesas *per capita* em medicamentos para o país foram na ordem de 1,2 USD, enquanto a OMS recomenda um *per capita* de 10 a 50 USD²⁰.

Equipamento Médico, Não Médico e Transportes

São feitas aquisições por pessoal não qualificado, há compras de meios em quantidade e qualidade inadequadas, muitos dos equipamentos vêm com especificações técnicas impróprias e sem qualquer garantia e há escassez de técnicos qualificados e de meios de manutenção, são os constrangimentos com que se debate o sector dos meios médicos do sector da saúde.

Além disso, a ausência de padronização constitui outro constrangimento, porque permite a aquisição de uma grande diversidade de marcas e modelos a qualquer preço, o que dificulta a manutenção dos meios adquiridos.

No que se refere aos meios de transporte, não existe uma estratégia definida, o que dificulta a sua planificação, aquisição e gestão, particularmente para as emergências.

¹⁸ Ministério da Saúde: Angola - Despesas Públicas no Sector da Saúde 2000 -2007, Luanda, Março de 2007 – Política Nacional de Saúde – 5º Esboço – 20 de Março de 2009 – Ministério da Saúde de Angola.

¹⁹

²⁰ OMS: Documento da WHO/DAP/98. 15 – SEA/Drugs/140, Genebra, 1998 – Política Nacional de Saúde – 5º Esboço – 20 de Março de 2009 – Ministério da Saúde de Angola.

A inexistência do sistema de comunicação, que é de importância capital para o sistema de informação sanitária e vigilância epidemiológica.

Recursos Humanos em Saúde

Os recursos humanos em saúde (RHS) em Angola, têm vindo a aumentar progressivamente para satisfazer a enorme demanda existente. Em 1980, existiam em Angola 101 médicos angolanos, 460 médicos expatriados e 573 enfermeiros e técnicos expatriados. No mesmo ano, as vinte e duas escolas técnicas de saúde existentes no país, formaram um total de 7.312 técnicos de saúde.

No âmbito do programa de reforma administrativa do Governo²¹, o sector da saúde realizou e concluiu de 1999 a 2000, o processo de reconversão de carreiras do seu pessoal, num total de 45.907 trabalhadores, sendo: 24.975 (54%) do regime geral de carreiras e 20.932 (45%) dos regimes especiais²² de carreiras, o que representa 3,8% dos trabalhadores do sector público.

Actualmente, o sector de saúde conta com 67.078 trabalhadores²³, sendo 35,8% do regime geral da função pública, 50,3% do regime de carreiras de saúde e 13,9% admitidos ao abrigo dos acordos de paz (antigos guerrilheiros).

Os trabalhadores do regime de carreiras de saúde contabilizam 1.527 médicos, 27.465 profissionais de enfermagem (enfermeiros licenciados, técnicos e auxiliares de enfermagem) e 4.787 técnicos de diagnóstico e terapêutica. Dos 1.527 médicos, 1.001 são angolanos, o que representa 65% e 526 médicos são estrangeiros (35%). Os acordos de paz levaram a admissão de 9.282 trabalhadores (antigos guerrilheiros) em finais de 2006. Dos 4.787 técnicos de diagnósticos e terapêutica, dos quais, apenas 94 (2,57%) têm formação superior e estão concentrados em Luanda (com destaque para os farmacêuticos), 2.667 (72,67%) têm

²¹ Reconversão de Carreiras na Administração Pública: Política Nacional de Saúde – 5º Esboço – 20 de Março de 2009 – Ministério da Saúde de Angola.

²² Inclui os Médicos, os Enfermeiros e os Técnicos de Diagnóstico e terapêutica: Idem

²³ Direcção Nacional dos Recursos Humanos do MINSA: Relatório de Actividades de 2006, Luanda, 2007.

formação média e os restantes (24,76%) têm formação básica. Estes dados são referentes ao ano de 2005.

Porém, o actual corpo clínico angolano é composto por 2. 268 Médicos. Sendo 995 médicos angolanos e 1.273 médicos expatriados. Estes dados são de Março de 2010, fornecidos pelo Ministério da Saúde.

Existe uma desigual distribuição de RHS no país, em detrimento das áreas rurais, principalmente, a falta de médicos. No entanto, 85% dos RHS encontram-se em Luanda e nas capitais provinciais e 15% no restante território, essa desigual distribuição é uma das consequências do conflito armado que originou a deslocação do meio rural para o meio urbano e mais especificamente para Luanda, em busca de melhores condições de vida e, conseqüentemente, provocou a desestruturação social e institucional.

As reformas administrativas do Estado visam corrigir estes desvios e permitir uma melhor distribuição dos RHS no território nacional, por via dos concursos públicos e atendendo às necessidades de preenchimento dos quadros de pessoal das instituições de saúde.

A cobertura médica média no país é de 1 médico para 20.000 habitantes. Cinco províncias (Bié, Huambo, Malange, Kuanza – Norte e Uíge) estão abaixo desta média. Em relação aos profissionais de enfermagem temos 1.75 enfermeiros por cada 1.000 habitantes. Estão abaixo desta média as províncias do Bié, Huambo, Malange, Kuanza – Sul e Uíge.

Em relação aos TDT, a média nacional é de 3 técnicos por 10.000 habitantes. Estão abaixo desta média as províncias do Bengo, Benguela, Huambo, Huíla, Luanda, Moxico, Kuanza - Norte, Uíge e Zaire. Encontram-se duas vezes acima desta média as províncias de Cabinda, Cunene, Malange e Kuando – Kubango.

As más condições de trabalho, os baixos salários e outros mecanismos de retribuição praticados no sector da saúde, os escassos incentivos para a fixação na periferia (incluindo a falta de habitação), a inadequada implementação das carreiras profissionais e a fraca operacionalidade dos programas de formação permanente, têm contribuído para a desmotivação dos profissionais do sector da saúde. Não obstante, reconhece-se o aumento progressivo dos salários e dos esforços contínuos para a melhoria das condições de trabalho. No âmbito do Programa de Reforma Administrativa do Governo, os RHS são geridos de

forma descentralizada. Contudo, deixou de existir a articulação entre os órgãos de RHS central, a Direcção Nacional dos Recursos Humanos (DNRH) do MINSA e as Direcções Provinciais de Saúde, órgão local.

A DNRH procedeu a sua reorganização interna e auto-formação para capacitar e redimensionar como líder do processo de implementação do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos. As Direcções e estruturas de Recursos Humanos ao nível das Províncias (Distritos) e dos Hospitais Centrais (nacionais) estão a ser igualmente preparados para o efeito.

O Sistema Integrado Nacional de Gestão de Recursos Humanos (SINGERH), em curso, assegura a ligação “*on-line*” entre o Ministério da Administração Pública, Emprego e Segurança Social (MAPESS), o Ministério das Finanças (MINFIN) com a DNRH do MINSA, dos Governos Provinciais e dos Hospitais Centrais, para uma gestão dos recursos humanos mais célere, fiável e eficaz.

A formação de profissionais de saúde é ministrada em instituições públicas; nomeadamente em Escolas Técnicas Profissionais de Saúde (ETPS), no Instituto Superior de Enfermagem (ISE) e na Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto (FMUAN), bem como nas instituições privadas.

Relativamente às instituições privadas, não estão acautelados os interesses do Estado, as garantias e os requisitos mínimos para a formação de qualidade, nem salvaguardada a especificidade deste tipo de formação e o direito a exclusividade. Constata-se a necessidade de mais faculdades públicas de medicina e das humanidades. No entanto, foram abertas novas Faculdades de Medicina em Cabinda, Benguela, Huambo, Huíla e Malange, no corrente ano.

Os profissionais de saúde depois de inseridos no SNS, continuam a sua formação via programas de formação permanente e de pós-graduação é, essencialmente, do tipo profissionalizante e apenas para os licenciados. No caso específico dos médicos, o seu enquadramento nas respectivas carreiras, só é possível após a frequência dos internatos geral e complementar de especialidade.

O Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH) identificou a necessidade de formação de gestores em todos os níveis, para reforço da capacidade institucional. Para o efeito, a ETPS do Lubango, na Huíla, realiza cursos para o nível de unidades de saúde e para o nível de município. Os gestores intermédios e de topo foram formados através de acordo entre o MINSA/FMUAN/Escola Nacional de Saúde Pública (Lisboa – ENSP), enquanto está a ser criada a Escola Nacional de Saúde Pública de Angola (ENSPA).

Em colaboração com a Fundação FIOCRUZ do Brasil, está em curso o processo da criação e abertura da ENSPA.

Financiamento da Saúde

O Governo continua a ser o maior financiador dos cuidados de saúde. A lei 21-B/92, estabelece a participação de terceiros no financiamento dos cuidados de saúde bem como a comparticipação do cidadão nos custos de saúde.

O Orçamento Geral do Estado (OGE²⁴) é o instrumento do governo para financiar os cuidados de saúde. Na avaliação das despesas com a saúde nos últimos cinco anos, observa-se que a proporção do OGE dedicada a saúde tem variado entre 3,8 – 8% do total do OGE, segundo os dados do SIGFE.

As despesas *per capita* com a saúde estiveram entre 5,7 e 19,1USD por ano, no período de 1997 a 2001. Os valores orçamentados oscilavam entre 13 e aproximadamente 27 USD. Estes indicadores não são baixos se comparados com os dos países da região.

De 1997 a 2001, as despesas com a saúde do OGE por grupos de natureza, com a excepção de 1999, as despesas com o pessoal absorveram grande parte dos recursos. De salientar que a actual organização contabilística do OGE, não é fácil identificar as despesas com os medicamentos e material médico. Estas despesas estão incluídas na categoria dos bens e serviços.

²⁴ Lei nº 21- B/ 92 de 28 de Agosto, Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde. Política Nacional de Saúde – 5º Esboço - 20 de Março de 2009 – Ministério da Saúde.

A distribuição das despesas do OGE por províncias, observa-se que existe um desequilíbrio, em termos geográficos na distribuição das despesas com a saúde. As províncias do interior e mais afectadas pelo conflito armado (guerra civil), são as que apresentam indicadores abaixo da média nacional. As despesas continuam a ser basicamente orientadas para os cuidados hospitalares, nas evacuações para o exterior do país e a gestão da saúde ao nível central. O peso do sector hospitalar nas despesas do OGE aumentou devido à conversão dos hospitais provinciais e municipais em unidades orçamentais com gestão autónoma.

As despesas com os cuidados primários de saúde têm aumentado progressivamente desde 2000/2001. Contudo, o quotidiano das unidades sanitárias deste nível caracteriza-se por rupturas crónicas de medicamentos e a falta de condições básicas como a água e electricidade devido a ausência de recursos financeiros para as despesas correntes de funcionamento.

A comparticipação dos utentes nas despesas da saúde, é uma das alternativas identificadas para colmatar a falta de recursos financeiros para as despesas correntes. A comparticipação está legislada²⁵ e regulamentada em forma de pagamento directo dos serviços prestados, o que tem constituído um obstáculo ao acesso aos cuidados de saúde sobretudo para as camadas mais vulneráveis na cidade de Luanda, onde a comparticipação financeira está em vigor.

Não existe informação detalhada sobre as contribuições das famílias nas despesas com a saúde. Contudo, de acordo com estudo não publicado, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em 1998, o nível de comparticipação da população é muito elevado, sobretudo em Luanda. Nas instituições do SNS, paga-se mais de USD 15,00 por episódio. As despesas com os medicamentos cifram-se num mínimo de 60% das despesas totais de cada episódio. Quando os doentes procuram serviços privados, os valores a pagar são mais que o dobro, mas a qualidade dos serviços prestados não justificam estas diferenças.

O papel da comunidade internacional no financiamento da saúde, principalmente nos cuidados primários de saúde, tais como, a aquisição de medicamentos essenciais e vacinas, foi importante durante os anos de conflito (1997-2001). Com o fim do conflito armado, os

²⁵ Artigo 27 da Lei nº 21- B/ 92 de 28 de Agosto, Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde: Idem

apoios, outrora orientados para as intervenções de emergência e humanitária, são maioritariamente direccionados para um desenvolvimento sustentável do sistema nacional de saúde ou para o combate de determinadas endemias, no caso do Fundo Global para o VIH/SIDA, a malária e a tuberculose. O financiamento da saúde e a gestão dos recursos disponibilizados constituem o principal calcanhar de Aquiles e que condicionam em grande medida o fraco desempenho do SNS.

Acesso aos Cuidados de Saúde e sua Utilização

A baixa cobertura sanitária, a desigual e reduzido acesso assim como a inoperacionalidade de um sistema de referência e contra referência, afectam o desempenho do SNS.

No nível dos cuidados primários de saúde, desenvolvem-se actividades preventivas e curativas de doenças e lesões correntes, tais como educação para a saúde, consultas pré e pós-natal, planeamento familiar, assistência ao parto e cuidados obstétricos básicos e completos, vacinação, controlo do desenvolvimento e crescimento da criança.

Nos níveis secundários e terciários, que correspondem aos hospitais provinciais, centrais e de especialidade, realizam mais de 50% das consultas de carácter de urgência. Não existe um sistema eficaz de marcação de consultas externas. Na província de Luanda, estão concentrados os maiores centros hospitalares de especialidades, mas a capacidade de resposta e de resolução não satisfaz as necessidades da população. Esta situação leva a que os direitos do cidadão²⁶ de escolher o serviço e o prestador, de receber ou recusar cuidados, mantendo a sua privacidade, o respeito, a confidencialidade dos dados pessoais, a informação sobre a sua situação de saúde, bem como a assistência religiosa, não são às vezes respeitados.

²⁶ Artigo 13º, da Lei nº 21-B/ 92 de 28 de Agosto, estabelece os direitos e deveres dos cidadãos no Serviço Nacional de Saúde: Idem.

Principais Problemas do Sistema Nacional de Saúde

Os principais problemas do SNS residem na limitada acessibilidade aos cuidados de saúde de qualidade decorrente de vários factores que concorrem para o fraco desempenho do SNS como descrito na análise de situação.

Dentre os factores, é importante salientar os seguintes:

- Reduzida cobertura sanitária, abrangendo menos de 40% da população;
- Reduzida força de trabalho especializada;
- Débil gestão dos recursos disponibilizados;
- Fraca promoção da saúde num contexto socioeconómico e meio ambiente favoráveis às endemias e epidemias.

Pontos Fortes e Fracos, Oportunidades e Ameaças

O diagnóstico da situação da saúde em Angola, numa análise *SWOT*²⁷, pode ser resumido e estruturado de forma a evidenciar as suas forças, fraquezas, oportunidades e ameaças.

Pontos Fortes do Sistema Nacional da Saúde Angolano

Os pontos fortes do SNS angolano, decorrem da:

- Gratuidade tendencial dos cuidados,
- Existência de uma massa crítica de recursos humanos;
- Maior investimento na saúde;
- Aumento progressivo do orçamento do sector da saúde;

²⁷ Análise SWOT: *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças) – Política Nacional de Saúde – 5º Esboço – 20 de Março 2009- Ministério da Saúde de Angola.

- Maior disponibilidade de ferramentas e mecanismos de gestão.

Pontos Fracos do Sistema Nacional de Saúde Angolano

Entre outros, assume especial relevância:

- A dificuldade de articulação e coordenação estratégicas das intervenções de saúde e sobre os determinantes de saúde;
- Fraca liderança do sector da saúde;
- Fraca capacidade de planificação a todos os níveis;
- Descentralização sem autonomia financeira para as estruturas locais de saúde;
- Gestão deficiente dos recursos disponibilizados a todos os níveis;
- Investimentos pouco coerentes com as necessidades e prioridades da saúde;
- Pouca transparência nos actos de gestão;
- Reduzida cobertura sanitária;
- Desigual distribuição dos recursos humanos;
- Salários pouco atractivos e fraco desempenho do pessoal;
- Sistema de informação, comunicação, supervisão e avaliação incipientes.

Oportunidades

- A paz que o país vive;
- As taxas de crescimento da economia,
- A estabilidade macro económica favorável ao investimento;

- O apoio da alta autoridade à luta contra as Infecções de Transmissão Sexual (ITS), VIH/SIDA e grandes endemias em particular e a saúde em geral;
- O progressivo aumento do orçamento do sector da saúde,
- A progressiva estruturação da sociedade civil;
- A existência de programas de combate à pobreza e para os objectivos do desenvolvimento do milénio e a disponibilidade de parceiros da comunidade internacional para apoiar, são as oportunidades que se apresentam de momento ao sistema nacional de saúde.

Ameaças

As ameaças consistem na:

- Manutenção dos actuais níveis de funcionamento da saúde;
- As altas taxas de analfabetismo,
- As desigualdades de género;
- As condições de alimentação, de saneamento básico e de água potável, bem como a perspectiva de industrialização do país e a consequente introdução de tecnologias sem os mecanismos que acautelem a preservação do meio ambiente.

No então, há um conjunto de prioridades que devem enquadrar as grandes linhas estratégicas de desenvolvimento do sector da saúde em Angola.

Prioridades da Saúde

As prioridades do SNS em Angola até 2025, consistem no desenvolvimento sustentável e o combate à pobreza, que visam o seguinte:

- Redução da mortalidade materna e infantil;
- Controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis;

- Adequação dos recursos humanos e tecnológicos de saúde;
- Asseguramento de um financiamento sustentável,
- Gestão eficiente dos recursos do SNS

A redução das elevadas taxas de mortalidades materna e infantil bem como o controlo de doenças, constituem os maiores desafios do SNS em Angola.

Os factores contributivos a estes desafios estão intimamente ligados à pobreza e à ignorância para além dos factores intrínsecos aos serviços de saúde. Neste contexto, as intervenções de saúde devem dar primazia à prevenção de doenças e à promoção da saúde.

Outro desafio consiste na reestruturação e reorganização do SNS, com vista a adequação dos recursos humanos e das tecnologias às reais necessidades em saúde das populações, num contexto de um financiamento sustentável da saúde.

Perspectivas, Valores e Princípios

A Política Nacional de Saúde almeja assegurar em 2025 “uma vida saudável para todos”, num contexto de desenvolvimento nacional sustentável e de um sistema nacional de saúde que responda às expectativas da população, prestando cuidados de saúde de qualidade com equidade e com eficiência.

A concretização de uma perspectiva de uma vida saudável para todos, é um desafio que ultrapassa as fronteiras tradicionais do sistema de saúde, pelo que, o concurso dos outros sistemas de que dependem importantes determinantes da saúde é de uma extrema importância. O combate a pobreza no quadro das estratégias do Governo e os esforços para a consecução dos objectivos de desenvolvimento do milénio (ODM) são uma valiosa contribuição para a consecução da perspectiva.

A reforma do Sistema Nacional de Saúde é uma premissa indispensável para assegurar uma adequada prestação de serviço, mediante disponibilidade de recursos humanos e das tecnologias de saúde, de um sistema de informação operacional, de uma liderança efectiva e boa governação no quadro de um financiamento sustentável.

A implementação da PNS será orientada e baseada nos valores de solidariedade, equidade, ética, identidade cultural e igualdade de género. Os princípios de universalidade, qualidade, humanização, responsabilidade, liberdade de escolha e prestação de serviço²⁸, intersectorialidade vão servir de base para as intervenções a serem implementadas no âmbito da PNS.

Com o princípio da universalidade de cuidados de saúde garante-se o direito aos cuidados de saúde à toda população independentemente da sua condição socioeconómica, sexo, idade, raça, religião ou cultura. A qualidade dos serviços e cuidados de saúde é um dos princípios basilares da PNS e que deverá ser observado por todos em todas intervenções de saúde a todos os níveis do sistema da saúde.

A responsabilidade individual e colectiva é fundamental para a preservação e promoção da saúde ao nível individual, familiar e comunitário. A liberdade de escolha dos cuidados de saúde, será garantida a todos na medida do possível e de acordo com os recursos e tecnologias de saúde disponíveis.

A regular prestação de contas deve ser um dos princípios basilares na gestão do SNS, garantindo ao cidadão todas as informações necessárias sobre o seu funcionamento e seu desempenho. Com o princípio da intersectorialidade, procura-se coordenar as intervenções de todos os sectores para atingir os objectivos de saúde, sendo determinante o papel do Ministério da Saúde.

III. OBJECTIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE (PNS)

A PNS define objectivos aos níveis de impacto, de intervenção e de resultados discriminados em objectivos gerais específicos.

²⁸ Prestação de contas ou imputabilidade, tradução da palavra inglesa “*Accountability*” – Idem.

Objectivo Geral

O objectivo geral da PNS é de estabelecer as orientações estratégicas conducentes à melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida da população que permitirão alcançar a perspectiva de uma vida saudável para todos.

Objectivos Específicos

- Reestruturar e desenvolver o SNS, priorizando o acesso de toda a população aos cuidados primários de saúde;
- Reduzir a mortalidade materna e infantil bem como a morbilidade e mortalidade por doenças prioritárias;
- Promover e preservar um contexto geral e um meio ambiente propícios à saúde;
- Capacitar os indivíduos, as famílias e as comunidades para a promoção e protecção da saúde.

Face à descrição e à análise supra do Sistema de Saúde Angolano, parece ser possível constatar, que apesar do potencial detido, existe um vasto caminho a percorrer decorrente de um conjunto de fraquezas e de ameaças (enunciadas na análise SWOT) que poderão questionar a sustentabilidade do actual sistema de saúde. Esta realidade é e foi igualmente observada noutros países e noutras realidades que não se reduziram ao sector da saúde. De facto, a insustentabilidade económica e financeira do Estado, poderá questionar o sistema de saúde angolano, bem como as falhas de governo, que se traduzem numa incapacidade de resposta do Estado às expectativas criadas junto da população e constitucionalmente previstas. Tal, conduz necessariamente a repensar numa reforma estrutural do Sistema.

Assim, pretende-se avaliar de que modo a experiência ocorrida em Portugal, no que se refere à reforma do Sistema Nacional de Saúde, poderá eventualmente constituir exemplo em determinadas áreas de intervenção e influenciar positivamente a potencial reforma no sistema de saúde angolano.

Da análise do Sistema de Saúde Português, que de seguida se apresentará, pretende-se evidenciar quais os pontos da reforma que parecem ser mais pertinentes e adequados à realidade angolana. E, assim, poderem vir a constituir linhas de orientação a seguir para uma futura, mas profunda reforma estrutural no sistema angolano.

IV. SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE PORTUGUÊS

Reformas da Saúde em Portugal

A reforma do sistema de saúde português tem vindo a ser amplamente implementada, desde há largos anos. Neste contexto, trata-se de uma reforma estrutural e profunda que se tem vindo a manifestar nos mais diversos domínios que envolvem todo o sector da saúde. Contudo, para o efeito dos objectivos que se pretendem concretizar com a elaboração deste trabalho serão destacadas aquelas áreas de reforma que mais parecem ser adequadas à realidade em Angola.

“A reforma da saúde em Portugal tem três grandes eixos nevrálgicos que importa neste contexto destacar”²⁹:

- Os Cuidados de Saúde Primários;
- Os Cuidados Comunitários, Continuados e Paliativos;
- A Rede de Hospitais do Sistema de Saúde;

“É importante que estes diferentes níveis se articulem eficazmente, de modo a que o utente possa progredir no S.N.S. sem obstáculos ou restrições” (Nunes, 2009).

Âmbito de Actuação dos Cuidados de Saúde Primários:

1. Educar para a promoção da Saúde e prevenção da doença;
2. Promover uma Educação para uma Sexualidade responsável;

²⁹ Nunes, Regulação da Saúde, 2ª Edição, Maio de 2009.

3. Providenciar cuidados materno-infantis e programas de planeamento familiar;
4. Promover uma alimentação e nutrição saudáveis;
5. Garantir condições sanitárias básicas à população;
6. Implementar os programas de vacinação obrigatórios;
7. Prevenir as doenças endémicas da população;
8. Prestar especial atenção às doenças mais frequentes;
9. Garantir o acesso aos medicamentos necessários.

Segundo Nunes (Nunes, 2009), “a prossecução destes objectivos implica o reconhecimento de que o clínico geral³⁰ não actua isoladamente mas em equipa, a equipa multidisciplinar de saúde e, conseqüentemente, está em causa uma integração horizontal entre os vários actores da saúde, de modo a implementar uma verdadeira medicina preventiva atenta aos determinantes sociais e ambientais da saúde”.

Medicina Geral e Familiar

Tem como dever – com o auxílio do clínico geral providenciar as noções básicas de educação, nomeadamente a responsabilidade de cada um de nós para com a saúde individual.

A actuação da medicina geral e familiar desenvolve-se a distintos níveis³¹:

1. Manutenção da saúde;

³⁰ A expressão “clínico geral” encontra-se no imaginário de todos os cidadãos, por se referir ao médico que dispõe de conhecimentos gerais sobre a doença e a forma de a tratar. Desde a constituição da especialidade de Medicina Geral e Familiar, com a Portaria 357/80, à obtenção do título de especialista, o médico passa a designar-se por especialista em Medicina Geral e Familiar. Existem, em Portugal, cerca de 4000 médicos inscritos no colégio desta especialidade da Ordem dos Médicos. Porém, continua a existir a carreira de Clínica Geral (e o internato complementar) na dependência do Ministério da Saúde. Sobre esta problemática ver Conselho da Academia Europeia de Professores de Medicina Geral e Familiar (2006). Citando: Nunes, Regulação da Saúde, 2ª Edição, Maio de 2009.

³¹ Nunes, Regulação da Saúde, 2ª Edição, Maio de 2009.

2. Prevenção da doença;
3. Diagnóstico e tratamento da doença (gestão de crise);
4. Reabilitação do doente;

No SNS, o clínico geral cumpre um duplo objectivo:

- a) Resolver em larga medida os problemas de saúde dos cidadãos;
- b) Servir de controlador/distribuidor (*gatekeeper/signpost*) dos doentes para os cuidados de saúde secundários e terciários.

Contudo, a medicina geral e familiar é a porta de entrada no Sistema de Saúde e o seu pilar fundamental.

Generalização do Cartão de Utente

A introdução e generalização do cartão do utente, diminuiu a burocracia no acesso aos cuidados primários de saúde em Portugal.

Em Portugal, os cuidados de Saúde Primários tiveram o seu início nos anos setenta, ainda antes da criação do Serviço Nacional de Saúde. Em 1999, foi criado o Regime Remuneratório Experimental, precursor das actuais Unidades de Saúde Familiares. Em 2003, o Ministro da Saúde aprovou um diploma legal³² que modificou substancialmente a perspectiva tradicional do exercício da clínica geral e, do modelo organizacional dos Centros de Saúde.

³² Envolto em grande controvérsia, o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, aplicava-se aos serviços e entidades integrados na rede de prestação de cuidados de saúde primários, sendo norteados pelos princípios da diversidade de oferta e da liberdade de escolha dos cidadãos, tendo como objectivo essencial “garantir a todos os cidadãos o seu médico de família”. O artigo 31º referia textualmente que “O presente diploma entra em vigor em simultâneo com o diploma que aprove a criação de uma entidade reguladora que enquadre a participação e actuação dos operadores privados e sociais no âmbito da prestação de serviços públicos de saúde, assegurando o acompanhamento dos respectivos níveis de desempenho”. Citando: Nunes, Regulação da Saúde, 2ª Edição, Maio de 2009.

“ (...) ao longo dos últimos anos, as medidas de fundo no âmbito dos cuidados de saúde primários podem ser assim sintetizados”³³:

- 1 - Garantir a liberdade de escolha do médico pelo utente;
- 2 - Assegurar um médico para os utentes em lista de espera;
- 3 - Financiamento global e progressivo por capitação;
- 4 - Disponibilizar informação e aconselhamento ao utente;
- 5 - Agilizar os processos de acesso à rede de cuidados primários;
- 6- Utilização da rede convencionada de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;
- 7- Melhorar a interligação com a rede hospitalar;
- 8- Diminuir o fluxo com a rede hospitalar.

No entanto, o XVII Governo Constitucional, na leitura do “Compromisso do Governo para Portugal”, evidencia os seguintes princípios de actuação no quadro de uma reestruturação dos centros de saúde, criando as Unidades de Saúde Familiares (Partido Socialista, 2005)³⁴:

1. Criação de pequenas equipas multi-profissionais e auto-organizadas;
2. Promover a autonomia organizativa, funcional e técnico;
3. Contratualização de uma carteira básica de serviços;
4. Descentralização dos meios auxiliares de diagnóstico;
5. Criar um sistema retributivo que estimule a produtividade, a acessibilidade e a qualidade;
6. Integração dos centros de saúde em rede, e com as redes de cuidados hospitalares e de cuidados continuados;

³³Nunes, Regulação da Saúde, 2ª Edição, Maio de 2009.

³⁴ Citando Nunes, Regulação da Saúde, 2ª Edição, Maio de 2009.

7. Implementar diferentes modelos jurídicos na gestão das unidades de saúde (modelo público convencional, gestão privada e cooperação);
8. Incentivar a produtividade.

As USF criadas através do Decreto-Lei nº 298/2007, de 22 de Agosto (Regime Jurídico das Unidades de Saúde Familiares), parecem corresponder a uma nova cultura organizacional nos cuidados de saúde primários, onde um pequeno número de profissionais de saúde se organiza de modo a providenciar os cuidados necessários a um determinado grupo populacional. No final de 2008 existiam já mais de 100 USF em pleno funcionamento com um nível de desempenho e de satisfação – de utentes e profissionais –, por um atendimento de qualidade acrescida (Gomes, 2008)³⁵.

A criação das USF protagoniza um movimento duplo: por um lado, a criação de pequenas unidades autónomas (8 médicos, 8 enfermeiros e 5 administrativos), por outro a obtenção de economias de escala através de uma gestão mais adequada dos recursos existentes.

“A reforma recente dos cuidados de saúde primários, pretende também alcançar alguma diversidade dos modelos de gestão das unidades de saúde, estando prevista, de acordo com o Despacho do Ministro da Saúde nº 24101/2007, a abertura aos sectores social, cooperativo e privado, de modo a ser possível otimizar a capacidade instalada neste sector. Assim, prevê-se no curto prazo os seguintes modelos de gestão da USF” (Nunes, 2009):

- 1- **Modelo A:** compreende as USF do sector público administrativo com regras e remunerações definidas pela Administração Pública aplicáveis ao sector, existindo a possibilidade de contratualizar uma carteira adicional de serviços.
- 2- **Modelo B:** abrange as USF do sector público administrativo com um regime retributivo especial para todos os profissionais integrando remuneração base, suplementos e compensações pelo desempenho.

³⁵ Citando: Nunes, Regulação da Saúde, 2ª Edição, Maio de 2009.

3- **Modelo C:** abrange as USF do sector social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua actividade num contrato-programa estabelecido com a Administração Regional de Saúde (ARS) respectiva.

Ainda citando o mesmo autor (Nunes, 2009),” a principal virtude desta reforma assenta no principio de que, sendo os cuidados de saúde primários o núcleo do sistema de saúde, pretende-se a criação de pequenas estruturas multiprofissionais prestadoras de cuidados de saúde personalizados de modo a garantir a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados. No plano organizacional, as USF estão dotadas de autonomia organizativa, técnica e funcional, modelo aliás inspirado na experiência acumulada com o Regime Remuneratório Experimental que desde 1998 tinha já sido implementado para alguns médicos”.

Segundo Nunes, refere que “através do Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro, foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Estes agrupamentos são serviços de saúde constituídos por várias unidades funcionais que integram um ou mais centros de saúde, por seu turno, englobam um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários. Tendo amplas funções de coordenação, os ACES não se limitam a desenvolver actividades de promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados, mas abrangem outras áreas, tal como a vigilância epidemiológica e a investigação em saúde. Fixado em 74 o número máximo de ACES, a população alvo destes agrupamentos deve estar compreendida entre 50 000 e 200 000 habitantes, devendo existir compaginação com a divisão político-administrativa do território nacional”.

Assim, as unidades funcionais básicas dos ACES, de acordo com a área geodemográfica em apreço, são³⁶:

1. Unidade de Saúde Familiar (USF).
2. Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

³⁶ Citando Nunes, Regulação da Saúde, 2ª Edição, Maio de 2009.

3. Unidade de Saúde Pública (USP).
4. Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP).
5. Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

No entanto, segundo Nunes (Nunes, 2009), torna-se imperativo a implementação do modelo C das USF, de modo a garantir uma verdadeira equidade territorial. A implementação destes princípios programáticos implica, obviamente, uma regulação atenta e direccionada, de modo a que a existência de algumas disfunções não coloque em causa uma das reformas mais importantes do nosso sistema de saúde.

Face ao exposto verifica-se que a criação de USF poderá ser um reforço para resolver deficiências de gestão e de acesso aos cuidados de saúde primários em Angola. Por um lado, os serviços de saúde estariam mais próximos das comunidades e, por outro lado, seria uma forma de evitar as actuais enchentes nos hospitais gerais com excesso de casos de patologias não consideradas graves, que devem ser acompanhados pelo médico de família nestas unidades de prestação de cuidados de saúde. Este é um bom exemplo de uma reforma que poderia dar bons resultados no sistema de saúde Angolano.

Cuidados Comunitários, Continuados e Paliativos

Uma outra dimensão da reforma estrutural do sistema de saúde refere-se aos cuidados comunitários, continuados e paliativos. Trata-se, para além de estratégias preventivas da saúde, de promover os cuidados domiciliários, de modo a que as pessoas permaneçam na sua residência sempre que possível. Note-se que o conceito de cuidados primários subjacente à Declaração de Alma Ata abrange tanto os cuidados comunitários como a intervenção curativa da clínica geral. Em todo o caso, para uma verdadeira intervenção junto da comunidade é fundamental dar prioridade aos agentes de saúde que prestam apoio domiciliário, sendo indispensável determinar as necessidades reais das populações.

Os cuidados comunitários têm duas outras dimensões particularmente importantes numa sociedade civilizada. Por um lado, a preocupação emergente na nossa sociedade com a criação de uma rede de lares residenciais e de terceira idade, de acordo com critérios de qualidade e de humanização (Leathard, 2000). Por outro, a problemática da promoção de uma verdadeira política de saúde mental através de cuidados específicos para este grupo populacional.

Quanto a medicina de acompanhamento, não se dedica apenas a pessoas idosas, mas, em sentido lato, a todos os doentes crónicos. Ou seja, a doentes portadores de afecções irreversíveis, sem qualquer perspectiva de recuperação completa em com uma duração substancial³⁷. Pretende-se o conforto e o bem-estar do doente crónico (e, por maioria de razão, do doente terminal), recorrendo a uma equipa multidisciplinar especialmente sensibilizada para o efeito. As instituições de solidariedade social terão, certamente, um importante papel a desempenhar, como veículo apropriado de acolhimento das pessoas mais vulneráveis.

O que está em causa é a dependência de terceiros e uma limitação séria na vida quotidiana, sendo necessária a prestação de cuidados continuados formais bem como de cuidados informais por parte de amigos e familiares.

O apoio profissional deve contar com os médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de saúde, técnicos do serviço social, especificamente preparados para o efeito.

Em Portugal, para este efeito são criados diferentes tipologias de unidades básicas de prestação de cuidados, de acordo com cada tipo de situação específica:

1. Unidades de Internamento (unidade de convalescença, unidades de média duração e reabilitação, unidades de longa duração e manutenção, unidades de cuidados paliativos);
2. Unidades de Ambulatório (unidade de dia e de promoção da autonomia),

³⁷ O doente que carece de cuidados continuados pode integrar-se numa de quatro grandes categorias: a) autónomo, b) parcialmente dependente, c) dependente e d) grande dependente. Esta tipologia refere-se ao espectro das capacidades do doente, e à possibilidade de realizar determinadas tarefas ou com o apoio de terceiros. Citando: Nunes, Regulação da Saúde, 2ª Edição, Maio de 2009.

3. Equipas Hospitalares (equipas de gestão de altas, equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos),
4. Equipas Domiciliárias (equipas de cuidados continuados integrados, equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos).

É neste contexto integrado que deve ser efectivamente implementados os cuidados paliativos no país. Este tipo de cuidados definem-se como “cuidados activos, globais que se prestam aos doentes cuja afecção não responde ao tratamento curativo”.

Por Despacho do Ministro da Saúde de 15 de Junho de 2004, foi aprovado o Programa Nacional de Cuidados Paliativos, que deve ser implementado no quadro do Plano Oncológico Nacional.

Programa Nacional de Cuidados Paliativos

1- Princípios:

- a) Consagrar e defender o direito dos doentes na fase final da vida a uma gama completa de cuidados paliativos;
- b) Proteger o direito dos doentes incuráveis e na fase final da vida à sua própria escolha;
- c) Manter a interdição absoluta de, intencionalmente, se pôr fim à vida dos doentes incuráveis e na fase final da vida.

2- Destinatários

Doentes que, cumulativamente, não têm perspectiva de tratamento curativo, têm rápida progressão da doença e com expectativa de vida limitada, têm intenso sofrimento, e têm problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar. Estima-se que, em Portugal, por ano, cada mil doentes por milhão de habitantes careçam de cuidados paliativos diferenciados.

3- Componentes Essenciais

Alívio de sintomas, apoio psicológico, espiritual e emocional, apoio à família, apoio durante o luto e interdisciplinaridade.

A medicina de acompanhamento é um componente essencial dos cuidados continuados e paliativos. A humanização da saúde é uma tarefa que respeita a todos os sectores da sociedade, tendo os profissionais de saúde a responsabilidade de exercer a sua profissão na conversão de que lidam com pessoas humanas particularmente vulneráveis.

Face ao exposto verifica-se que a aposta nos cuidados paliativos poderá ser determinante face à realidade envolvente, tal como, o elevado número de mutilados e deficientes de guerra que caminham para o envelhecimento, o envelhecimento da população em geral, o crescimento acentuado de doenças crónicas, como a obesidade, a HTA, as doenças cardiovasculares, os diferentes casos de cancro e de doenças do foro psiquiátrico, devem merecer estes cuidados evitando os internamentos hospitalares e os elevados custos que acarretam, por um lado, e desfrutando do conforto do acompanhamento familiar por outro lado.

Cuidados Hospitalares

No entanto, numa sociedade dinâmica e cada vez mais exigente e em evolução constante, com o surgimento de modernas tecnologias de diagnóstico e terapêutica e conjugado com o envelhecimento da população, urge a necessidade da introdução de novos modelos de gestão no sector da saúde que garantam a sustentabilidade do sistema de saúde face às exigências de momento.

Neste âmbito, citando Nunes (Nunes, 2009) “ ...é um imperativo recorrer a novas modalidades de gestão hospitalar. Modelos que privilegiem o desempenho e os vectores-chave da produtividade (eficiência e eficácia) e não apenas o cumprimento de horários. Modelos assentes na qualidade da assistência aos utentes. Modelos em que exista uma clara ordem de comando e não a dissipação de responsabilidades. Nesta nova modalidade de

organização, os interesses dos utentes prevalecem sobre os interesses corporativos”. A Lei n° 27/2002, de 8 de Novembro, que aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar³⁸.

“O modelo tradicional de gestão hospitalar não resolveu as infundáveis listas de espera para consulta ou cirurgia, nem o desespero da maioria dos bancos de urgência” (Nunes, 2009).

Princípios da Gestão Hospitalar

Em Regulação da Saúde, Nunes refere que os princípios da gestão hospitalar devem assentar o seguinte:

- a) Desenvolvimento da actividade de acordo com instrumentos de gestão previsional, designadamente planos de actividade, anuais e plurianuais, orçamentos e outros;
- b) Garantia aos utentes da prestação de cuidados de saúde de qualidade com um controlo rigoroso dos recursos;
- c) Desenvolvimento de uma gestão criteriosa no respeito pelo cumprimento dos objectivos definidos pelo Ministro da Saúde;
- d) Financiamento das suas actividades em função da valorização dos actos e serviços efectivamente prestados, tendo por base a tabela de preços e os acordos que se encontram em vigor no SNS³⁹;
- e) Promoção da articulação funcional da rede de prestação de cuidados de saúde;

³⁸ Quanto à natureza jurídica das unidades hospitalares, previam-se as seguintes modalidades: a) estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial (SPA – Sector Público Administrativo); b) estabelecimentos públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa financeira, patrimonial e natureza empresarial (ENE – Estabelecimentos de Natureza Empresarial); C) Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (SA); d) estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos.

³⁹ Na Portaria n° 551/2004, de 22 de Maio (Ministério das Finanças e da Saúde), refere-se textualmente que “com a transformação, em Dezembro de 2002, de 34 hospitais em 31 sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos foi alterado o modelo de financiamento, que passou a basear-se, fundamentalmente, nos serviços prestados aos seus utentes. Com este objectivo, na legislação que criou as referidas sociedades prevê-se que o pagamento dos serviços prestados a terceiros terá como base os valores da tabela de preços em vigor (GDH) e as condições fixadas nos contratos-programa. Citando: Nunes, Regulação da Saúde, 2ª Edição, Maio de 2009.

f) Aplicação do Plano Oficial de Contas do Ministério da Saúde.

O autor refere que (...) “ introdução de novos modelos de gestão hospitalar, em complementaridade com o modelo tradicional no formato de instituto público, é uma aposta dos últimos governos nacionais no sentido de otimizar a utilização dos recursos humanos técnicos e materiais afectos à saúde. A este propósito costuma-se referir o conceito de “experimentalismo”, ou seja a necessidade de experimentarem novos modelos de gestão hospitalar. Manuel Antunes, refere que a principal tarefa do SNS é determinar qual o melhor modelo de gestão e aplicá-lo universalmente (Antunes, 2000)⁴⁰. Distintos modelos podem coabitar, em concorrência, de modo a garantir os valores essenciais no nosso sistema de saúde. A introdução de experiências inovadoras na saúde – como a *Private Finance Initiative* (PFI), que já é prática corrente no SNS britânico, poderá ainda incrementar mais a eficiência global do sistema” (Sussex, 2001)⁴¹.

De facto, com as parcerias no sector da Saúde (Decreto-Lei nº 185/2002, de 20 de Agosto – parcerias em Saúde e Decreto-Lei nº 141/2006 de 27 de Julho – Parcerias Público-Privadas) pretende-se racionalizar as funções gestionárias, em particular no referente ao financiamento, contratação e prestação de cuidados de saúde.

Neste enquadramento jurídico-normativo assume especial relevância a mobilização de investimento privado ou do sector social para o SNS. No entanto, esta mobilização deve ocorrer num contexto duradouro de partilhas de riscos, desde a concepção até à construção, ao financiamento, à conservação e à exploração das unidades de saúde, isto é, pretende-se obter ganhos de saúde para os cidadãos e ganhos de valor para o erário público através de uma transferência dupla:

- 1- De riscos do sector público para o sector privado ou social;
- 2- De eficiência do sector privado ou social para o sector público.

⁴⁰ Citando: Nunes, Regulação da Saúde, 2ª Edição, Maio de 2009

⁴¹ Idem.

A título de exemplo, em Espanha, na Comunidade Valenciana, o Hospital La Ribeira tem sido apontado como exemplo de sucesso no domínio das parcerias público/privadas, tendo como missão introduzir elementos de diferenciação competitiva, dando valor acrescentado aos doentes, e aproveitando as vantagens da utilização de ferramentas de gestão privada (Nunes, 2009)

Este modelo gestor tem como bases conceptuais⁴²:

1. O financiamento público através do método da capitação;
2. A regulação pública, através da autoridade de saúde respectiva;
3. A propriedade pública;
4. A prestação privada recorrendo aos instrumentos da gestão empresarial;
5. Uma maior eficiência na gestão dos recursos e alta produtividade;
6. A gestão por objectivos;
7. A flexibilização na contratação de pessoal
8. O risco privado no investimento.

Este hospital, construído em 1999 e concessionado por 15 anos (prorrogáveis por mais 20), é o primeiro construído em parceria público/privado em Espanha. Volvidos 10 anos desde a sua criação, os índices de satisfação dos utentes e profissionais são muito elevados (na ordem dos 90%), apresenta elevada produção e produtividade (não existe lista de espera) e tem um custo 20% mais baixo do que os hospitais de dimensão semelhante. O sucesso deste modelo de gestão evidencia-se não apenas a nível assistencial, mas também pelo que tem merecido ao longo dos anos.⁴³

“Em Portugal, a criação de Sistemas Locais de Saúde – prevista no Decreto-Lei nº 156/99 de 10 de Maio (Regime Jurídico dos Sistemas Locais de Saúde) – começa a dar os seus

⁴² Citando Nunes, Regulação da Saúde, 2ª Edição, Maio de 2009

⁴³ Citando Nunes, R: Regulação da Saúde, 2ª Edição, Maio de 2009.

primeiros passos, existindo uma experiência acumulada muito satisfatória, nomeadamente com a Unidade Local de Saúde de Matosinhos”. (Nunes, 2009)

O modelo de gestão empresarial (gestão privada) de alguns hospitais públicos portugueses⁴⁴ têm dado resultados satisfatórios comparativamente com os hospitais geridos com o modelo tradicional de administração pública (gestão pública). Os hospitais geridos com gestão empresarial pública “Estabelecimentos de Natureza Empresarial” têm revelado as seguintes vantagens⁴⁵:

- 1- Contenção de despesas;
- 2- Custos reduzidos;
- 3- Maior eficiência;
- 4- Gestão baseada nos resultados;
- 5- Incentivos a produtividade.

No caso angolano a experiência portuguesa de gestão empresarial de alguns hospitais públicos, devia ser ponderada a sua implementação ainda que no âmbito do âmbito do conceito de “experimentalismo⁴⁶” Tendo em conta que existem algumas unidades hospitalares (Clínicas) de empresas públicas, tais como, a Sonangol e a Endiama, nas quais a sua gestão aproxima-se à esse modelo. Mas, como já referido anteriormente que os preços praticados nestas unidade são bastante elevados para o cidadão comum. No entanto, comparadas as despesas que o governo angolano tem com as evacuações de doentes para o estrangeiro em tratamento médico (junta médica), parece justificável que certos hospitais públicos sejam postos em concurso público para uma gestão empresarial privada, no sentido de assegurarem a prestação dos serviços de qualidade exigida, igual ou semelhantes aqueles que se tem recorrido no exterior do país.

⁴⁴ Guilhermina Rego, Gestão Empresarial dos Serviços de Públicos – Uma Aplicação ao Sector da Saúde, Junho de 2008.

⁴⁵ Idem.

⁴⁶ Nunes, R: Regulação da Saúde, 2ª Edição, Maio de 2009.

Citando Nunes (Nunes 2009; “ a introdução do método de triagem de Manchester⁴⁷, que permite uma selecção dos doentes por critérios objectivos de gravidade, está em causa a profissionalização dos serviços de urgência. Designadamente, através da profissionalização dos elementos que lá efectivamente trabalham: médicos, enfermeiros e técnicos superiores. Deste modo, atinge-se um duplo objectivo. Por outro lado, libertam-se os profissionais de outros serviços hospitalares para desempenharem as suas tarefas regulares, e não no serviço de urgência (que consome no mínimo doze das trinta e cinco horas ou quarenta e duas horas de trabalho semanal). Por outro lado, pretende-se uma melhor articulação com os centros de saúde, com os cuidados continuados e, também, com o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) ”

De facto, o despacho do Ministro da Saúde n.º. 18459/2006, preconiza a reorganização de acordo com “uma lógica de equidade que garanta a todos os cidadãos portugueses o acesso a um serviço de urgência em menos de sessenta minutos”. Os objectivos do Ministério da Saúde são ambiciosos: a proposta trará benefícios imediatos para 450.000 portugueses que hoje estão a mais de 60 minutos de um posto de urgências. Ou, por outras palavras, pelo menos 90% dos portugueses ficarão, no máximo, a 30 minutos de um qualquer serviço de urgência e, no máximo, a 45 minutos dos níveis mais diferenciados da rede (Ministério da Saúde, 2007)⁴⁸.

Para o efeito, os serviços são classificados em três níveis diferenciados:

1. **Serviço de urgência polivalente – SUP:** nível mais diferenciado de resposta, localizando-se em regra num hospital geral central/centro hospitalar.

⁴⁷ De acordo com Morais (2003), o método de Manchester é um sistema de triagem de prioridades no qual, de um modo objectivo e sistematizado, se indica a prioridade clínica de atendimento do doente que recorre ao serviço de urgência, sem preocupação em apurar a *priori* o diagnóstico. Ou seja, o que está em causa é identificar o problema, colher e analisar as informações, avaliar as alternativas possíveis e, após a selecção, monitorizar e avaliar os resultados e avaliar os resultados (*Manchester Triage Group*, 1997; Robertson-Steel, 2006). Posteriormente a esta avaliação, cada doente é classificado tendo em atenção o tempo máximo de atendimento: imediato (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), padrão (verde) e não urgente (azul) (Iserson, 2007) . Citando Nunes, Regulação da saúde, Regulação da Saúde, 2ª Edição, Maio de 2009.

⁴⁸ Citando Nunes, Regulação da Saúde, 2ª Edição, Maio de 2009.

2. **Serviço de Urgência médico-cirúrgico – SUMC:** devem localizar-se estrategicamente, de modo a que, dentro das áreas de influência respectivas, os trajectos terrestres não excedam 60 minutos entre o local de doença ou acidente e o hospital.

3. **Serviço de Urgência Básica – SUB:** nível de cariz médico, não cirúrgico, podendo estar situado numa área de influência que abranja uma população superior a 40 000 habitantes.

Na sequência da Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, o XV Governo Constitucional procedeu à transformação de 34 hospitais públicos em 31 sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos. Esta reforma foi particularmente contestada por diversos *players* do sector da saúde, originando que o XVII Governo Constitucional propusesse a transformação dos Hospitais Públicos em entidades Empresariais (EPE) através do Decreto-Lei nº. 93/2005, de 7 de Junho (Transformação ⁴⁹em Entidades Públicas Empresariais dos Hospitais Sociedades Anónimas).⁵⁰

No entanto, os diversos estudos e relatórios são praticamente unânimes: existiu uma melhoria considerável do desempenho económico e financeiro dos hospitais SA em relação aos hospitais SPA. Em especial, deve referir-se o Relatório Global de Avaliação do Modelo de Gestão dos Hospitais do SEE (Sector Empresarial do Estado) no período compreendido entre 2001 e 2004 (Tribunal de Contas, 2006) e os Resultados da Avaliação dos Hospitais SA (Comissão para a Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima, 2006)⁵¹.

Segundo Nunes, o que é importante é garantir a saúde dos cidadãos e não o método de a alcançar. Por este motivo, a transformação dos hospitais SA em Entidades Públicas Empresariais (EPE) não afecta a transformação em curso no sistema público de saúde, desde que traduza o desejo sincero de se garantir a sua sustentabilidade económica e financeira. (Nunes, 2009). E é neste contexto que se deve perspectivar a regulação da saúde em

⁴⁹ Citando Nunes, regulação da Saúde, 2ª Edição, Maio de 2009.

⁵⁰ Citando Nunes, regulação da Saúde, 2ª Edição, Maio de 2009.

⁵¹ Idem

Portugal. Regulação de todas as actividades (regulação vertical) e de todos os operadores (regulação horizontal) no sistema de saúde.⁵²

Todavia, o Ministério da Saúde de Angola, no âmbito das reformas em curso no país, traçou um vasto programa de reestruturação e reorganização dos serviços de saúde em Angola, onde define a Política Nacional de Saúde que vai ser implementado até 2025. (Anexo 1)⁵³

⁵² Idem.

⁵³ Anexo 1- Prioridades e Estratégia do SNS Angolano até 2025.

V. CONCLUSÕES

O Sistema Nacional de Saúde Angolano tem um longo caminho a percorrer para alcançar os níveis e padrões da estrutura do Sistema Nacional de Saúde Português.

No entanto, é notório o esforço do Governo angolano na melhoria dos cuidados de saúde da população. A prova evidente é o aumento da percentagem no Orçamento Geral do Estado, para o sector da saúde. No presente ano, o Ministério da Saúde, foi contemplado com 5,7% do Orçamento Geral do Estado.

Todavia, é urgente estudar outras fontes de financiamentos para a saúde, dos já previstos, tais como, a comparticipação dos utentes com o pagamento das taxas moderadoras.

Também, na minha opinião, a economia angolana deve encontrar outras formas de financiamento, como o pagamento de alguns impostos de acordo com o rendimento de cada cidadão. Por exemplo, a implementação do IVA para o cidadão comum, do IRC para as empresas e o agravamento de impostos em certas mercadorias tais como, o tabaco e bebidas alcoólicas tendo em conta os danos que provocam à saúde. No caso concreto de impostos sobre tabacos e bebidas alcoólicas deviam destinar-se exclusivamente para as despesas da saúde.

No entanto, julgo oportuno iniciar um estudo aprofundado no sentido de implementar a médio ou a longo prazo, no quadro da descentralização e desconcentração administrativa em curso, a regionalização dos serviços da saúde em termos de coordenação e gestão, à semelhança dos Serviços Nacionais de Saúde de Portugal, que estão organizados em Regiões: a) Região Norte, b) Região Centro, c) Região Lisboa e Vale do Tejo, d) Alentejo, Beja, Évora e Portalegre e) Região do Algarve, f) Açores e d) Madeira. Porém, esta proposta é defendida pelo médico angolano, o Dr. Miguel dos Santos Oliveira, no seu artigo sobre a “Regionalização dos Serviços de Saúde, Desafios para o Caso Angolano⁵⁴”. Neste caso, os Responsáveis Regionais acompanhariam de perto no terreno e reportariam ao Ministro da Saúde, ao invés do actual sistemas com 18 Directores Provinciais a responder junto do

⁵⁴ Oliveira, M. Regionalização dos serviços de Saúde, Desafios para o Caso Angolano. Publicado no Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 (4): 751-760, abr, 2009.

Governo Provincial e do Ministério da Saúde, simultaneamente. Em Portugal, existem as ARS, cujos responsáveis coordenam os trabalhos na região e reportam ao Ministro da Saúde.

No capítulo da gestão hospitalar, devem merecer um estudo aprofundado os modelos de gestão empresarial dos hospitais em Portugal e a constituição de parcerias públicas - privadas

No capítulo dos medicamentos e meios para a saúde, para melhor coordenação e evitar desperdícios, só de opinião e defensor de uma política de compras centralizadas de todos os meios do sector da saúde, sob dependência do Ministro da Saúde. Desta forma, haveria uma maior capacidade de negociações e aquisição dos meios a preços vantajosos e uniformização dos meios para que se garanta a sua assistência sem grandes constrangimentos.

O Ministério da Saúde, como entidade empregadora de toda a mão-de-obra formada na área da saúde, deve ser um parceiro activo do Ministério do Ensino Superior e Ciência e Tecnologia e, órgão reitor das Universidades, na definição de políticas de formação para os quadros da saúde no país ou no estrangeiro.

No capítulo da Regulação da Saúde, não obstante a existência da Direcção Nacional de Inspeção-Geral da Saúde, e a 7ª Comissão da Assembleia Nacional, que acompanha o sector da saúde, estes órgãos exercerem o papel de fiscalizador. No entanto, sem prejuízo destes órgãos de fiscalização já existentes, é urgente a constituição de um órgão regulador independente, conforme previsto. Esta entidade terá um papel fundamental na salvaguarda dos interesses de todos os intervenientes envolvidos no mercado da saúde, os utentes, os prestadores de cuidados de saúde, a indústria farmacêutica e o Estado. Uma entidade, à semelhança da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) em Portugal.

O actual quadro epidemiológico angolano, caracterizado de doenças transmissíveis, principalmente a malária, doenças diarreicas agudas, e outras doenças. Contudo, os programas em cursos devem ser apoiados com todos os meios necessários. No entanto, a sua resolução não depende somente do Ministério da Saúde, é necessário o envolvimento de todas as entidades do Governo Central de um lado, e das entidades envolvidas na gestão das cidades, por outro lado. A título de exemplo, o combate a malária só se tornará eficiente se tivermos um meio com o saneamento básico adequado, sem o qual é uma luta inglória. As

diarreias estão intimamente associadas a água. Na ausência de água potável, é impensável controlarmos esta patologia. Neste caso, o Ministério da Saúde continuaria a gastar volumosas somas de dinheiro na cura, quando outros sectores, tais como, das Águas, Energias e da Recolha de lixos deviam investir na prevenção, sendo esta a mais barata em relação o investimento na cura. Porém, apesar das entidades atrás referidas terem a responsabilidade de garantirem um meio adequado para se viver, o indivíduo (município) e a comunidade em geral têm responsabilidades na preservação do meio ambiente onde habitam.

Quanto a epidemia do VIH/SIDA, o país regista uma baixa prevalência na região Austral de África. Assim sendo, deve-se manter a campanha de sensibilização na comunidade e com maior incidência na juventude, para desencorajar comportamentos de risco. Quanto ao ressurgimento das doenças imunopreveníveis, como tripanosomiose, o sarampo, tétano entre outras, o alargamento da vacinação, a semelhança das antigas pentemedinas, não seria má ideia, garantindo desta forma uma cobertura vacinal a toda a população.

De igual modo, é urgente a constituição da figura do médico de família, isto é, a introdução no sistema de saúde os serviços de Medicina Geral e Familiar. A introdução e generalização do Cartão do Utente e a humanização da saúde, devem ser uma aposta do Sistema Nacional de Saúde.

VI. REFERÊNCIAS:

- 1- **Ministério da Saúde de Angola.** INE: População estimada em 2004. Política Nacional de Saúde - 5º Esboço – 20 de Março de 2009,
- 2- **Ministério da Saúde de Angola** Densidade populacional por Km2- INE
- 3- **Ministério da Saúde de Angola.** INE/UNICEF: Estimativa da População em 2003. Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 4- **Ministério do Planeamento de Angola:** Estratégia de Combate à Pobreza, Luanda, 2003. – Idem
- 5- **Ministério do Planeamento/PNUD:** Angola - Objectivos do Desenvolvimento do Milénio, Luanda, Setembro de 2005. - Idem
- 6- **Ministério do Planeamento de Angola:** Estratégia de Combate à Pobreza, Luanda, 2003. - Idem.
- 7- **Ministério da Saúde de Angola** PNUD: Relatório Sobre o Desenvolvimento Humano, 2006. Idem. Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 8- **Ministério da Saúde de Angola** OMS/ONUSIDA: Relatório Sobre o Sida no Mundo, 20006. Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 9- **Ministério da Saúde de Angola** Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA: Relatório de Actividades de 2005, Luanda, 2006. Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 10- **Ministério da Saúde de Angola:** Conferência Sobre a SIDA na CPLP, Lisboa, Março de 2010 Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 11- **Ministério da Saúde de Angola** Direcção Nacional de Saúde Pública: Relatório de 2005, Luanda, 2006. Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 12- **Ministério da saúde. Angola** - Despesas Públicas no Sector da Saúde 2000-2007, Luanda, Março de 2007. Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 13- **Ministério da Saúde de Angola** Serviço Nacional de Saúde. Conjunto de Instituição de Saúde sob Tutela do Ministério da Saúde. Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 14- **Ministério da Saúde de Angola:** Primeira Conferência Nacional sobre o Financiamento da Saúde em Angola, Luanda, 29-30 de Maio de 2006. Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 15- **Ministério da Saúde de Angola** OMS/AFRO: Estratégia para a Medicina Tradicional na região Africana. Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.

- 16- **Ministério da Saúde de Angola** – Levantamento da Unidades Sanitárias. Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 17- **Ministério da Saúde de Angola** Programa Nacional de Medicamentos Essenciais 2005. Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 18- **Ministério da Saúde:** Angola – Despesas Públicas no Sector da Saúde 2000-2007 Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 19- **Ministério da Saúde, 2009.** Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 20- **Ministério da Saúde de Angola** OMS: Documento da WHO/DAP/98. 15- SEA/DRUGs/140, Genebra, 1998. Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 21- **Ministério da Saúde de Angola** Reconversão de Carreiras na Administração Pública. Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 22- **Ministério da Saúde de Angola** Estatísticas Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 23- **Ministério da Saúde de Angola** Direcção Nacional dos Recursos Humanos do MINSA: Relatório de Actividades de 2006, Luanda, 2007 Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 24- **Ministério da Saúde de Angola** Lei nº. 21-B/92 de 28 de Agosto, Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde. Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 25- **Ministério da Saúde de Angola.** Artigo 27 da Lei nº. 21-B/92 de 28 de Agosto, Lei de Bases do SNS Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 26- Artigo 13º, da Lei nº. 21-B/92 de 28 de Agosto, sobre os Direitos e Deveres dos Cidadãos no SNS Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 27- **Ministério da Saúde de Angola.** Análise SWOT. Do Sistema Nacional Angolano, Idem
- 28- **Ministério da Saúde de Angola** Prestação de contas ou Imputabilidade. Idem
- 29- **Nunes, R.** Regulação da saúde. Vida Económica, Porto, 2009. 2ª Edição.
- 30- **Idem**
- 31- **Idem**
- 32- **Ministério da Saúde de Portugal.** Decreto-Lei n.60/2003 de 1 de Abril. Citando Nunes, R. Regulação da saúde. Vida económica, Porto, 2009. 2ª Edição.
- 33- **Nunes, R.** Regulação da saúde. Vida económica, Porto, 2009. 2ª Edição.
- 34- **Idem**
- 35- **Idem**
- 36- **Idem**
- 37- **Idem**

- 38- **Citando Nunes, R.** Regulação da saúde. Vida Económica, Porto, 2009. 2ª Edição.
- 39- **Ministério das Finanças** Portaria nº 551/2004 de 22 de Maio () Citando Nunes, R. Regulação da saúde. Vida económica, Porto, 2009. 2ª Edição.
- 40- **Antunes, M. Nunes, R.** Regulação da Saúde, Vida Económica, Porto, 2ª Edição.
- 41- **Sussex, J. Nunes, R.** Regulação da Saúde, Vida Económica, Porto, 2ª Edição.
- 42- **Nunes, R.** Regulação da Saúde, Vida Económica, Porto, 2ª Edição.
- 43- **Idem**
- 44- **Rego, G.** Gestão Empresarial dos Serviços Públicos – Uma Aplicação ao Sector da Saúde, Junho de 2008
- 45- **Idem**
- 46- **Nunes, R.** Regulação da Saúde, Vida Económica, Porto, 2ª Edição
- 47- **Morais, C. Rodrigues, M.** Sistema de Triagem de prioridades na Urgência – Método de Manchester. In Regulação da Saúde, (Rui Nunes) Vida Económica, Porto, 2ª Edição
- 48- **Ministério da Saúde de Portugal**, Despacho nº. 18459/2006. In In Regulação da Saúde, (Rui Nunes) Vida Económica, Porto, 2ª Edição
- 49- **Ministério da Saúde de Portugal**, Decreto-Lei nº. 93/2005, de 7 de Junho, Transformação em Entidades Públicas Empresarias dos Hospitais Sociedades Anónimas. In Regulação da Saúde, (Rui Nunes) Vida Económica, Porto, 2ª Edição
- 50- **Idem.**
- 51- **Relatório para Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima, 2006.** In Regulação da Saúde, (Rui Nunes) Vida Económica, Porto, 2ª Edição
- 52- **Nunes, R.** Regulação da Saúde, Vida Económica, Porto, 2ª Edição.
- 53- **Ministério da Saúde de Angola.** Anexo 1- Prioridades e Estratégia do SNS Angolano até 2025- Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009.
- 54- **Oliveira, M.** Regionalização dos serviços de Saúde, Desafios para o Caso Angolano. Publicado no Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 (4): 751-760, abr, 2009.

VII. *Anexo I*

PRIORIDADES E ESTRATÉGIA DO SNS ANGOLANO ATÉ 2025

A Política Nacional de Saúde (PNS) será implementada no horizonte temporal que vai até 2025, através das seguintes orientações estratégicas:

Reestruturação e Desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde Priorizando o Acesso de Toda População aos Cuidados Primários de Saúde.

A reestruturação e desenvolvimento do SNS serão levados a cabo nos domínios de organização e gestão, prestação de cuidados de saúde, recursos humanos, recursos físicos e tecnologias de saúde, financiamento, sistema de informação, liderança e governação.

Organização e Gestão do Sistema Nacional de Saúde

A reorganização e a melhoria da gestão, no âmbito da reforma do sistema de saúde baseada na estratégia de cuidados primários de saúde, constituem a espinha dorsal sobre a qual as restantes intervenções de saúde irão encontrar o suporte necessário para a sua implementação. Os critérios seguintes vão nortear a reorganização e melhoria da gestão do sistema de saúde:

- Acessibilidade aos cuidados de saúde, principalmente aos cuidados primários de saúde para todos, deve servir de base para a reorganização do sistema de saúde em geral e do SNS em particular.
- Protecção financeira, que significa que a capacidade de pagar no momento que são necessários os cuidados de saúde não deve condicionar a prestação dos referidos cuidados.
- Eficiência das intervenções do sistema de saúde será fundamental para evitar o desperdício dos recursos na prestação dos cuidados de saúde.
- Qualidade dos cuidados de saúde, entendida como que as tecnologias e os procedimentos utilizados devem ser seguros para não pôr em risco os efeitos e ganhos terapêuticos

benéficos. A biossegurança é dum elemento estratégico importante para assegurar a qualidade dos cuidados de saúde.

- Correspondência, entendida como a capacidade dos sistemas de saúde de responder adequadamente aos problemas de saúde prevalentes.

A consolidação do processo de descentralização e desconcentração administrativa deve reflectir-se no sector de saúde pelo aumento progressivo da autonomia do sistema municipal de saúde, base dos SNS.

Ao Nível do Ministério da Saúde

No processo de descentralização, o MINSA deve manter as suas responsabilidades como sector nacional que responde em primeira instância aos problemas de saúde da população. Assim, o sector ao nível nacional ou central deve manter e melhorar o desenvolvimento sanitário e do sistema nacional de saúde, estabelecendo e vigiando o cumprimento das normas legais e técnicas de organização funcionamento e gestão do sistema de saúde; da população e utilização dos recursos humanos em saúde; da produção ou aquisição de tecnologias de saúde; da equidade e qualidade dos cuidados de saúde, da informação e investigação em saúde; da liderança e boa governação da saúde.

Cada província será organizada de modo que gradualmente se torne auto-suficiente para prestação de serviços e cuidados de saúde especializados e terciários essenciais, aumentando a acessibilidade geográfica. Tendo em conta a referida acessibilidade, o sistema de referência deverá considerar abordagens específicas para algumas assimetrias geográficas existentes em relação aos hospitais de referência a serem utilizados para algumas unidades de segundo e primeiros níveis⁵⁵.

⁵⁵ Os hospitais municipais de Xá-Muteba (Lunda-Norte) e de Mussende (Kwanza-Sul) tem maior acessibilidade ao hospital de Malange que aos hospitais gerais de Dundo ou do Sumbe, enquanto um paciente do município do Sumbe tem acessibilidade do hospital geral de Benguela. Idem.

Os utentes⁵⁶ a todos os níveis devem ser envolvidos na gestão das unidades de prestação de cuidados de saúde como forma de assegurar que sejam satisfeitas as expectativas da população em relação a equidade, qualidade e justo financiamento, tornando a gestão sanitária a mais participativa e transparente possível. A monitorização e avaliação do desempenho do sistema de saúde deverão também contar com a participação activa dos utentes, particularmente dos grupos mais vulneráveis da população.

Para garantir o direito à saúde e o acesso aos cuidados de saúde, de uma forma abrangente e visando uma cobertura universal, serão definidos pacotes essenciais de intervenção para todos os níveis do sistema de saúde (Nacional, Provincial e Municipal).

Os recursos humanos em saúde, bem como as tecnologias, serão produzidos, adquiridos e capacitados em função dos perfis necessários à provisão dos pacotes essenciais de intervenção de saúde para cada nível de prestação de cuidados de saúde.

A organização dos serviços de prestação de cuidados de saúde deve, em todas as circunstâncias, privilegiar a acessibilidade de todos pacotes essenciais de intervenção de saúde. Também, a mesma organização deve assegurar que os cuidados de saúde prestados, a qualquer nível do sistema de saúde, respondam às normas de qualidade de um padrão elevado e aceitável.

As parcerias na prestação dos cuidados de saúde serão incentivadas procurando, na medida do possível, que as comunidades, as confissões religiosas e a sociedade civil assumam cada vez mais iniciativas na promoção, preservação e recuperação da saúde.

Com o sector privado lucrativo de prestação de cuidados de saúde, mecanismos de articulação devem ser identificados para assegurar a complementaridade necessária bem como o aumento de acessibilidade dos serviços do sector privado lucrativo a todas as camadas da população, sobretudo as mais vulneráveis.

Os valores positivos da medicina tradicional serão enquadrados e integrados no sistema de saúde, valorizando e promovendo os aspectos culturais, que de algum modo contribuam para acelerar a resolução dos problemas de saúde da população.

⁵⁶ Entende-se por utentes do sistema nacional de saúde, os consumidores e prestadores de serviços de saúde. Idem.

A investigação da farmacopeia tradicional angolana, será encorajada para beneficiar a produção local de tecnologias de saúde.

Recursos Humanos em Saúde (RHS)

O sistema de saúde em Angola sofre uma insuficiência quantitativa e qualitativa de recursos humanos, o que condiciona o alcance dos objectivos da PNS e, conseqüentemente, a consecução dos ODM. A crise em recursos humanos é acentuada para os médicos, tanto de clínica geral bem como especialistas, tal como de técnicos de diagnóstico e terapêutica e outro pessoal de apoio técnico especializado.

Assim, a população local de recursos humanos em saúde deve ser revista no mais curto prazo, com vista a criação de condições para o seu aumento significativo. A médio prazo, a produção local desta força de trabalho deve alcançar a auto-suficiência nacional e a longo prazo para a região.

Recorrer-se-á à contratação da força de trabalho estrangeira para suprir carência de profissionais de saúde cujo trabalho tenha um impacto significativo no aumento quantitativo da prestação de cuidados de saúde de qualidade bem como na formação de homólogos Angolanos.

A formação permanente dos recursos humanos em saúde deve continuar como a ferramenta principal para a adequação constante dos profissionais de saúde à evolução das ciências e tecnologias de saúde.

A dignificação dos profissionais de saúde, tanto pelas condições sociais como laborais, deve constituir um imperativo do desenvolvimento sanitário para, por um lado, incentivá-los para um melhor desempenho da sua função e, por outro, suscitar as vocações necessárias para motivar o ingresso massivo para as instituições de formação em saúde.

A desigualdade na distribuição geográfica dos recursos humanos em saúde deve ser corrigida com as medidas e mecanismos que incentivem a sua disponibilidade em trabalhar para a população mais vulnerável e em qualquer ponto do território nacional.

A gestão dos recursos humanos em saúde deve visar a correcção das desigualdades existentes, garantindo uma mobilidade de profissionais que evitem acentuar as assimetrias.

Para o efeito e no contexto da descentralização, uma base de dados de profissionais de saúde deverá ser instituída e operacionalizada no âmbito do sistema integrado nacional de gestão dos recursos humanos bem como do sistema de informação de saúde.

Medicamentos, Infra-estruturas e Tecnologias de Saúde

Os recursos físicos como medicamentos, infra-estruturas e outras tecnologias são importantes instrumentos para assegurar a provisão dos cuidados de saúde. A disponibilidade dos recursos físicos das mais avançadas tecnologias consoante o nível de prestação dos cuidados de saúde é uma premissa essencial para garantir a qualidade dos serviços de saúde.

Assim, o Estado compromete-se em assegurar a disponibilidade dos recursos físicos dos sistemas da saúde nos limites das suas capacidades

No domínio dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos, a principal prioridade reside na adopção de legislação e normas técnicas de regulamentação da produção, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização racional de medicamentos bem como a fiscalização das actividades farmacêuticas, com vista a garantir medicamentos e produtos farmacêuticos seguros e a preços acessíveis à toda a população.

A política nacional farmacêutica (PNF) deve promover o uso de genéricos e incentivar a produção local de medicamentos essenciais e de produtos farmacêuticos para auto-suficiência do mercado nacional, com a qualidade necessária para a competitividade da indústria nacional ao nível regional e internacional.

A aquisição de medicamentos e produtos farmacêuticos, com a prioridade a ser preferencialmente concedida aos da produção da indústria local, deve obedecer aos pacotes essenciais de intervenções de saúde e a consequente lista nacional de medicamentos essenciais.

As normas técnicas de aquisição devem preconizar a utilização de mecanismos de compras agrupadas nacionais que ajudem a realizar a economia de escala que deve se reflectir no preço único e uniforme em todo o território nacional para o consumidor final.

Também, as normas técnicas devem assegurar a execução de processos de aquisição e transporte de medicamentos e produtos farmacêuticos, cuja qualidade esteja de acordo com os padrões internacionalmente estabelecidos.

A fixação do preço do medicamento, embora respeitando as regras de uma economia de mercado, deve ser regulada de forma a preservar a acessibilidade dos mesmos a todos os necessitados, evitando tornar os custos de saúde insuportáveis para os agregados familiares, sobretudo para as camadas populacionais mais pobres.

Particular atenção deve ser dedicada aos medicamentos e produtos farmacêuticos de grupos vulneráveis como a mulher, a criança, o idoso, portadores de doenças crónicas e incapacitantes, identificando mecanismos que assegurem a continuidade dos cuidados de saúde, mesmo em caso de pobreza. Os medicamentos, produtos farmacêuticos e outros meios para o controlo das grandes endemias devem também merecer a devida atenção para a sua acessibilidade para todos.

Na aplicação do princípio da comparticipação da população nos custos de saúde deve ser acautelado e salvaguardado o direito dos cidadãos à assistência médica e medicamentosa à luz dos direitos humanos, preservando-se igualmente os eventuais constrangimentos à prestação contínua de cuidados de saúde integrados.

As despesas públicas com medicamentos e produtos farmacêuticos são ainda aquém do mínimo para garantir a permanente disponibilidade para todos. O Estado compromete-se em aumentar progressivamente, sem ruptura do equilíbrio macroeconómico, os recursos para os medicamentos, produtos farmacêuticos e outras tecnologias indispensáveis à implementação das intervenções da saúde.

O adequado armazenamento constitui uma condição incontornável para a preservação da qualidade dos medicamentos e produtos farmacêuticos. A criação de condições apropriadas de armazenamento, a todos os níveis do sistema de saúde, deve ser um imperativo no quadro de previsão de medicamentos e produtos farmacêuticos de qualidade à população.

Um sistema nacional de distribuição de meios médicos deve ser estabelecido, integrando a rede de armazéns ou depósitos nacionais, regionais, provinciais e municipais com vista a garantir a disponibilidade e o acesso de toda a população aos medicamentos e produtos farmacêuticos essenciais, seguros, eficazes, de boa qualidade e aos mais baixos custos possíveis.

Com vista a racionalizar os abastecimentos às unidades sanitárias do SNS, o sector de saúde vai promover a sua padronização através de listas adequadas de medicamentos, produtos farmacêuticos essenciais e tecnologias compatíveis com o pacote de serviços prestados e o nível dos prestadores.

O uso racional de medicamentos deve ser incluso nos currículos de formação em saúde a todos os níveis do sistema de saúde e na formação permanente de todos os profissionais de saúde, promovendo o uso de medicamentos genéricos.

O controlo de qualidade de medicamentos e produtos farmacêuticos deve ser uma exigência permanente identificando os mecanismos necessários para alcance deste fim. Devem ser criadas condições para a realização de exames de controlo de qualidade de medicamentos ao nível nacional.

Os equipamentos médicos e não médicos, incluindo os meios de transportes e de comunicação, devem coadunar-se às exigências da prestação de serviços e cuidados de saúde. Um sistema de manutenção deve ser estabelecido para aumentar a eficiência e o tempo de vida das tecnologias.

Uma atenção será dedicada aos meios de transportes, em especial de assistência de emergência e para o alcance das populações que não beneficiam ainda de cobertura sanitária. Na atribuição de meios de transporte aos diferentes níveis, uma diferenciação deve ser feita entre os que servem para o apoio clínico (ambulâncias, clínicas móveis, etc.) e os de apoio aos serviços de saúde.

Financiamentos da Saúde

O financiamento sustentável do sistema de saúde é uma condição “*sine qua non*” para o alcance dos objectivos da PNS. Assim, o Estado, como garante do bem-estar da população, deve conceber e executar políticas macroeconómicas que assegurem a continuidade e a sustentabilidade financeira das intervenções da saúde.

De acordo com os compromissos regionais⁵⁷ e internacionais já assumidos, o Estado vai aumentar progressivamente a proporção do orçamento geral dedicado à função saúde, passando dos actuais 3,5 – 8% até pelo menos 15%. O aumento do orçamento da função saúde será faseado, até a um nível sustentável de financiamento.

O aumento exigirá uma monitorização rigorosa da aplicação dos fundos bem como de uma avaliação regular do desempenho do sistema de saúde. As contas nacionais de saúde (CSD) e as despesas públicas da função saúde, devem ser regularmente realizadas, velando pelo justo financiamento da saúde pelos agregados familiares.

De realçar que as intervenções da função saúde serem financiadas no OGE devem ser devidamente identificadas e adequadas para permitir uma compatibilidade regional ou internacional aceitável do orçamento da função saúde.

A comparticipação financeira dos utentes nos custos dos cuidados de saúde deve ser efectivada através de mecanismos que proíbam os pagamentos directos ou ao acto nas instituições públicas ou subvencionadas de prestação de cuidados e para os casos dos cuidados de emergência nas instituições privadas.

Assim, a comparticipação financeira dos utentes nos custos de saúde, que deve preservar a equidade no acesso aos cuidados de saúde, será aplicada em modalidades de pré-pagamento⁵⁸ incentivando deste modo, o estabelecimento de um cartão de utente e a

saúde. A mesma recomendação foi realçada na 3ª sessão dos Ministros da Saúde da União africana, realizada em Joanesburgo de 10 a 13 de Abril de 2007. Idem.

⁵⁸ Citando: OMS/AFRO: Financiamento de Saúde: Estratégia para a Região Africana, 56ª Sessão do Comité Regional, Addis Abeba, Etiópia, 28 de Agosto – 1 de Setembro⁵⁸ Citando: A cimeira dos Chefes de Estado e de Governo de Abuja (Nigéria), em 2001, sobre VIH/SIDA, malária, tuberculose e outras doenças infecciosas relacionadas recomendou um mínimo de 15% do orçamento geral dos países africanos para a ro de 2006 (AFR/RC56/10). Idem.

contratação de serviços de saúde, evitando as catástrofes financeiras para os agregados familiares devidas as despesas imprevistas em saúde.

Para financiamento do desenvolvimento sanitário, taxas saúde adicionais serão instituídas sobre a importação, processos produtivos ou produtos locais de reconhecida nocividade sobre a saúde e/ou o meio ambiente.

O financiamento externo da saúde deve sempre concorrer para o reforço dos mecanismos institucionais de financiamento de saúde, evitando, na medida do possível, o estabelecimento de mecanismos paralelos ou concorrentes aos nacionais. Assim, os mecanismos institucionais de financiamento de saúde e de aquisição dos recursos para o sistema de saúde devem assegurar a imputabilidade e a transparência necessárias para suscitar a confiança dos parceiros da comunidade internacional.

Na distribuição dos recursos financeiros na hierárquica de prestação de cuidados de saúde, o nível dos cuidados primários de saúde e da saúde comunitária deve beneficiar de recursos financeiros essenciais para a prestação do pacote essencial de intervenções de saúde correspondente a este nível, procurando corrigir os desequilíbrios existentes a favor do sector hospitalar.

Para o efeito, o financiamento da saúde deve promover o aumento de eficiência do sistema de saúde, garantindo uma distribuição geográfica de recursos financeiros de acordo com critérios claros e transparentes de atribuição de recursos a todos os níveis do sistema de saúde.

Sistema de Informação de Saúde (SIS)

As decisões no processo de gestão do sistema de saúde devem estar baseadas em dados factuais. O sistema de informação de saúde (SIS) deve ser fortalecido para disponibilizar a informação sanitária de rotina necessária à tomada de decisões atempadas a todos os níveis do sistema de saúde.

O nível municipal de saúde deve estar dotado de tecnologias de comunicação que permitam a recolha e o devido tratamento e utilização da informação sanitária, constituindo a base da

rede provincial e nacional da informação em saúde. Todos os profissionais de saúde devem ser capacitados para a recolha, análise e utilização da informação sanitária.

O sistema integrado de informação de saúde deve assegurar um fluxo permanente de informação da base ao topo do sistema de saúde, com o devido feedback do nível central e intermediário ao nível informante.

Investigação em Saúde

A pesquisa ou investigação em saúde será a ferramenta principal para gerar os conhecimentos sobre o sistema e os problemas de saúde e outras informações que não forem disponibilizados pelo sistema de informação de saúde de rotina.

Em todas as investigações envolvendo seres humanos, as regras de ética devem ser rigorosamente observadas. As investigações promovidas pelas instituições estrangeiras devem também merecer a aprovação das instituições competentes do ponto de vista ético e científico dos países das referidas instituições, podendo ser realizadas em Angola desde que os interesses nacionais sejam salvaguardados.

A pesquisa em saúde deve ser incentivada e beneficiará de uma porção aceitável, na ordem dos 2% de recursos financeiros dedicados à função saúde, procurando fortalecer ou criar os mecanismos institucionais necessários para motivar os profissionais de saúde e estudiosos de outros ramos de ciências para participarem activamente neste domínio.

Liderança e Governança

A liderança e governança na saúde jogam um papel fundamental na consecução dos objectivos da PNS e do melhor desempenho do sistema de saúde. Tendo em conta que a maioria dos determinantes de saúde estão fora de controlo do sector da saúde, o envolvimento de todo o Estado, representado pelas suas instituições como os poderes legislativo, executivo e judicial, deve resultar no desempenho de um papel de liderança de modo a garantir os máximos benefícios de saúde.

Para o efeito, o Estado, a todos os níveis, deve assegurar “uma gestão cuidadosa e responsável do bem-estar da sua população” e este dever constitui a “essência de uma boa governação⁵⁹”.

Assim, o Estado deve, no processo tocante à criação e preservação de um contexto geral favorável à saúde e bem-estar da população, definir políticas e estratégias de desenvolvimento socioeconómico sustentável, principalmente viradas para o combate da pobreza e aumento do bem-estar da população.

O Governo deve assegurar, através de mecanismos apropriados, a coordenação dos diferentes actores do sistema nacional de saúde e a definição de mecanismos institucionais para garantir os recursos necessários e um financiamento sustentável bem como a regulamentação, fiscalização, monitorização e avaliação do desempenho do sistema de saúde.

O Governo deve velar também pela coordenação e estabelecimento de parcerias estratégicas, num contexto de reforço da democracia e de boa governação, para o desenvolvimento do sistema de saúde, mantendo a agenda do desenvolvimento sanitário dentro das prioridades efectivas do desenvolvimento nacional.

Para além da liderança e governação fora do sistema de saúde acima referenciadas, é importante que o Ministério da Saúde seja dotado de autoridade suficiente para o cumprimento do seu papel de órgão reitor do sistema nacional de saúde, assegurando a intersectorialidade das intervenções de saúde no concernente à prestação de serviços e cuidados de saúde, à produção dos recursos de saúde e ao justo financiamento da saúde.

REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E INFANTIL BEM COMO A MORBILIDADE E MORTALIDADE POR DOENÇAS PRIORITÁRIAS

Intervenções Prioritárias Para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil

⁵⁹ OMS: Relatório sobre a Saúde no Mundo 2000: “melhorando o desempenho dos sistemas de saúde” (Health Systems: Improving Performance), Genebra 2000.

Tendo em conta os principais problemas de saúde da população, os pacotes essenciais de intervenções de saúde prioritárias serão relacionadas com a redução da mortalidade materno-infantil e o controlo da doença.

Na redução da mortalidade materno-infantil, as intervenções serão orientadas para o incremento do acesso e a melhoria dos serviços dos cuidados primários de saúde, promovendo acções de saúde de base comunitária e envolvendo os indivíduos e as famílias na demanda e na gestão da prestação dos serviços e cuidados de saúde. As acções de saúde reprodutiva bem como de assistência integrada às doenças de infância (AIDI) devem ser intensificadas.

No âmbito da estratégia de assistência integrada às doenças da infância (AIDI), uma especial atenção deve ser dedicada as doenças diarreicas e respiratórias agudas e a malnutrição.

As doenças imuno-preveníveis, apesar do aumento da cobertura de vacinação, continuam a contribuir para o fardo da doença sobretudo em crianças. O sistema de saúde deve ser organizado e reforçado para o aumento da acessibilidade a vacinação de rotina das crianças, aproveitando todas oportunidades de contacto da população com os serviços de saúde.

Intervenções Prioritárias Para a Redução da Morbilidade e Mortalidade Por Doenças Prioritárias

As acções preventivas e a cobertura do diagnóstico e tratamento padronizado e correcto da malária, do VIH/SIDA, da tuberculose, da doença do sono serão ampliadas. O estabelecimento de um sistema de referência e contra-referência, bem como a optimização dos serviços de cuidados obstétricos e pediátricos essenciais serão metas a alcançar.

A disponibilidade contínua de medicamentos essenciais, vacinas, reagentes e outros materiais indispensáveis será assegurada a todos os níveis. Será também melhorado o sistema de informação, monitorização e avaliação da saúde.

Nas acções de luta contra a doença, intervenções prioritárias serão direccionadas para o controlo das principais endemias, nomeadamente o VIH/SIDA, malária, tuberculose,

Tripanossomiase ou doença do sono, assim como as doenças imunopreveníveis, como o sarampo, tétano neo-natal e a poliomielite.

As doenças não transmissíveis, cuja contribuição para o fardo da doença vem crescendo, bem como a malnutrição, serão objecto de intervenções apropriadas a partir do nível de saúde comunitária até ao nível de cuidados terciários.

O controlo das ITS/VIH/SIDA, pelo seu impacto em todas as esferas da vida de um indivíduo, da família, da comunidade e da nação, precisa de uma atenção particular com as intervenções multisectoriais direccionadas para dois principais objectivos que são: o fortalecimento da capacidade de resposta nacional para o combate à epidemia de VIH.

Em todos os contactos entre o sistema de saúde e os utentes⁶⁰, deve ser proposto o teste do VIH, criando as condições necessárias para a realização deste importante acto para o controlo da infecção, primeiro passo para um controlo eficiente da pandemia. O acesso universal ao aconselhamento e ao tratamento com os Anti-retrovirais (ARVs), o apoio psico-social e a luta contra o estigma, a discriminação e respeito dos direitos humanos das pessoas afectas são os pilares basilares das estratégias de controlo da infecção pelo VIH.

A luta contra malária, pelo fardo que representa a doença ao nível nacional, constitui uma das principais intervenções no âmbito da luta contra a doença, devendo ser realizada de uma forma abrangente e com um forte componente de saúde comunitária.

A prevenção da malária, que assenta no saneamento de meio, na luta anti-vectorial (LAV) e na quimioprofilaxia para os grupos mais vulneráveis, constitui um dos principais eixos para o controlo da endemia. As capacidades institucionais devem ser reforçadas para o diagnóstico precoce e tratamento correcto dos casos. O tratamento deve ser baseado nas mais avançadas tecnologias disponíveis.

Para a tuberculose (TB), doença reemergentes, com o aumento da infecção pelo VIH, o DOTS permanece a estratégia de eleição para o controlo, devendo ser reforçadas as

⁶⁰ A OMS e a ONUSIDA recomendam a abordagem “*Opt out*” para a realização da testagem para o VIH. Todos os utentes que recorrem aos serviços de saúde devem ser feita a proposta de teste do VIH independentemente dos seus sintomas e as razões que lhes levaram procurar os cuidados de saúde: Guidelines for HIV testing, 30 Maio 2007, Genebra

capacidades institucionais para a prevenção da doença, bem como do diagnóstico ao nível da comunidade e de todas as unidades sanitárias.

A Tripanossomiase humana africana (THA) ou doença do sono ameaça cerca de um terço da população do país. A prospecção activa para o diagnóstico precoce, estratégia de base para o combate e controlo da doença do sono, deve ser incrementada para atingir e manter um nível de cobertura não inferior à 80% da população de risco com vista a acelerar a eliminação da doença. A luta antivectorial (LAV) é fundamental para a redução do contacto do vector.

No entanto, Angola já atingiu o nível de eliminação da lepra, mas deve ser intensificado o controlo da doença nas áreas do país que apresentam ainda uma prevalência elevada.

No que concerne às outras endemias, como a shistosomíase e a oncocercose, às medidas de capacitação dos serviços de saúde e da comunidade para uma melhor implementação das intervenções de saúde específicas devem ser reforçadas.

As doenças potencialmente epidémicas como as febres hemorrágicas virais, a febre-amarela, meningite entre outras devem merecer uma vigilância epidemiológica cerrada e estabelecimento de capacidade laboratorial para o diagnóstico precoce, medidas incluídas dentro dos planos de contingência para a resposta imediata. Igual tratamento, devem, merecer as doenças emergentes e reemergentes como as febres hemorrágicas por vírus, síndrome respiratória aguda grave (SARS), gripe das aves, (H1N1), etc.

A saúde mental deve merecer a devida atenção pela magnitude que as perturbações mentais tendem a atingir nas sociedades em profunda mutação com Angola.

Políticas de combate ao abuso e uso de substâncias psicoactivas devem ser estabelecidas para reduzir o impacto das referidas substâncias sobre a saúde da população.

A promoção da saúde deve ser intensificada para a mudança de comportamentos e adopção de estilos de vida saudável.

A vigilância epidemiológica, à semelhança da promoção da saúde, deve ser intensificada e as condições para a realização no país da investigação científica necessária devem ser criadas.

Promoção e Preservação de um Contexto Geral e de Um Meio Ambiente Propícios à Saúde

A maioria dos determinantes da saúde, tais como as condições socioeconómicas, culturais e ambientais, estão fora do controlo do sector da saúde, mas, com forte impacto no desempenho do sistema de saúde.

Contribuição Para um Desenvolvimento Nacional Sustentável

A Política Nacional de Saúde, como componente da política geral do desenvolvimento socioeconómico, concorre na interacção com as políticas de outros sectores no desenvolvimento nacional sustentável, no aprofundamento da democracia e na consolidação da boa governação, factores conducentes à melhoria e preservação de um contexto geral de Paz, segurança e reconciliação nacional, benéfico ao desenvolvimento sanitário, à melhoria do estado de saúde e ao bem-estar da população.

Combate à Pobreza

A implicação do sector da saúde e de todos os sectores públicos na implementação da estratégia de combate à pobreza com o objectivo de aumentar a renda nacional e assegurar a sua distribuição equilibrada deve ser um imperativo para o desenvolvimento nacional sustentável.

Os investimentos públicos nas infra-estruturas devem ser considerados como uma acção concreta para o desempenho económico e a redução da pobreza. No mesmo sentido, a luta contra exclusão social e o desemprego, pelas suas consequências sobre a saúde e o bem-estar, devem ser privilegiadas.

Adopção de Estilos de Vida Favoráveis à Saúde

Os sectores da educação, agricultura, comunicação social, desporto e juventude devem promover a adopção de estilos de vida favoráveis à saúde, como: actividade física regular, alimentação equilibrada, redução das situações de stress. A comunicação social é um instrumento de promoção e informação da população.

Os sectores da educação e da comunicação social em parceria com o sector da saúde, devem promover acções dirigidas para os jovens com objectivo de reduzir os comportamentos de risco (tabaco, álcool, droga, sexo inseguro, velocidade no trânsito, etc.). Estratégias concretas devem ser elaboradas utilizando-se os *media* para procurar mais eficiência.

Melhoria do Meio Ambiente e do Acesso a Água

O meio ambiente, como o estilo de vida constitui, em grande medida, a razão de ser um elevado fardo de doenças que afecta a população. O sistema de saúde, interagindo com os sectores afins, deve incentivar e promover as intervenções que concorrem para a melhoria progressiva do meio ambiente e para a adopção de estilos de vida favoráveis à saúde.

Os sectores dos transportes e da indústria assim como do social e do trabalho e afins, devem incentivar e promover as intervenções que concorrem para “a melhoria progressiva do meio ambiente e a melhoria das condições de trabalho”.

O sistema da saúde deve também contribuir, com uma população saudável e plenamente activa, no aumento da renda nacional e, conseqüentemente no combate à pobreza num contexto de distribuição equilibrada da renda nacional.

No âmbito da monitorização e avaliação do desempenho do sistema de saúde deverá ser instituído um mecanismo institucional para vigilância e monitorização dos determinantes de saúde.

Capacitação dos Indivíduos, das Famílias e Comunidades Para a Promoção e Protecção da Saúde

A promoção e protecção da saúde necessitam do envolvimento dos indivíduos, das famílias e das comunidades para a obtenção de resultados tangíveis e sustentáveis no processo de desenvolvimento sanitário.

O sistema de saúde deve assim capacitar e empoderar os indivíduos, as famílias e as comunidades, reforçando também a organização e gestão das estruturas comunitárias e a interacção com as estruturas de prestação de serviços de saúde, promovendo um espírito de parceria que deve ser o mais abrangente possível com a inclusão de todas as forças vivas de cada comunidade.

A partilha da informação e de experiências entre as estruturas de prestação de cuidados de saúde e os indivíduos, as famílias e as comunidades são de importância capital para a participação efectiva da comunidade nos programas de saúde, devendo ser uma ferramenta essencial das interacções entre o sistema de saúde e a comunidade. Para isso, devem ser usados todos os meios de comunicação disponíveis, desde os massivos aos inter-pessoais, e devem ser elaboradas estratégias de comunicação que usem estes meios de forma integrada.

As abordagens sobre a participação e envolvimento dos indivíduos, das famílias e das comunidades devem ser aperfeiçoadas, aumentando cada vez mais o grau de envolvimento comunitário na concepção de políticas, no planeamento, implementação, monitorização e avaliação das intervenções de saúde.

Os benefícios de uma participação efectiva da mulher no desenvolvimento sanitário são reconhecidos principalmente para a saúde da criança. O sistema de saúde deve promover e incentivar o envolvimento da mulher na totalidade do processo de concretização das intervenções de saúde.

QUADRO DE EXECUÇÃO

A PNS será implementada através de sucessivos planos nacionais de desenvolvimento sanitário. O Estado, através das suas instituições e órgãos, os indivíduos, as famílias, as comunidades e outros actores nacionais e da comunidade internacional do desenvolvimento sanitário são parceiros na implementação da PNS.

Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) é instrumento de execução da PNS.

Os PNDS serão baseados nas orientações estratégicas definidas na PNS e conformados, na sua implementação, com os mecanismos de execução dos programas do Governo e dos Orçamentos Gerais do Estado.

A responsabilidade de conduzir a implementação da PNS, através dos PNDS e planos anuais cabe ao Governo que se encarrega também de mobilizar e disponibilizar os recursos necessários para o alcance das metas e dos objectivos do PNDS.

Parcerias para a implementação da PNS

O Estado, como garante do direito à saúde, deve desempenhar o papel de liderança, através das suas instituições e órgãos, do processo da implementação da PNS, criando e preservando um contexto geral e um meio ambiente favoráveis ao desenvolvimento sanitário.

As instituições e os órgãos aos diferentes níveis da hierarquia do Estado devem jogar um papel de complementaridade e de sinergia na implementação das intervenções de saúde.

As Universidades e outras instituições da ciência, enquanto fontes do Saber, devem apoiar a PNS através de pesquisas e formação de quadros capacitados para a resolução dos problemas de saúde.

O sector privado, lucrativo ou não, deve complementar a acção do Estado, orientando as suas actividades com base na presente PNS.

Os indivíduos e as famílias são os actores principais do desenvolvimento sanitário sendo os parceiros privilegiados do Estado no processo de implementação da PNS.

A sociedade civil e as organizações comunitárias, como formas de organização dos indivíduos e das famílias, gozam das mesmas prerrogativas que estes últimos no processo de desenvolvimento sanitário.

A comunidade internacional, para além do contínuo apoio técnico, é chamada a continuar a mobilizar os recursos adicionais para aceleração do processo de desenvolvimento sanitário.

Um mecanismo institucional de coordenação da implementação, do género de uma Comissão Nacional de Desenvolvimento Sanitário (CNDS), sob a autoridade directa do Chefe de Governo e dos Governadores das províncias, será estabelecido.

MECANISMOS DE MONITORIZAÇÃO E DE AVALIAÇÃO

As metas constantes dos Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário concorrem para o cumprimento dos compromissos nacionais e internacionais assumidos, principalmente, os de estratégias de desenvolvimento sustentável a longo prazo de Angola para o ano de 2025 e os objectivos de desenvolvimento do milénio (ODM). Consoante os cenários de desenvolvimento nacional, procurar-se-á, na medida do possível, visar metas ambiciosas num espírito de aceleração do processo de desenvolvimento nacional.

Os indicadores⁶¹ de base espelhados na análise de situação, que servirão de referência para a monitorização e avaliação dos processos realizados com a implementação da PNS, são de facto, muito críticos e constituem um desafio para todos os Angolanos com vista a conseguir alcançar metas que catapultem o país para altos níveis de desenvolvimento sustentável. O sistema de informação sanitária (SIS) e a investigação operacional serão melhorados e

⁶¹ Os indicadores da PNS são os oficiais publicados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) obtidos a partir do MICS (2001), que provavelmente não reflectem a situação presente, mas servem de marcos para o longo caminho do desenvolvimento sanitário.

reforçados para permitir uma recolha de dados que possibilitem a monitorização, identificação de constrangimentos e a tomada de decisões atempadas para a correcção de possíveis distorções e desvios na implementação da PNS.

Os sectores e instituições do governo, bem como os parceiros nacionais e internacionais, vocacionadas para a monitorização e avaliação do desenvolvimento, serão intimamente associados ao processo de monitorização e avaliação da PNS, através de mecanismos nacionais específicos. Relatórios consensuais serão publicados e divulgados sobre progressos realizados no domínio do desenvolvimento sanitário e dos objectivos da PNS:

Uma instituição afecta ao poder legislativo do governo, uma Alta Autoridade do Desenvolvimento Sanitário (AADS), deverá ser estabelecida para monitorar e avaliar os processos realizados na implementação da PNS, formulando as recomendações necessárias para ultrapassar possíveis constrangimentos.

Conclusão

O estado de saúde de uma população não depende somente do sistema de saúde mas da conjugação de vários factores, alguns dos quais relacionados com outros sistemas tal como da educação e do meio ambiente, entre outros.

Como os processos das nações são melhor avaliados na melhoria do bem-estar das populações que nas medições elaboradas com as transacções monetárias⁶², é importante que com a implementação da PNS, o processo de desenvolvimento nacional procure conjugar, com a eficiência necessária, o binómio saúde e riqueza para uma vida saudável para todos os Angolanos.

⁶² Amartya Kumar Sen: development as freedom, Oxford University Press, 1999. Idem.

Exmo. Senhor Ministro da Saúde de República de Angola

Dr. José Van-Dúnem

Luanda – Angola

Assunto: Pedido de Documentação para Monografia de Mestrado em Administração Hospitalar.

Respeitosos cumprimentos,

Excelência,

Armindo José Queza, de nacionalidade angolana, inscrito no ciclo de estudos integrado conducente ao grau de mestrado em Administração Hospitalar e tomada de decisão em saúde, no Serviço de Bioética e Ética Médica da faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Vem pela presente solicitar ao Senhor Ministro para que lhe seja facultado a bibliografia necessária para as pesquisas para a elaboração da monografia sobre:

- Sistema de Saúde angolano;
- Políticas de Saúde em Angolano;
- Leis de Base sobre a Regulamentação dos Serviços de Saúde;
- Estatísticas sobre o Orçamento da Saúde nos últimos 34 anos;

E demais documentação que Vossa Excelência julgar útil para as pesquisas.

Porto, 02 de Dezembro de 2009.-

Atenciosamente,

Armindo José Queza.

 REPÚBLICA DE ANGOLA Ministério da Saúde Gabinete do Ministro	
ENTRADA	
N.º	5081
DATA:	15/12/09
ASS.	André