



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO 2012 - 2025



Mais e Melhor Saúde.

VOLUME 2



JANEIRO / 2015



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO **2012 - 2025**

Mais e Melhor Saúde.

VOLUME 2

JANEIRO / 2015

Preâmbulo

José Eduardo dos Santos
PRESIDENTE DA REPÚBLICA DE ANGOLA

Apresentação

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012-2025, elaborado por uma Comissão Multisectorial, criada por iniciativa Presidencial, através do Despacho Presidencial nº 84/11 de 27 de Outubro, é um instrumento estratégico-operacional destinado à materialização das orientações fixadas na Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo “Angola 2025” e na Política Nacional de Saúde, no âmbito da reforma do Sistema Nacional de Saúde.

A elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025, surge num contexto de estabilidade política, de crescimento socioeconómico e de consolidação da democracia, enquadrando-se como um pilar fundamental no processo de desenvolvimento sustentável em curso no País.

O Executivo angolano tem empreendido esforços consideráveis para melhorar os indicadores económicos e sociais do País, incluindo a consolidação do direito à saúde consagrado na Constituição.

Os avanços alcançados manifestam-se, de forma notável, através da melhoria de alguns indicadores de impacto, tais como a redução da mortalidade materna e infantil e o aumento da esperança de vida.

Verifica-se que o acesso aos serviços de saúde aumentou paralelamente ao crescimento da rede sanitária, à formação de novos quadros profissionais e ao reforço da capacidade institucional a todos os níveis do Sistema Nacional de Saúde.

Contudo, os desafios são enormes, principalmente nas áreas rurais, onde os indicadores de saúde são significativamente mais baixos do que nas áreas urbanas.

A visão do PNDS configura a saúde como um factor incontornável do desenvolvimento global do País e da justiça social, promovendo o acesso universal aos cuidados de saúde, assegurando a equidade na atenção, melhorando os mecanismos de gestão e de financiamento do Sistema Nacional de Saúde, oferecendo serviços de qualidade, oportunos e humanizados, na perspectiva do combate à pobreza e reforço do bem-estar.

Este primeiro Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário atribui ao sector da saúde a magna responsabilidade de traduzir de forma clara, concreta e eficiente, em colaboração com os outros sectores influentes, as orientações e estratégias do Executivo para a Saúde, para os próximos catorze anos.

O PNDS apresenta objectivos ambiciosos em todos os domínios do Sistema Nacional de Saúde, incluindo o reforço da luta contra as doenças prioritárias, que enquadram actualmente as doenças transmissíveis e as crónicas não transmissíveis, a atenção à mãe e à criança, a melhoria da proximidade dos serviços, bem como das capacidades de referência dos casos complicados.

Um esforço de melhor organização, responsabilização e procura de resultados, será exigido para criar as bases de um desenvolvimento sanitário sustentável. O PNDS prevê o reforço do quadro institucional do sector, a procura de formas de financiamento adaptadas às novas necessidades, a dinamização da política de formação de quadros, o estabelecimento duma relação frutífera com o sector privado da saúde e a participação activa das administrações locais, das comunidades e das famílias no processo de melhoria da saúde.

A sociedade angolana, os cidadãos e os sectores sociais e políticos, em particular, são chamados a reforçar o seu envolvimento na promoção de novos hábitos e estilos de vida e na alteração dos determinantes sociais e económicos contra as doenças associadas à pobreza, à exclusão e à ignorância.

A exigência colocada ao PNDS com o estabelecimento de metas, programas e projectos prioritários, operacionalizados em função das necessidades a nível Provincial e Municipal, dá ao PNDS o seu sentido estratégico e constitui elemento motivador para o sector alcançar o objecto do seu contrato social.

O PNDS será traduzido em Planos de Acção Anuais a todos os níveis do sistema. A sua monitorização e avaliação vão estabelecer-se numa linha de base de indicadores de impacto, de cobertura e de resultado para avaliação das metas e dos objectivos preconizados nos seus programas e projectos, nomeadamente no que tange ao alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, em 2015, e do Programa do Executivo, em 2017. Para além disso, no fim do seu período, o PNDS será inevitavelmente sujeito a avaliação técnica e social, sendo retiradas novas lições que permitirão projectar Angola num novo ciclo ainda mais enriquecido.

A todos aqueles que, directa ou indirectamente, contribuíram para a elaboração do presente PNDS, manifesto o agradecimento e reconhecimento, e renovo o convite para ajudarem o PNDS a cumprir a sua missão, com um envolvimento cada vez maior de todos os actores, constituindo-se assim em motores privilegiados da sua operacionalização. Esta é uma exigência do desenvolvimento sanitário e social de Angola na senda do seu futuro.

O PNDS cria oportunidades para fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde, de forma a poder responder com cada vez mais eficiência e eficácia às necessidades das nossas populações, com um propósito comum e uma visão de convergência para que todos juntos façamos mais e melhor pela saúde de todos os angolanos.

Dr. José Vieira Dias Van-Dúnem

Ministro da Saúde

Índice

| | |
|---|-----|
| Preâmbulo..... | 3 |
| Apresentação..... | 4 |
| Abreviaturas..... | 10 |
| Resumo | 17 |
| Estrutura do plano | 25 |
| PROGRAMA DE PREVENÇÃO E LUTA CONTRA AS DOENÇAS..... | 27 |
| Subprograma de doenças transmissíveis..... | 29 |
| Projecto 1: Prevenção e controlo das doenças imunopreveníveis com destaque para a erradicação da Poliomielite | 29 |
| Projecto 2: Prevenção, controlo e eliminação da Malária..... | 36 |
| Projecto 3: Prevenção e controlo do VIH/SIDA e da Sífilis | 42 |
| Projecto 4: Prevenção e controlo da Tuberculose..... | 51 |
| Projecto 5: Prevenção, controlo e eliminação da Tripanossomíase Humana Africana | 58 |
| Projecto 6: Prevenção, controlo e eliminação das doenças negligenciadas | 63 |
| Projecto 7: Prevenção, controlo e eliminação da Lepra | 68 |
| Subprograma de prevenção e resposta às epidemias e emergências de saúde pública | 74 |
| Projecto 8: Prevenção e resposta às epidemias | 74 |
| Subprograma de doenças crónicas e doenças não transmissíveis | 79 |
| Projecto 9: Prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares | 81 |
| Projecto 10: Prevenção e tratamento da doença renal crónica | 86 |
| Projecto 11: Prevenção e tratamento da diabetes mellitus | 91 |
| Projecto 12: Prevenção e tratamento da doença de células falciformes | 96 |
| Projecto 13: Prevenção e tratamento das doenças da nutrição | 101 |
| Projecto 14: Prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dos tumores malignos | 109 |
| Projecto 15: Prevenção e tratamento de doenças buco-oral..... | 118 |
| Projecto 16: Prevenção e tratamento das perturbações da saúde mental..... | 122 |
| Projecto 17: Reabilitação para a pessoa com deficiência sensório-motora..... | 127 |
| Subprograma de atenção específica, para grupos etários da população..... | 134 |
| Projecto 18: Prestação de cuidados de saúde para a sobrevivência materna, neonatal e infantil | 134 |
| Projecto 19: Desenvolvimento de cuidados de saúde promocionais, preventivos e de rastreio a adolescentes | 143 |
| Projecto 20: Prestação de cuidados específicos a adultos maiores de 60 anos..... | 147 |

| | |
|---|-----|
| PROGRAMA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR | 152 |
| Subprograma de promoção para a saúde de hábitos e estilos de vida saudáveis | 154 |
| Projecto 21: Promoção para a saúde e hábitos e estilos de vida saudáveis | 154 |
| Projecto 22: Luta contra o tabagismo em Angola | 161 |
| Projecto 23: Luta contra o alcoolismo | 168 |
| Projecto 24: Luta contra as drogas | 175 |
| Projecto 25: Informação, Educação e Comunicação para Saúde | 183 |
| Projecto 26: Saúde Escolar | 192 |
| Projecto 27: Monitorização dos factores ambientais implicantes na saúde humana..... | 198 |
| Subprograma da operacionalização da prestação de Cuidados Primários e de Serviços de Saúde.... | 202 |
| Projecto 28: Municipalização da atenção primária (cuidados primários) | 203 |
| Projecto 29: Cuidados paliativos e cuidados continuados | 211 |
| Projecto 30: Operacionalização da atenção secundária..... | 214 |
| Projecto 31: Operacionalização da atenção terciária a nível regional e Nacional..... | 221 |
| Projecto 32: Gestão e desenvolvimento do subsistema de saúde privado..... | 229 |
| Projecto 33: Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde | 237 |
| Projecto 34: Medicina tradicional..... | 242 |
| Subprograma de segurança transfusional | 249 |
| Projecto 35: Revitalização do Serviço Nacional de Sangue | 249 |
| Subprograma de gestão e desenvolvimento da rede nacional de laboratórios..... | 255 |
| Projecto 36: Gestão e desenvolvimento da rede nacional de laboratórios | 255 |
| Subprograma de assistência pré-hospitalar | 263 |
| Projecto 37: Gestão e desenvolvimento da assistência pré-hospitalar prestada pelo INEMA | 263 |
| PROGRAMA DE PLANEAMENTO, GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS | 268 |
| Subprograma de planeamento de recursos humanos | 269 |
| Projecto 38: Planeamento de recursos humanos..... | 269 |
| Subprograma de gestão de recursos humanos | 275 |
| Projecto 39: Fixação dos recursos humanos em saúde..... | 275 |
| Projecto 40: Reformulação das carreiras específicas do sector da saúde..... | 279 |
| Projecto 41: Criação e implementação do sistema específico de avaliação de desempenho dos recursos humanos em saúde | 282 |
| Subprograma de desenvolvimento de recursos humanos | 285 |
| Projecto 42: Formação inicial dos recursos humanos em saúde..... | 285 |
| Projecto 43: Especialização pós-média e pós-graduação em ciências da saúde..... | 292 |

| | |
|---|-----|
| Projecto 44: Formação permanente..... | 298 |
| Projecto 45: Formação de promoção | 303 |
| PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE | 307 |
| Subprograma de desenvolvimento da investigação em saúde | 308 |
| Projecto 46: Desenvolvimento da investigação em saúde | 308 |
| PROGRAMA DE GESTÃO E AMPLIAÇÃO DA REDE SANITÁRIA | 313 |
| Subprograma de gestão e ampliação da rede sanitária | 314 |
| Projecto 47: Gestão e ampliação de infraestruturas sanitárias | 314 |
| PROGRAMA DE GESTÃO, APROVISIONAMENTO E LOGÍSTICA, DESENVOLVIMENTO DO SECTOR FARMACÊUTICO, E DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS..... | 321 |
| Subprograma de gestão e desenvolvimento do aprovisionamento e logística..... | 322 |
| Projecto 48: Gestão e desenvolvimento do aprovisionamento e logística | 322 |
| Subprograma de gestão e desenvolvimento do sector farmacêutico..... | 329 |
| Projecto 49: Gestão e desenvolvimento do sector farmacêutico | 329 |
| Subprograma de gestão e desenvolvimento dos dispositivos médicos | 341 |
| Projecto 50: Gestão e desenvolvimento dos dispositivos médicos..... | 341 |
| PROGRAMA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO E GESTÃO SANITÁRIA.... | 347 |
| Subprograma de gestão e desenvolvimento do sistema de informação sanitária | 348 |
| Projecto 51: Sistema de Informação e Gestão Sanitária para o apoio à tomada de decisões estratégicas, e ao planeamento..... | 348 |
| Projecto 52: Melhoria da vigilância integrada das doenças e preparação das respostas a eventuais surtos e epidemias | 353 |
| Projecto 53: Tecnologias de Informação e Comunicação para a Saúde..... | 359 |
| PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO QUADRO INSTITUCIONAL..... | 364 |
| Subprograma da Inspeção Geral de Saúde | 365 |
| Projecto 54: Inspeção Geral de Saúde | 365 |
| Subprograma da reforma legislativa..... | 373 |
| Projecto 55: Reforma legislativa..... | 373 |
| PROGRAMA DE FINANCIAMENTO E SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE | 377 |
| Subprograma de financiamento e sustentabilidade financeira do sistema Nacional de saúde..... | 378 |
| Projecto 56: Sustentabilidade financeira do Sistema Nacional de Saúde | 378 |
| Projecto 57: Gestão financeira do Serviço Nacional de Saúde..... | 385 |
| Projecto 58: Contas Nacionais de Saúde | 391 |

BIBLIOGRAFIA396

Abreviaturas

| | |
|-----------|---|
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |
| ACT | Anti maláricos Combinados |
| AIEA | Agência InterNacional de Energia Atómica |
| AIDI | Assistência Integrada das Doenças da Infância |
| AIDI | Assistência Integrada a Doenças de Infância |
| AM | Administração Municipal |
| ANEA | Associação Nacional de Enfermeiros de Angola |
| ANMAT | Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica -Argentina |
| ANTEA | Associação Nacional dos Técnicos de Estomatologia de Angola |
| ANTRA | Associação Nacional dos Técnicos de Radiologia de Angola |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária/Brasil |
| APH | Atendimento Pré-Hospitalar |
| APOC | African Programme for Onchocerciasis Control |
| APOC | Programa Africano para o Controlo da Oncocercose |
| ARPAL | Associação para Reinserção para Pessoas Afectadas pela Lepra |
| ART | Antirretroviral |
| ASAE | Autoridade de Segurança Alimentar e Económica de Portugal |
| ASSOFARMA | Associação dos Farmacêuticos de Angola |
| AT | Aconselhamento e Testagem |
| BCG | Bacillus Calmette-Guérin |
| BK | Bacilo de Koch |
| BM | Banco Mundial |
| CAP | Conhecimentos Atitudes e Práticas da População |
| CC | Comité de Coordenação Interagências |
| CCTA | Centro de Controlo de Tabaco em África |
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention |
| CDT | Centros de Diagnóstico e Tratamento |

| | |
|---------|--|
| CECOMA | Central de Compras de Medicamentos de Angola |
| CIC | Consejo Interhospitalario de Cooperacion |
| CICA | Conselho das Igrejas Cristãs de Angola |
| CMATL | Comité Multisectorial de Aconselhamento para Rede Nacional de Laboratório de saúde |
| CNAC | Conselho Nacional da Criança |
| CNEPGCM | Conselho Nacional de Especialização Pós-Graduada em Ciências Médicas |
| CNJ | Conselho Nacional da Juventude |
| CNO | Comissão Nacional de Oncologia |
| CNS | Contas Nacionais de Saúde |
| CNT | Centros de Nutrição Terapêutica |
| CONU | Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência |
| CONUB | Cuidados Obstétricos de Urgência Básicos |
| CPDE | Centro de Processamento de Dados Epidemiológicos |
| CPD | Centro de Processamento de Dados |
| CPLP | Comunidade de Países de Língua Portuguesa |
| CPN | Consulta Pré Natal |
| CPS | Cuidados Primários de Saúde |
| CTNM | Comissão Técnica Nacional de Medicamentos |
| DBS | Dried Blood Spot |
| DCNT | Doenças Crónicas não Transmissíveis |
| DCV | Doença Cardiovascular |
| DDI | Doenças por Deficiência de Iodo |
| DM | Dispositivo Médico |
| DNME | Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos |
| DNRH | Direcção Nacional de Recursos Humanos |
| DNSP | Direcção Nacional Saúde Pública |
| DNSS | Direcção Nacional dos Serviços de Saúde |
| DNTIC | Direcção Nacional de Tecnologias de Informação e Comunicação |
| DOTS | Directly Observed Short Course (Tratamento sob Observação Directa) |

| | |
|-----------|---|
| DP | Depósitos Provinciais |
| DPF | Direcção Provincial de Formação |
| DPS | Direcção Provincial da Saúde |
| DRA | Doenças Respiratórias Agudas |
| DRC | Doença Renal Crónica |
| DRC | Doença Renal Crónica |
| EFTS | Escolas de Formação de Técnicos de Saúde |
| EMEA | European Medicines Agency |
| ENAD | Escola Nacional de Administração de Angola |
| ENFP | Encontros Nacionais de Formação Permanente |
| ESTSL | Escola Superior Tecnologia da Saúde de Lisboa |
| EU | European Union |
| FDA | Food and Drug Administration/Estados Unidos da América |
| GAM | Grupos de Ajuda Mútua |
| GAVI | Global Alliance Vaccine Initiative |
| GDF | Global Drug Facility |
| GEPE | Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística |
| GHTF | Grupo de Trabalho para a Harmonização Global |
| H1N1 | Influenza A (Gripe Aviária) |
| HC | Hospitais Centrais |
| HCR | Hospitais Centrais de carácter Regional |
| HG | Hospital Geral |
| HPL | Hospital Psiquiátrico de Luanda |
| IACC | Instituto Angolano do Controle do Câncer |
| IAEA-PACT | International Atomic Energy Agency-Programme of Action for Câncer Therapy |
| IARC | International Agency for Research on Câncer |
| IBEP | Inquérito Integrado Sobre o Bem-estar da População |
| ICT | Teste Imunocromatografico |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |

| | |
|---------|---|
| IEBA | Igreja Evangélica Baptista de <i>Angola</i> |
| IEC | Informação, Educação e Comunicação |
| IESA | Igreja Evangélica Sinodal de Angola |
| IFAL | Instituto de Formação de Administração Local |
| IGAS | Inspecção Geral das Actividades de Saúde de Portugal |
| IGS | Inspeção Geral de Saúde |
| IIV | Instituto de Investigação Veterinária |
| IMA | Indicador Múltiplos da Malaria |
| INALUD | Instituto Nacional de Luta Contra as Drogas |
| INCCT | Instituto Nacional de Controlo e Combate à Tripanossomíase |
| INE | Instituto Nacional de Estatística |
| INEM | Instituto Nacional de Emergência Médica de Portugal |
| INEMA | Instituto Nacional de Emergências Médicas de Angola |
| INLS | Instituto Nacional de Luta contra a Sida |
| INN | Inquérito Nacional de Nutrição |
| INSP | Instituto Nacional de Saúde Pública |
| IRA | Infeções Respiratórias Agudas |
| IST | Infeções sexualmente transmissíveis |
| ISV | Instituto dos Serviços Veterinários |
| ITS | Infeções de Transmissão Sexual |
| ILEP | Federação InterNacional das Associações de Luta contra a Lepra |
| LNME | Lista Nacional de Medicamentos Essenciais |
| M&A | Monitoria e Avaliação |
| MAPTESS | Ministério da Administração Pública, Emprego e Segurança Social |
| MAT | Ministério da Administração do Território |
| MB | Multibacilares |
| MCN | Mecanismo de Coordenação Nacional |
| MCS | Ministério da Comunicação Social |
| MDR | Multidroga Resistência |

| | |
|-----------|--|
| MDT | Medicamentos Para a Terapia Combinada |
| MED | Ministério da Educação |
| MICS | Multiple Indicator Cluster Surveys |
| MINADERP | Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas |
| MINARS | Ministério da Assistência e Reinserção Social |
| MINFAMU | Ministério da Família e Promoção da Mulher |
| MINFIN | Ministério das Finanças |
| MININT | Ministério do Interior |
| MINJUD | Ministério da Juventude e Desportos |
| MINJUS | Ministério da Justiça e dos Direitos Humanos |
| MINPLAN | Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial |
| MINSA | Ministério da Saúde |
| MSH/USAID | Management Sciences for Health |
| NFP | Núcleos de Formação Permanente |
| ODM | Objectivos de Desenvolvimento do Milénio |
| OGE | Orçamento Geral do Estado |
| OMA | Organização da Mulher Angolana |
| OMS/ AFRO | Organização Mundial de Saúde/AFRO |
| ONGs | Organizações Não Governamentais |
| ORDENFA | Ordem dos Enfermeiros de Angola |
| OSC | Organizações da Sociedade Civil |
| PAV | Programa Alargado de Vacinação |
| PEN | Plano Estratégico Nacional |
| PESI | Plano Estratégico de Sistemas de Informação |
| PSE | Programa de Saúde Escolar |
| PFA | Paralisia Flácida Aguda |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PID | Pulverização Intra-domiciliar |
| PIP | Programa de Investimentos Públicos |

| | |
|------------|--|
| PMDS | Plano Municipal de Desenvolvimento Sanitário |
| PMI | President's Malaria Initiative |
| PNCM | Programa Nacional de Controlo da Malária |
| PNDS | Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário |
| PNF | Política Nacional Farmacêutica |
| PNLCT | Programa Nacional da Luta Contra a Tuberculose |
| PNDTN | Programa Nacional de Doenças Tropicais Negligenciadas |
| PNS | Política Nacional de Saúde |
| PNSM | Programa Nacional de Saúde Mental |
| PNUD | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento |
| PPDS | Plano Provincial de Desenvolvimento Sanitário |
| PPP | Parcerias Público-Privadas |
| PS/SMI | Promoção da Saúde/Saúde Materna Infantil |
| PTV | Prevenção da Transmissão Vertical de VIH |
| PVS | Pólio Vírus Selvagem |
| PVVIH/SIDA | Pessoas vivendo com VIH e SIDA |
| QPM | Quimioterapia Preventiva em Massa Integrada |
| RBC | Reabilitação Baseada na Comunidade |
| RBM | Roll Back Malaria |
| REMO | Mapeamento Epidemiológico Rápido |
| RHS | Recursos Humanos em Saúde |
| RMS | Repartição Municipal de Saúde |
| RNL | Rede Nacional de Laboratórios |
| SADC | Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral |
| SARPAM | Southern African Regional Programme on Access to Medicines and Diagnostics |
| SIDA | Síndrome de Imunodeficiência Adquirida |
| SIG | Sistema de Informação Geográfica |
| SIGS | Sistema de Informação para Gestão em Saúde |
| SIS | Sistema de Informação Sanitária |

| | |
|--------|--|
| SMN | Saúde Materna e Neonatal |
| SMNI | Saúde Materna e Neonatal Infantil |
| SMPN | Sistema de Monitorização do Plano Nacional |
| SNS | Sistema Nacional de Saúde |
| SNVE | Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica |
| SOLE | Solidariedade Evangélica |
| SP | Sulfadoxina e Pirimetamina |
| TARV | Tratamento Anti-Retro Viral |
| TB | Tuberculose |
| THA | Tripanossomíase Humana Africana |
| TIC | Tecnologias da informação e comunicação |
| TIDC | Tratamento com Ivermetine Sob Observação Directa da Comunidade |
| TIP | Tratamento Intermitente e Preventivo da Malária |
| TRS | Terapia Renal Substitutiva |
| UICC | Union for International Câncer Control |
| UNEP | United Nations Environment Programme |
| UNFPA | Fundo das Nações Unidas para a População |
| UNICEF | United Nations Children's Fund |
| US | Unidades Sanitárias |
| USAID | Agência dos Estados Unidos da América para o Desenvolvimento Internacional |
| VEM | Viaturas de Emergência Médica |
| VID-R | Vigilância Integrada de Doenças e Resposta |
| VIH | Vírus de Imunodeficiência Humana |

Resumo

Introdução

Através do Despacho Presidencial nº 84/11, de 27 de Outubro, foi constituída a Comissão Multisectorial, coordenada por Sua Excelência o Ministro da Saúde, a quem foi incumbida a elaboração do Plano Nacional de Saúde Pública para o período 2012-2025. O presente Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) consolida num só documento os diferentes planos e tarefas discriminados no aludido Despacho Presidencial, considerando a sua interligação e as vantagens operacionais do seu tratamento, num único instrumento de planificação.

O PNDS 2012-2025 visa promover o cumprimento do direito à saúde consagrado na Constituição, o acesso universal aos cuidados de saúde, assegurando a equidade na atenção, melhorando os mecanismos de gestão e de financiamento do Sistema Nacional de Saúde (SNS), oferecendo serviços de qualidade, oportunos e humanizados, na perspectiva do combate à pobreza e reforço do bem-estar da população.

Consequentemente, o PNDS desenvolveu-se com base nas seguintes prioridades para o desenvolvimento sustentável do sector:

- Aumento da esperança de vida à nascença;
- Redução acelerada da mortalidade materna, infantil e infanto-juvenil, bem como da morbilidade e mortalidade no quadro nosológico Nacional;
- Melhoria do Índice de Desenvolvimento Humano e promoção do alcance dos Objectivos do Milénio;
- Consolidação do processo de reforma legislativa e organizativa do Sistema Nacional de Saúde bem como da capacidade institucional, nomeadamente a nível central, regional, provincial e municipal;
- Ampliação da rede sanitária a todos os níveis;
- Elaboração de planos estratégicos de formação de técnicos e profissionais de saúde a curto, médio e longo prazo e distribuição dos recursos humanos de acordo com as necessidades e objectivos do Plano;
- Actualização do plano de incentivos aos profissionais de saúde;
- Adopção de novas tecnologias de saúde;

- Atribuição à Saúde de um financiamento adequado e sustentável;
- Gestão eficiente e moderna dos recursos do Sistema Nacional de Saúde;

O PNDS 2012-2025 é um documento fundamental de gestão, e um instrumento essencial de integração destinado a sustentar política, técnica e financeiramente o SNS a médio e longo-prazo. Apresenta-se como o documento estratégico-operacional para materializar as orientações estratégicas fixadas na Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo “Angola 2025” e na Política Nacional de Saúde, bem como nas prioridades do Executivo, transformando-as em acções e intervenções concretas a serem executadas durante a sua vigência.

Perfil sanitário do País

Apesar da melhoria significativa dos principais indicadores de saúde globais do País, Angola ainda tem uma elevada taxa de mortalidade materna, infantil e infanto-juvenil, alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias com destaque para as grandes endemias, doenças respiratórias e doenças diarreicas, um nível de malnutrição ainda elevado em menores de 5 anos, uma persistência de surtos de Cólera, Raiva e Sarampo, e um aumento exponencial das doenças crónicas não transmissíveis (DCNT), sinistralidade rodoviária e violência. As doenças transmissíveis, ainda são responsáveis por mais de 50% dos óbitos registados na população.

As necessidades em saúde e os problemas actuais que o SNS enfrenta estão principalmente relacionados com: (i) a cobertura sanitária ainda insuficiente e fraca manutenção das US; (ii) o fraco sistema de referência e contra referência entre os três níveis do SNS; (iii) os recursos humanos e técnicos de saúde de reduzida expressão quantitativa e qualitativa e má distribuição do pessoal nas áreas rurais e periurbanas; (iv) as fraquezas no Sistema Gestão em Saúde, incluindo o sistema de informação, de logística e de comunicação; (v) a insuficiência de recursos financeiros e inadequação do modelo de financiamento e (vi) o reduzido acesso à água potável, saneamento e energia.

Objectivos do PNDS 2012-2025

O PNDS surge como um instrumento de programação, execução e seguimento, para a materialização das grandes orientações estratégicas preconizadas pelo Executivo para o período de 2012 a 2025, visando os seguintes objectivos:

1. Melhorar a prestação de cuidados de saúde com qualidade, nas vertentes de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, reforçando a articulação entre a atenção primária e os cuidados hospitalares;
2. Operacionalizar a prestação de cuidados de saúde a nível comunitário e em cada um dos três níveis da pirâmide sanitária, respondendo às expectativas da população;
3. Melhorar a organização, a gestão e o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde, através da afectação dos recursos necessários e a adoção de normas e procedimentos que aumentem a eficiência e a qualidade das respostas do SNS;
4. Participar na transformação das determinantes sociais da saúde e promover as parcerias nacionais e internacionais, em prol da redução da mortalidade materna e infantil e dos Programas de combate às grandes endemias;
5. Acompanhar e avaliar a implementação do PNSD, incluindo o desempenho do sector, através do SIS e estudos especiais;
6. Servir de base para revisão e adequação da Política Nacional de Saúde em 2018 e 2026.

Metodologia

O PNDS foi elaborado, num processo participativo que envolveu os Programas do Sector, algumas Províncias, Sectores integrantes da Comissão Multisectorial, Parceiros nacionais e internacionais, assim como uma revisão bibliográfica de instrumentos estratégicos nacionais, dos quais se destacam a Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo “ Angola 2025”, a Política Nacional de Saúde, os planos estratégicos e relatórios dos programas, estudos especiais, tais como o Inquérito de Bem-Estar da População (IBEP, 2010), e as Estatísticas da OMS de 2011. A primeira versão do PNDS foi exposta à revisão, consolidação e validação através de um encontro de consenso. Esta segunda versão surgiu da criação de pequenos grupos de trabalho multisectoriais para completar o PNDS com novos projectos.

Estrutura e conteúdo do PNDS 2012-2025

O PNDS 2012-2025 identifica as principais determinantes sociais da saúde dando origem a intervenções de promoção, prevenção, controlo e reabilitação. Para a sua viabilidade são estabelecidos mecanismos de planeamento, gestão, monitorização e avaliação, bem como mecanismos de enquadramento e coordenação da parceria Nacional e interNacional em saúde.

Esta versão é composta por três partes complementares, os volumes I, II e III. O primeiro volume enquadra o PNDS no contexto socioeconómico e demográfico do País, descreve o perfil sanitário actual, resume os conceitos básicos e as grandes linhas da reforma do Sistema de Saúde, da Política Nacional de Saúde e da Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo “Angola 2025”. Apresenta também as orientações políticas estratégicas, a visão, os objectivos e as estratégias globais que guiarão a sua implementação no período de 2012 a 2025. O primeiro volume do PNDS apresenta igualmente os nove (9) Programas identificados no âmbito deste Plano, tendo-se abordado por cada programa: o contexto actual, os objectivos pretendidos, as estratégias para sua operacionalização e os factores favoráveis e desfavoráveis à garantia da sustentabilidade dos mesmos.

O segundo volume é de carácter operacional e apresenta os detalhes da planificação de cada programa e subprograma, estruturando-os em projectos para melhor equacionar os recursos necessários para a saúde e bem-estar da população. Os mesmos obedecem à seguinte estrutura: (i) situação actual; (ii) estratégias operacionais; (iii) metas; (iv) actividades e intervenções; (v) indicadores de avaliação; (vi) Organismos e instituições responsáveis pela execução; (vii) mecanismos de seguimento e avaliação; (viii) sustentabilidade do programa; (ix) condicionantes ambientais e (x) pesquisas operacionais.

O terceiro volume apresenta o orçamento do PNDS. Este orçamento tem como principal objectivo avaliar as necessidades de investimento do Sector Saúde para que este possa atingir os objectivos preconizados no PNDS até 2025.

Em suma, a concretização do PNDS passa pela implementação dos nove (9) programas, que estão subdivididos em vinte (21) subprogramas e cinquenta e oito (58) projectos:

- (i) **Programa de Prevenção e Luta contra as Doenças** subdividido em quatro (4) subprogramas: (i) subprograma de doenças transmissíveis; (ii) subprograma de prevenção e resposta às epidemias e emergências de saúde pública, (iii) subprograma das doenças crónicas não transmissíveis e (iv) o subprograma de atenção específica para grupos etários da população. Estes subprogramas incluem um conjunto de vinte (20) projectos.

- (ii) **Programa de Prestação de Cuidados Primários e Assistência Hospitalar:** articula os serviços desde a comunidade até ao nível mais complexo, com cinco (5) subprogramas: (i) subprograma de promoção para a saúde de hábitos e estilos de vida saudáveis; (ii) subprograma da operacionalização da prestação de cuidados e serviços; (iii) subprograma de segurança transfusional; (iv) subprograma de gestão e desenvolvimento da rede Nacional de laboratórios e (v) subprograma de assistência pré-hospitalar. Estes subprogramas incluem um conjunto de dezassete (17) projectos para a prestação de serviços e cuidados de saúde, de forma a satisfazer as expectativas da população.
- (iii) **Programa de Gestão e Desenvolvimento dos Recursos Humanos** representa um pilar importante para a implementação do PNDS e é composto por três (3) subprogramas: (i) subprograma de planeamento de recursos humanos; (ii) subprograma de gestão de recursos humanos e (iii) subprograma de desenvolvimento de recursos humanos. Estes subprogramas incluem um conjunto de oito (8) projectos.
- (iv) **Programa de Desenvolvimento da Investigação em Saúde** constituído por um programa com um único projecto. Este programa permite a actualização constante da análise de situação, a avaliação do grau de implementação e do impacto das iniciativas na saúde e bem-estar da população, bem como serve como suporte para a introdução de novas estratégias, protocolos, e tecnologias em saúde.
- (v) **Programa de Gestão e Ampliação da Rede Sanitária** constituído por um programa com um único projecto. Este programa estabelece critérios para a expansão da rede sanitária até 2025, normas para a padronização e manutenção dos diferentes tipos de unidades sanitárias, de forma a reunirem condições para oferecerem cuidados e serviços de saúde por nível de atenção.
- (vi) **Programa de Gestão, Aprovisionamento e Logística, Desenvolvimento do Sector Farmacêutico e dos Dispositivos Médicos** composto por três (3) subprogramas: (i) subprograma de gestão e desenvolvimento do aprovisionamento e logística; (ii) subprograma de gestão e desenvolvimento do sector farmacêutico e (iii) subprograma de gestão e desenvolvimento dos dispositivos médicos. Estes subprogramas incluem um conjunto de três (3) projectos. Este programa dará uma atenção particular ao reforço das capacidades da Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos (DNME), com vista a adequá-la aos novos desafios para a implementação da Política Nacional Farmacêutica, a promoção da produção Nacional de medicamentos essenciais e implementação do sistema de registo e homologação de medicamentos e dispositivos médicos no País.

- (vii) **Programa de Desenvolvimento do Sistema de Informação e Gestão Sanitária:** é um dos pilares mais importantes para o desenvolvimento adequado e sustentável do Sistema Nacional de Saúde (SNS). As estratégias, as metas e actividades do referido programa serão implementadas através de um único subprograma com três (3) projectos.
- (viii) **Programa de Desenvolvimento do Quadro Institucional do Sector da Saúde:** este programa torna-se fundamental para a implementação do PNDS 2012-2025, pelo seu carácter legislativo e regulamentar. A reforma e a modernização do Sistema de Saúde passam pela introdução de acções e intervenções organizativas, financeiras, legislativas e regulamentares para adequar o SNS aos desafios actuais. Compete à Inspeção Geral da Saúde, assegurar a fiscalização dos serviços de saúde. Fazem parte deste programa três (2) subprogramas: (i) subprograma da inspecção geral de saúde; (ii) subprograma da reforma legislativa. Estes subprogramas incluem um conjunto de dois (2) projectos.
- (ix) **Programa de financiamento e sustentabilidade financeira do sistema Nacional de saúde:** este programa é incontornável para a sustentabilidade do nosso Sistema de Saúde, do tipo Nacional de Saúde, dependente de recursos do OGE, bem como de fontes alternativas e complementares de financiamento, e de um sistema de gestão que permita o uso racional e eficiente dos recursos alocados ao sector. Este programa consubstancia-se num subprograma e três (3) projectos que têm como principais objectivos a construção de um novo modelo de financiamento, com pluralidade de fontes de financiamento, através do reforço do modelo de organização e gestão do Serviço Nacional de Saúde.

Principais estratégias do PNDS 2012-2025

O PNDS foi elaborado de acordo com abordagens estratégicas que correspondem a um conjunto de acções programadas e a serem executadas ao longo da vigência do Plano entre 2012 e 2025. As principais estratégias orientadoras deste Plano contemplam:

1. Organização da prestação de cuidados, por níveis de atenção, garantindo a continuidade e integração, sob coordenação do Serviço Nacional de Saúde;
2. Melhoria da qualidade dos cuidados e serviços, em cada estrutura e em cada nível;
3. Reforço do controle das doenças endémicas e da vigilância epidemiológica;
4. Introdução de novas estratégias operacionais para a promoção da saúde, a prevenção e detecção precoce das doenças crónicas a nível da atenção primária, destacando-se o rastreio da hipertensão arterial, da diabetes e do câncer;
5. Promoção de medidas de protecção individual e colectiva;

6. Aumento substancial, em quantidade e qualidade, dos recursos humanos do sector da saúde;
7. Expansão da rede sanitária, de acordo com os Mapas Sanitários Provinciais;
8. Disponibilização assegurada de medicamentos essenciais, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos;
9. Produção regular e sistemática de informação para a gestão do SNS, baseada em evidências;
10. Incorporação de novas tecnologias;
11. Promoção da investigação em saúde;
12. Afectação de mais recursos financeiros ao sector e a sua melhor planificação e utilização;
13. Adaptação do quadro jurídico e regulamentar do sector da saúde, às mudanças previstas na reforma;
14. Contribuição à transformação favorável das determinantes sociais da saúde, para reduzir as iniquidades em saúde;
15. Mobilização e coordenação das parcerias nacionais e internacionais;
16. Monitorização e avaliação do PNDS, dos projectos e do desempenho do sector.

Quadro geral de execução (custos e fontes de financiamento)

O orçamento detalhado dos programas está apresentado volume III do PNDS. O orçamento foi elaborado de modo a facilitar a mobilização de recursos adicionais e consequentemente melhorar a afectação dos mesmos contando com as fontes internas e externas.

O orçamento total cumulativo do PNDS foi estimado em AOA 7,8 biliões (US\$ 81 mil milhões) para o período 2013-2025, equivalente a AOA 598.722.156.355 (US\$ 6,2 mil milhões) por ano, em média, durante o período de 12 anos. Durante os próximos quatro anos, de 2014 a 2017, o orçamento anual médio para o PNDS é AOA 451.541.610.221 (US\$ 4.703.558.440). Este cenário demonstra que o PNDS visa aumentar as despesas da saúde *per capita* para \$190 em 2015 e \$276 em 2025, com base na demografia projectada equiparando-se a países como a Swazilândia (US\$270), Jamaica (US\$273), Peru (US\$283), e China (US\$274), (Despesa total em saúde *per capita*, World Bank, 2011).

Mecanismos de execução, seguimento e avaliação

O seguimento e a coordenação da implementação do PNDS são da responsabilidade do Ministro Coordenador da Comissão Multisectorial, coadjuvado pelo respectivo Secretário de Estado, e apoiados pelo GEPE.

O Grupo Técnico Multisectorial, também coadjuvado pelo GEPE, deverá: (i) supervisionar a implementação do PNDS, (ii) assegurar a coordenação Nacional dos diversos Planos Operacionais Provinciais, Programas e Projectos, (iii) reportar através de relatórios trimestrais e anuais de execução do PNDS, (iv) preparar o Plano Anual para aprovação pela Comissão Multisectorial, (v) preparar reuniões semestrais.

Estrutura do plano

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 é um instrumento essencial, que visa preparar o País para a implementação da Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo “Angola-2025” e a Política Nacional de Saúde, transformando estas em acções e intervenções concretas, a serem executadas em períodos sucessivos durante a sua vigência.

Pretende-se que seja um instrumento estratégico operacional, integrador, para a inter-relação entre as necessidades, as intervenções e os recursos disponíveis ou mobilizáveis, multiplicando as oportunidades e racionalizando os recursos, na procura do desenvolvimento harmonioso dos diversos componentes do sistema de saúde.

Assim, no processo de reforma do sistema de saúde de Angola o PNDS é um instrumento de programação, execução e seguimento, para a materialização dos grandes objectivos preconizados, nomeadamente: (i) Melhorar a prestação de cuidados de saúde com qualidade nas vertentes de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, reforçando a articulação entre a atenção primária e os cuidados hospitalares. (ii) Operacionalizar a prestação de cuidados de saúde a nível comunitário e em cada um dos três níveis da pirâmide sanitária, respondendo às expectativas da população; (iii) Melhorar a organização, a gestão e o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde, através da afectação dos recursos necessários e a adopção de normas e procedimentos que aumentem a eficiência e qualidade das respostas do SNS; (iv) Participar na transformação das determinantes sociais da saúde e promover as parcerias nacionais e internacionais, em prol da redução da mortalidade materna e infantil e dos programas de combate às grandes endemias, (v) Acompanhar e avaliar a implementação do PNDS, incluindo o desempenho do Sector através do SIS e estudos apropriados.

Pretende-se que o PNDS seja o elo de ligação servindo, por um lado, para a coordenação das actividades de terreno, de prestação de cuidados e, por outro, para a promoção do desenvolvimento harmonioso dos recursos e serviços, a materialização de políticas Sectoriais, bem como a eficiente distribuição dos recursos humanos e financeiros.

O PNDS é composto por três partes:

O **VOLUME I** contém o enquadramento, os fundamentos políticos e estratégicos, a definição da visão, dos objectivos, das estratégias gerais do PNDS, bem como dos programas pilares, dando uma visão dos objectivos e estratégias que cada um comporta. Este volume dá particular destaque aos órgãos e

mecanismos de execução, seguimento e avaliação, que garantem a efectiva materialização das actividades para a execução do PNDS.

O **VOLUME II**, trata dos aspectos da operacionalização do PNDS. Apresenta a planificação detalhada com a desagregação de cada um dos seus programas em componentes, estratégias, metas e actividades para a sua implementação.

Um órgão de gestão, coordenação e avaliação, será colocado a um nível estratégico elevado do Ministério da Saúde para, em estreita colaboração com os parceiros do desenvolvimento sanitário de Angola, monitorizar a execução do PNDS.

Para o PNDS espera-se a participação das diferentes instituições e órgãos aos diferentes níveis da hierarquia do Estado, para complementaridade e sinergia na implementação das intervenções de saúde e financiamento do orçamento geral do estado.

O **VOLUME III** apresenta o orçamento do PNDS. Este orçamento tem como principal objectivo avaliar as necessidades de investimento do Sector Saúde para que este possa atingir os objectivos preconizados no PNDS até 2025.

PROGRAMA DE PREVENÇÃO E LUTA CONTRA AS DOENÇAS

O programa de prevenção e luta contra as doenças prioritárias compreende quatro subprogramas e respetivos projectos a seguir listados:

Subprograma de doenças transmissíveis

Projectos:

- Projecto 1:* Prevenção e controlo das doenças imunopreveníveis com destaque para a erradicação da Poliomielite
- Projecto 2:* Prevenção, controlo e eliminação da Malária
- Projecto 3:* Prevenção e controlo das infeções sexualmente transmissíveis [IST] incluindo a infecção pelo VIH/SIDA
- Projecto 4:* Prevenção e controlo da Tuberculose
- Projecto 5:* Prevenção, controlo e eliminação da Tripanossomíase
- Projecto 6:* Prevenção, controlo e eliminação das doenças negligenciadas
- Projecto 7:* Prevenção, controlo e eliminação da Lepra

Subprograma prevenção e resposta às epidemias e emergências de saúde pública

- Projecto 8:* Prevenção e resposta às epidemias

Subprograma de doenças crónicas, não transmissíveis, traumatismos e violência

- Projecto 9:* Prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares
- Projecto 10:* Prevenção e tratamento da doença renal crónica
- Projecto 11:* Prevenção e tratamento da diabetes mellitus
- Projecto 12:* Prevenção e tratamento da doença de células falciformes
- Projecto 13:* Prevenção e tratamento das doenças de nutrição

Projecto 14: Prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dos tumores malignos

Projecto 15: Prevenção e tratamento de doenças buco-orais

Projecto 16: Prevenção e tratamento das perturbações da saúde mental

Projecto 17: Reabilitação para a pessoa com deficiência sensório-motora

Subprograma de atenção específica para grupos etários da população

Projecto 18: Prestação de cuidados de saúde para a sobrevivência materna, infantil e infanto-juvenil

Projecto 19: Desenvolvimento de cuidados de saúde promocionais, preventivos e de rastreio a adolescentes e adultos

Projecto 20: Prestação de cuidados específicos a adultos maiores de 60 anos

Subprograma de doenças transmissíveis

Projecto 1: Prevenção e controlo das doenças imunopreveníveis com destaque para a erradicação da Poliomielite

Situação actual

O Programa de Imunização, anteriormente denominado Programa Alargado de Vacinação (PAV), é um componente essencial dos Cuidados Primários de Saúde e tem como objetivo a redução da morbilidade e mortalidade por doenças imunopreveníveis, nomeadamente: a Tuberculose, a Poliomielite, o Sarampo, a Difteria, o Tétano, a Tosse Convulsa, a Hepatite B, infeções por *Haemophilus influenza* tipo B e a Febre-Amarela. As imunizações, pela sua simplicidade, relativo baixo custo e alta eficácia, são intervenções prioritárias do PNDS.

O País considera as vacinas um bem público, pelo que o acesso às mesmas é oferecido sem custos aos beneficiários. O financiamento das vacinas tradicionais e seus respetivos materiais de vacinação é coberto totalmente com fundos do OGE, sendo, a aquisição das novas vacinas (Papiloma Virus, Rotavirus e Pneumococos) complementada com recursos da cooperação externa (Global Alliance for Vaccines and Immunization - GAVI).

Na Tabela 1 pode-se ver a evolução nos últimos 6 anos dos principais indicadores da vacinação de rotina.

Tabela 1: Evolução dos indicadores de vacinação de rotina 2006 -2011

| Ano | Acesso Penta-1 | Cobertura Penta-3 | Taxa de abandono Penta 1-Penta 3 | Cobertura Sarampo | % Municípios Penta-3 <50% |
|------|----------------|-------------------|----------------------------------|-------------------|---------------------------|
| 2006 | 69 | 40 | 42 | 48 | 76 |
| 2007 | 99 | 83 | 25 | 88 | 24 |
| 2008 | 99 | 81 | 20 | 79 | 24 |
| 2009 | 93 | 73 | 21 | 77 | 34 |
| 2010 | 99 | 91 | 16 | 93 | 26 |
| 2011 | 99 | 86 | 15 | 88 | 23 |

Fonte: Secção de imunização, 2011.

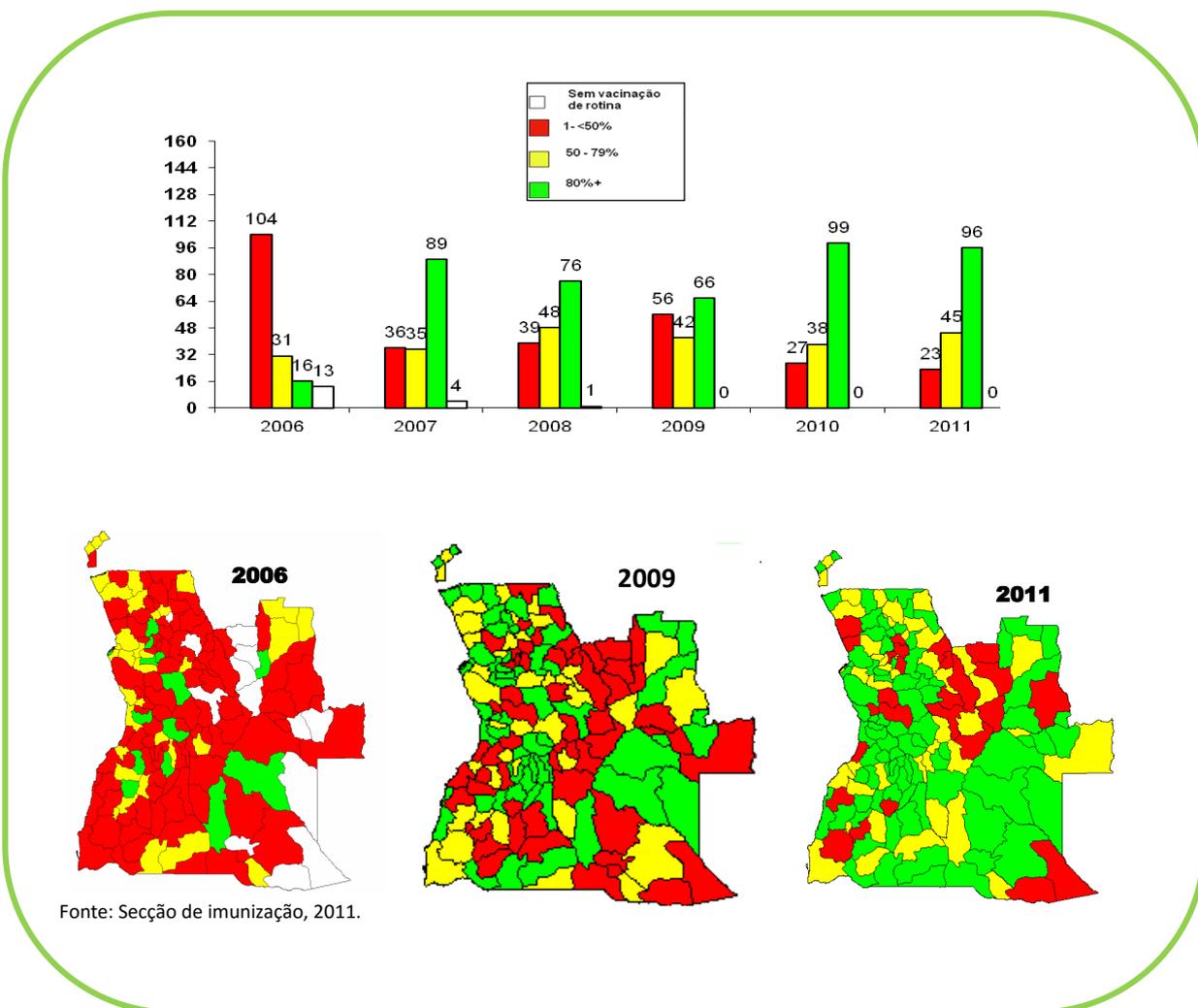
As coberturas nacionais de vacinação com os diversos antigénios mostram uma tendência de aumento de cobertura a partir de 2007, devido principalmente à utilização de equipas avançadas e móveis.

Apesar dos progressos realizados a nível Nacional nos últimos anos, a rede de serviços de saúde em Angola é ainda limitada e cerca de 25% das coberturas de vacinação de rotina são realizadas por equipas móveis e avançadas. Por outro lado, a nível dos Municípios de difícil acesso as coberturas ainda são baixas, devido a diversos factores tais como, insuficientes serviços de vacinação, de número de técnicos, de equipamentos da cadeia de frio e de meios de transporte.

A evolução da cobertura da Penta-3 nos 164 Municípios do País no período de 2006 a 2011, mostra que em 2006, 13 Municípios não realizavam a vacinação de rotina. A situação melhorou gradualmente a partir de 2009.

A partir de 2007, verificou-se uma redução gradual do número de Municípios com coberturas abaixo de 50% e um aumento do número de Municípios com cobertura superior a 80%. A nível de 23 Municípios, persistem ainda iniquidades no acesso às unidades sanitárias, tendo como consequência coberturas de vacinação de rotina inferior a 50% (ver Figura 1).

Figura 1 Número de Municípios segundo a cobertura de vacinação Penta-3



Actualmente somente cerca de 67% das unidades sanitárias do Sector público, contam com equipamentos de cadeia de frio, requerendo assim a sua respectiva expansão. As Províncias com uma população superior

a um milhão de habitantes, requerem câmaras de refrigeração para conservação de vacinas. Apenas 1/3 destas Províncias dispõem deste equipamento. Não existe também, na totalidade das Províncias, equipas e planos de manutenção de equipamentos.

O País reforçou desde 2004, a biossegurança da vacinação com a introdução de seringas auto-bloqueantes e incineradores autodestrutivos. A eliminação do lixo da vacinação é actualmente realizada por queima a céu aberto e aterro, exceto em Luanda, onde existe um sistema de incineração de lixo.

O Programa de Imunização conta com o manual de normas técnicas e procedimentos para a vacinação e cadeia de frio. O subsistema de informação das doenças imunopreveníveis está padronizado a nível Nacional, permitindo a vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis, incluindo a busca activa das Paralisias Flácidas Agudas (PFAs). A vigilância do Sarampo realiza-se de forma integrada com as PFAs.

A iniciativa mundial de erradicação da Poliomielite é de prioridade para o País. O País assumiu o compromisso de desenvolver esforços para garantir a interrupção da transmissão do vírus selvagem da poliomielite, através do aumento da cobertura de vacinação de rotina, melhoria das campanhas de vacinação, reforço da vigilância epidemiológica nas áreas de maior risco. O último caso de poliomielite foi registado a 15 de Novembro de 2010.

Estratégias operacionais

1. Reforço da vacinação de rotina nos postos fixos dos serviços públicos, privados e entidades religiosas, bem como a extensão da vacinação às comunidades que distam a mais de 10km de distância das unidades sanitárias, através de visitas regulares de equipas avançadas e móveis, para garantir a cobertura Nacional de 95%;
2. Introdução de vacinas contra o Pneumococos e o Rotavirus no calendário de vacinação, permitindo acelerar a redução da mortalidade por pneumonia e diarreias, principais causas de morte em crianças menores de 5 anos;
3. Inclusão da nova vacina contra o Papiloma Vírus no calendário de vacinação para a prevenção do câncer do colo do útero;
4. Asseguramento das campanhas massivas de vacinação de forma a contribuir para o controlo, eliminação ou erradicação de doenças alvo do Programa de Imunização tais como Poliomielite, Sarampo, Tétano e Meningite epidémica;
5. Reforço da vigilância activa de todas as doenças imunopreveníveis com destaque para a paralisia flácida aguda.

Metas

1. Até finais de 2013, introduzir as vacinas Pneumococos e Rotavirus, e até finais de 2015, a de Papiloma Vírus;
2. Até finais de 2015, generalizar o sistema de incineração do lixo de vacinação;
3. Até 2017, estender os serviços de vacinação de rotina a todas as unidades da rede sanitária;
4. Até 2020, eliminar o Sarampo como problema de saúde pública (<5 casos de sarampo/ 1.000.000 habitantes);
5. Até 2020, eliminar o Tétano Neonatal como problema de saúde pública (< 1 caso TNN/1000 nascidos vivos);
6. Até 2025, atingir 95% de cobertura nacional de vacinação com todos os antigénios do calendário Nacional de vacinação;
7. Até 2025, atingir uma cobertura superior ou igual a 95% de Penta-3 em todos os Municípios.

Actividades e intervenções

1. Actividades de vacinação de rotina e vacinação suplementar;
2. Formar anualmente Gestores Médios de Imunização;
3. Capacitar técnicos em logística, cadeia de frio e gestão de vacinas;
4. Capacitar os profissionais das unidades sanitárias no módulo básico de imunizações;
5. Capacitar técnicos em vigilância das doenças imunopreveníveis;
6. Reforçar a supervisão formativa por níveis de atenção;
7. Monitorizar os indicadores de desempenho;
8. Organizar encontros de avaliação e de orientações técnicas;
9. Comprar vacinas, equipamento de cadeia de frio e material de vacinação, tendo em conta a introdução de novas vacinas e a extensão das actividades de vacinação em todas as unidades sanitárias do primeiro nível de atenção;
10. Reforçar a manutenção de equipamento para a cadeia de frio e abastecimento regular de energia ou fontes alternativas, nomeadamente combustível e gás;
11. Realizar auditorias internas da qualidade dos dados;
12. Avaliar periodicamente o Programa de Imunização;
13. Fazer a vigilância epidemiológica de doenças preveníveis pela vacinação.

Resultados esperados

1. 95% de cobertura nacional com todos os antigénios;
2. 95% de cobertura com todos os antigénios a nível municipal;
3. Certificada a erradicação do Poliovírus Selvagem;
4. Reduzido o número de casos e taxa de mortalidade por doenças imunopreveníveis com especial atenção à eliminação do sarampo e tétano neonatal como problemas de saúde pública;
5. Estabelecida a oferta contínua de vacinação em todos os serviços de saúde;
6. Dotadas todas as unidades sanitárias públicas de cadeia de frio funcional;
7. Sistema de vigilância epidemiológica das doenças imunopreveníveis funcional, com capacidade de detetar mudanças na incidência de doenças, orientar e avaliar as medidas de controlo;
8. Estabelecido e funcionando em todos os Municípios, o sistema de eliminação do lixo da vacinação por incineração.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismo de execução: Programa de Imunização/DNSP;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: CECOMA, Serviços de Saúde Públicos, Laboratório do Instituto Nacional de Saúde Pública;
3. Parceiros Nacionais: Ministério da Defesa, Ministério da Educação, Ministério da Juventude e Desportos, Ministério do Interior, Administrações Municipais, Direções Provinciais de Saúde, clínicas e outros estabelecimentos de saúde privados, ONGs, Cruz Vermelha, Entidades religiosas, Líderes Tradicionais;
4. Parceiros internacionais: OMS, UNICEF, Grupo CORE, Rotary InterNacional, Laboratórios de referência InterNacional da África do Sul, CDC-USA e Senegal.

Indicadores de avaliação

1. Taxa de cobertura nacional de vacinação de rotina;
2. Taxa de Municípios com cobertura Penta-3 ($\geq 90\%$);
3. Número de unidades sanitárias com cadeia de frio;
4. Número de Municípios com incineradoras;
5. Número de Províncias com Taxa de PFA não pólio ($\geq 2/100.000$);
6. Percentagem de Municípios com população menor de 15 anos superior a 50,000 habitantes com taxa PFA não pólio ≥ 2 ;
7. Percentagem de Municípios com taxa de amostras oportunas;

8. Percentagem de Municípios com taxa de casos suspeitos de Sarampo ($\geq 2/1000$);
9. Percentagem de Municípios com taxa de Tétano neonatal $< 1/1000$ nascidos vivos.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Encontros mensais do Comité de Coordenação Inter-agências (CCI) coordenados pelo Secretário de Estado da Saúde, com a participação de representantes das agências das Nações Unidas e parceiros;
2. Encontros semestrais de avaliação e orientação técnica, com a participação de técnicos dos níveis central, provincial e parceiros;
3. Encontros trimestrais de seguimento e avaliação a nível das Províncias, com a participação das equipas municipais;
4. Encontros de sensibilização com a comunidade;
5. Encontro semanal da subcomissão técnica do Comité de Coordenação Interagências (CCI);
6. Monitorização independente;
7. Supervisão por níveis;
8. Actas dos encontros realizados;
9. Relatórios de supervisão.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Supervisores nacionais e municipais com formação em gestão de nível intermédio;
2. Financiamento com recurso do OGE para cobrir 100% dos custos das vacinas e materiais para a rotina com exceção para a vacina;
3. Existência de actividades de vacinação de rotina na maior parte das unidades sanitárias;
4. Existência da abertura do concurso público no âmbito da descentralização;
5. Existência de cofinanciamento para novas vacinas pelo GAVI;
6. Existência de projectos para o reforço do sistema municipal de saúde, financiados pelo Banco Mundial, USAID e União Europeia;
7. Existência de fundos para a implementação do projecto de construção das instalações para o funcionamento do Programa de Imunização e da cadeia de frio Nacional;
8. Municipalização dos Serviços de Saúde com a Descentralização de Recursos Financeiros para os cuidados primários de saúde;

9. Programa Municipal Integrado de Desenvolvimento Rural e Combate à Pobreza;

Pontos fracos

1. Insuficiente número de supervisores, técnicos para a gestão de cadeia de frio e logística a nível Nacional;
2. Insuficiente número de técnicos capacitados a nível Provincial e Municipal;
3. Reduzido financiamento para a implementação das actividades de rotina do Programa de Imunização;
4. Insuficiente capacidade das Províncias e Municípios para a realização de supervisão formativa;
5. Insuficiência de meios de transporte para a implementação das actividades de vacinação;
6. Deficiente cadeia de frio e manutenção a nível Nacional, Provincial e Municipal;
7. Não cumprimento do cofinanciamento pelo Executivo, para a aquisição de novas vacinas e suspensão do apoio do GAVI;
8. Insuficientes actividades de vacinação em áreas de difícil acesso;
9. Abastecimento irregular de energia e gás em alguns Municípios;

Condicionantes ambientais

1. Precárias condições de saneamento básico;
2. Concentração populacional nas áreas peri-urbanas das cidades;
3. Migrações frequentes;
4. Rejeição da vacina por razões culturais, sociais e religiosas;
5. Difícil acesso de algumas comunidades às unidades sanitárias;
6. Vírus selvagem em circulação na sub-região Africana.

Pesquisa operacional

1. Estudo sobre Conhecimentos Atitudes e Práticas da População (CAP) sobre as causas de não vacinação;
2. Inquérito sobre as oportunidades perdidas na vacinação de rotina, em unidades sanitárias;
3. Inquéritos de cobertura vacinal na comunidade;
4. Vigilância ambiental do Pólio Vírus selvagem.

Projecto 2: *Prevenção, controlo e eliminação da Malária*

Situação actual

A malária representa um importante problema de saúde pública, é a primeira causa de morte, de consultas médicas e de absentismo laboral e escolar, constituindo uma das principais causas de morbilidade e mortalidade perinatal, de baixo peso ao nascer, de anemia em mulheres grávidas e de mortalidade materna.

A malária representa ainda cerca de 35% da demanda de cuidados curativos, 20% de internamentos hospitalares, 40% das mortes perinatais e 25% de mortalidade materna.¹

Em 2011, foram registados 2.922.689 casos suspeitos de malária em todo o País, dos quais apenas 67% foram submetidos a confirmação laboratorial, destes 45% foram positivos quer pela gota espessa, quer por testes rápidos.

Em 2011, foram registados no País 6.048 óbitos, destacando-se a faixa etária de menores de 5 anos com 3.476 casos (57%). De 2006 a 2011 registou-se uma diminuição da taxa de prevalência da malária em crianças com menos de cinco anos de 38%.

Em relação à posse de mosquiteiro tratado por agregado familiar, a cobertura passou de 27.5% em 2006 para 34.5% em 2011. A taxa de utilização em crianças menores de 5 anos passou de 18% em 2006 para 26% em 2011. Nas mulheres grávidas passou de 22% em 2006 para 26% em 2011. Em 2011, 18% das mulheres grávidas receberam tratamento intermitente e preventivo da malária (TIP).

A malária é endémica em todo o País e é transmitida por mosquitos do género *Anopheles*: *Anopheles gambiae* e *An. Funestus*. As quatro espécies de *Plasmodium* responsáveis pela malária humana encontram-se representadas no País: *Plasmodium falciparum* (87%), *Plasmodium vivax* (7%), *Plasmodium malariae* (3%) e *Plasmodium ovale* (3%). O País tem três áreas de endemicidade: uma área hiperendémica no norte, uma área mesoendémica estável no centro e uma área mesoendémica instável, localizada no sul do País, propensa a epidemias.

Para a mobilização e sensibilização da população, o MINSA tem um plano operacional de comunicação no âmbito da luta contra a malária, baseado na Estratégia Integrada de Informação, Educação e Comunicação

¹ Direcção Nacional de Saúde Pública. Programa da Malária. Indicadores Múltiplos da Malária, 2011.

(IEC). Algumas actividades do plano são implementadas, através de campanhas de mobilização comunitárias.

O Programa Nacional de Controlo da Malária (PNCM) conta com um manual de diagnóstico laboratorial e clínico, com normas de tratamento. O PNCM tem também um plano estratégico para 2011-2015, e um plano de Monitoria e Avaliação (M&A) elaborado com base no princípio “Três Um” (um plano de acção, uma coordenação e um plano de M&A. Recolhe e analisa dados sobre a morbilidade e mortalidade nas unidades sanitárias, a gestão do programa e a logística.

Em todas as Províncias, existem um oficial e um supervisor, que velam pela implementação das intervenções de controlo da malária, da recolha e análise de dados.

Estratégias operacionais

1. Descentralização operacional das acções para o controlo da malária, em concordância com a municipalização dos serviços de saúde;
2. Promoção da utilização, pela população em geral e pelas mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos, em particular, de mosquiteiros impregnados com insecticida;
3. Promoção do Tratamento Intermitente e Preventivo da Malária (TIP) com Sulfadoxina Pirimetamina para as mulheres grávidas elegíveis, na consulta Pré-Natal;
4. Diagnóstico precoce com testes rápidos e de laboratório a todos os casos suspeitos de malária;
5. Tratamento com Anti-maláricos Combinados (ACTs) de todos os casos simples de malária e tratamento adequado dos casos complicados;
6. Gratuidade aos meios de diagnóstico, aos mosquiteiros e ACTs nos serviços públicos de saúde.
7. Luta anti-vectorial com o controlo integrado do vector e do parasita, através da distribuição de mosquiteiros tratados com insecticida, da Pulverização Residual Intra-domiciliar e da luta anti larvar;
8. Acções de vigilância epidemiológica, monitoria e avaliação para a detecção e controlo de epidemias de malária nas áreas de risco epidémico;
9. Mobilização da comunidade e sua sensibilização no sentido da mudança de comportamento em relação à prevenção da malária;
10. Reforço das parcerias nacionais, regionais e internacionais, “Movimento fazer recuar a Malária” (RBM) e iniciativas transfronteiriças para o controlo da malária Trans-Kunene e Trans-Zambeze;
11. Reforço das parcerias para a pesquisa operacional e vigilância epidemiológica;
12. Abordagem multisectorial nas intervenções para o controlo da malária.

Metas

1. Até 2015, criar mecanismos de coordenação e gestão das acções de prevenção e controlo da malária em todas as Províncias, e até 2021, em todos os Municípios;
2. Até 2017 e 2021, tratar 80% e 90%, respectivamente, dos casos de malária simples diagnosticados, com Anti-maláricos Combinados (ACTs) nas 24 horas seguintes ao início dos sintomas;
3. Até 2017 e 2025, confirmar 80% e 90%, respectivamente, dos casos suspeitos de malária, com o teste rápido ou microscópicamente;
4. Até 2017, constituir em todos os Municípios equipas de luta antivectorial, para a Pulverização residual intra-domiciliar e a luta anti-larvar;
5. Até 2017 e 2025, cobrir 60% e 90% das casas, respectivamente, com pulverização Intra-domiciliar nos Municípios de risco;
6. Até 2025, as Províncias de Bengo, Cabinda, Kwanza Norte, Luanda, Lunda Norte, Lunda Sul, Moxico, Uíge e Zaire permanecerão na fase de controlo, as Províncias de Benguela, Bié, Kwanza Sul e Malanje estarão em fase de pré-eliminação e as Províncias do Cunene, Huambo, Huíla, Kuando Kubango e Namibe estarão em fase de eliminação;
7. Até 2017 e 2025, garantir uma cobertura de 80% e 90%, respectivamente, com mosquiteiros tratados com insecticida (cobertura universal);
8. Até 2017 e 2025, garantir uma cobertura de 80% e 90%, respectivamente, com TIP (Sulfadoxina e Pirimetamina, 1ª e 2ª doses) nas mulheres grávidas que atendem CPN;
9. A partir de 2015, efectuar bianualmente o inquérito sobre indicadores múltiplos da Malária.

Actividades e intervenções

1. Adquirir redes mosquiteiras, ACTs e testes rápidos de diagnóstico;
2. Distribuir uma rede mosquiteira para cada dois habitantes;
3. Administrar, sob observação directa, Sulfadoxina e Pirimetamina (SP) a todas as mulheres grávidas que frequentam as consultas de pré-natal (três doses);
4. Capacitar/formar em cascata e continuamente os técnicos das Províncias, Municípios e unidades sanitárias sobre as normas de diagnóstico e tratamento da malária em vigor, com destaque para os grupos mais vulneráveis, as mulheres grávidas e as crianças;
5. Realizar actividades de promoção e mobilização social das comunidades, para que estas reconheçam os sinais e sintomas da malária e procurem os serviços para o tratamento adequado e atempado;

6. Actualizar permanentemente as normas técnicas para o controlo vectorial integrado;
7. Aumentar os núcleos provinciais e as equipas locais de luta anti-vectorial;
8. Actualizar permanentemente a informação entomológica, epidemiológica e o mapa dos Municípios em risco epidémico de malária (mapeamento, estratificação, população em risco, factores de risco);
9. Expandir a formação/capacitação de pessoal para Pulverização Intra-domiciliar e de Mosquiteiros Tratados com Insecticida;
10. Incrementar a Pulverização Intra-domiciliar nas zonas de risco epidémico;
11. Integrar regionalmente os laboratórios no controlo de qualidade do diagnóstico dos casos;
12. Monitorizar e avaliar periodicamente o PNCM e os factores de risco.

Resultados esperados

1. As Províncias de Bengo, Cabinda, Kwanza Norte, Luanda, Lunda Norte, Lunda Sul, Moxico, Uíge e Zaire permanecerão na fase de controlo, as Províncias de Benguela, Bié, Kwanza Sul e Malanje estarão em fase de pré-eliminação e as Províncias do Cunene, Huambo, Huíla, Kuando Kubango e Namibe estarão em fase de eliminação;
2. Cobertura Nacional com mosquiteiros tratados com insecticida às mulheres grávidas e crianças menores de cinco anos aumentada;
3. Cobertura do TIP com sulfadoxina e pirimetamina (SP) em todas as mulheres grávidas aumentada;
4. Cobertura aumentada de casos suspeitos de malária confirmados por teste rápido ou laboratorialmente;
5. Equipas para a luta antivectorial para a Pulverização Residual Intra-domiciliar e a luta anti-larval constituídas e funcionais em todos os Municípios;
6. Municípios de risco com cobertura de Pulverização Intra-domiciliar aumentada;
7. Casos diagnosticados com malária simples tratados nas 24 horas seguintes ao início dos sintomas com Antimaláricos Combinados (ACTs) aumentados;
8. Estudos realizados para a introdução da vacina contra a malária;
9. Mecanismos de coordenação e gestão das acções de prevenção e controlo da malária, criados e funcionais em todas as Províncias e Municípios.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Programa Nacional de Controlo da Malária / DNSP;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: CECOMA, Gabinete de Promoção para a Saúde, Saúde Reprodutiva;
3. Parceiros nacionais: Direções Provinciais de Saúde, Administrações e Repartições Municipais, Forças Armadas, ONG's nacionais, Igrejas, SONANGOL e petrolíferas associadas (ExxonMobil e Chevron);
4. Parceiros Internacionais: OMS, UNICEF, USAID/PMI, CDC, Fundo Global.

Indicadores de avaliação

1. Taxa de prevalência da malária em crianças menores de 5 anos;
2. Número de óbitos e taxa específica de mortalidade devida à malária;
3. Número de crianças menores de cinco anos e grávidas que receberam pelo menos um mosquiteiro tratado com insecticida, nas consultas de pré-natal e durante a vacinação;
4. Número de agregados com pelo menos um mosquiteiro tratado com insecticida;
5. Número de menores de cinco anos e grávidas que dormiram debaixo de mosquiteiros na noite anterior ao inquérito;
6. Número de grávidas elegíveis que receberam pelo menos 3 doses de TIP;
7. Número de grávidas que receberam o TIP na última gravidez;
8. Número de técnicos capacitados no diagnóstico e tratamento de casos simples e complicados da malária;
9. Número de casos suspeitos de malária, confirmados laboratorialmente e com testes rápidos;
10. Número de crianças menores de cinco anos diagnosticadas e tratadas com ACTs nas 24 horas seguintes ao aparecimento de sintomas;
11. Número de casas pulverizadas intra-domiciliar (PID) nos Municípios em risco epidémico e de alta prevalência;
12. Número de pessoas protegidas pela PID;
13. Número de Províncias e Municípios com mecanismos de coordenação e gestão das acções de prevenção e controlo da malária criados e funcionais.

Mecanismos de avaliação e seguimento

1. Relatórios trimestrais e anuais de actividades do PNCM;

2. Relatórios das DPS e RMS;
3. Boletins de Vigilância Epidemiológica;
4. Relatórios de supervisão;
5. Actas das reuniões de coordenação do PNCM (Grupo técnico), das DPS e RMS, e do Mecanismo de Coordenação Nacional do Fundo Global (MCN)
6. Relatórios dos estudos.

Sustentabilidade: pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política;
2. Acesso gratuito aos meios de diagnóstico e de terapia combinada;
3. Aumento da rede sanitária;
4. Experiência do PNCM na implementação dos projectos financiados pelo Fundo-Global;
5. Descentralização de recursos financeiros para os cuidados primários de saúde no âmbito da Municipalização dos Serviços Municipais de Saúde.

Pontos fracos

1. Insuficiência de recursos humanos capacitados;
2. Insuficiente saneamento do meio;
3. Vulnerabilidade à importação de estirpes resistentes;
4. Deficiente sensibilização da população em geral sobre a importância na luta anti-larval.

Condições ambientais

1. Condições favoráveis à proliferação de criadouros de mosquitos, por fraco saneamento do meio;
2. Pouca consciencialização da população para a prevenção da doença.

Pesquisa operacional

1. Realizar um estudo para a introdução da vacina contra a malária.
2. Realizar estudos parasitológicos, entomológicos e de eficácia terapêutica bianualmente;
3. Efectuar estudos de diagnóstico diferencial de síndromes febris suspeitos de malária;
4. Realizar estudos CAP.

Projecto 3: *Prevenção e controlo do VIH/SIDA e da Sífilis*

Situação actual

Angola com uma epidemia do VIH com perfis e comportamentos diferenciados a nível das regiões e Províncias do país, encontra-se numa situação peculiar por apresentar uma prevalência de VIH na população sexualmente activa (2.1%)², a mais baixa da região da África Austral. Estima-se que a prevalência do VIH manter-se-á estável (abaixo de 3%) até ao ano de 2015.

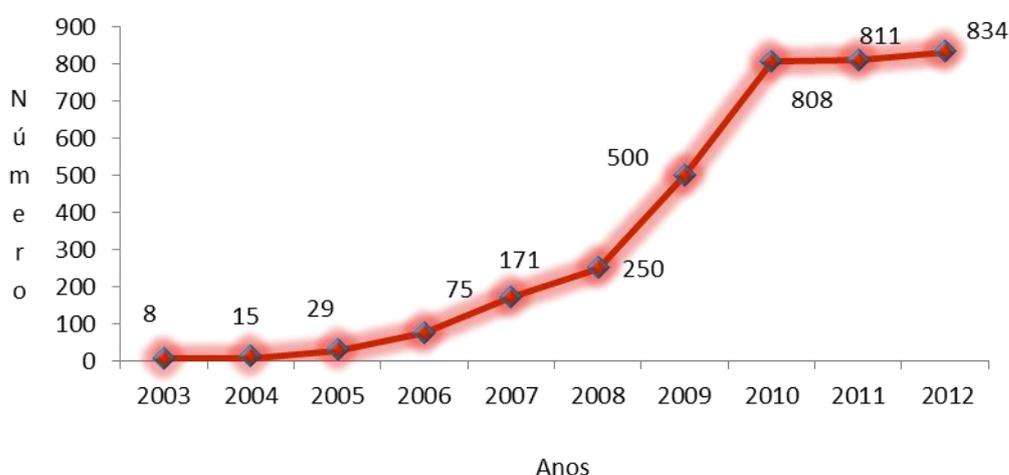
Segundo os resultados do último estudo Nacional de Seroprevalência do VIH realizado em mulheres grávidas em Consulta Pré Natal (CPN) em 36 sítios sentinela, das 18 Províncias do País em 2011, a prevalência nas zonas rurais varia de 0,4% (Gabela-K. Sul) à 3.8% (Cambulo-Lunda Norte e nas zonas urbanas de 0% (Uíge) à 8.2% (Ondjiva-Cunene).

A transmissão do VIH é predominantemente heterossexual com 79,2% dos casos notificados.

Estimativas por faixa etária e género apontam para maior prevalência para o sexo feminino a partir dos 15 anos, sendo maior na faixa etária de 25 a 29 anos, seguida pelas de 20 a 24 anos e 30 a 34 anos³. Estima-se que Angola tenha em 2012 cerca de 216.317 adultos vivendo com VIH, segundo Programa (EPP)/Spectrum.

A taxa de cobertura dos serviços de Aconselhamento e Testagem (AT) em Angola registou um aumento no período de 2003 a 2012. Em 2003, eram apenas 8 serviços de AT, tendo passado em 2012 para 834, para o atendimento de adultos, crianças e mulheres grávidas, distribuídos em 748 unidades fixas e 86 clínicas móveis, (gráfico nº1).

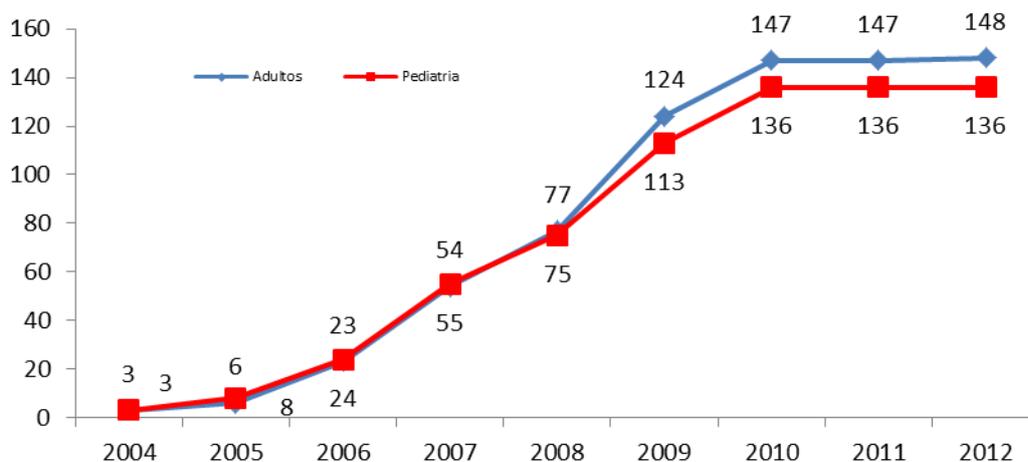
Gráfico 1. Número acumulado de serviços de Aconselhamento e Testagem por ano, 2003 - 2012.



Analisando a evolução da percentagem dos testes positivos realizados nestes serviços entre 2004 e 2012, a positividade tendeu a diminuir nos últimos anos, tendo passado de 9,7% em 2004 para 4,4% em 2012.

A taxa de cobertura dos serviços de tratamento aumentou consideravelmente entre 2004 e 2012. Em 2004 o País contava apenas com três serviços de tratamento, tendo estes passado para 148 para o tratamento de adultos e 136 para o tratamento de crianças. Estes serviços, desde 2004 à 2012, registaram um total de 113.696 pessoas vivendo com VIH e SIDA (PVVIH e SIDA), que se encontram em acompanhamento. Destas, 58.424 encontram-se em tratamento Antirretroviral (TARV), sendo 54.143 (92.6%) adultos e 4.281 (7.4%) crianças, (gráfico nº2).

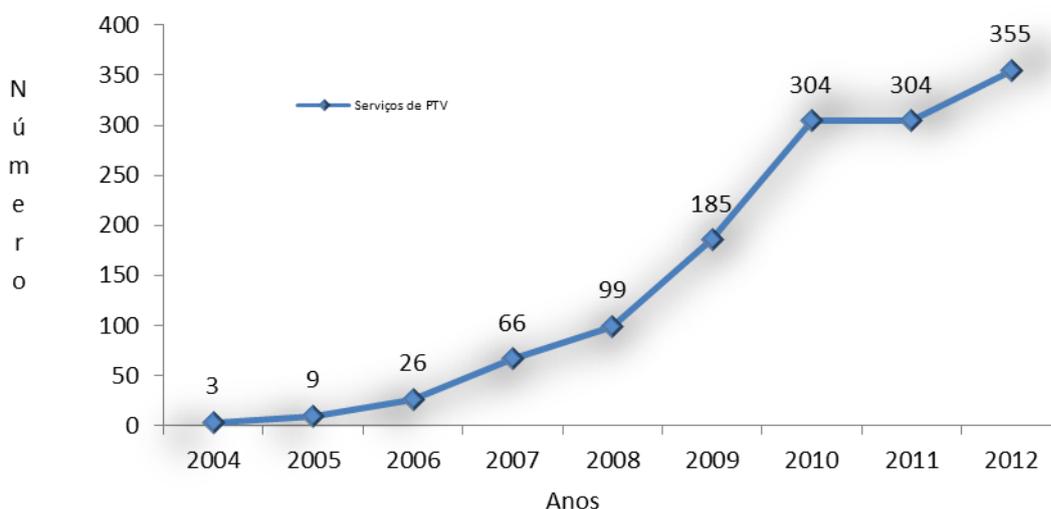
Gráfico 2. Número acumulado de serviços de TARV por ano. 2004– 2012.



Desde 2004, ano em que se iniciou o Programa de Prevenção da Transmissão Vertical de VIH (PTV) até 2012, foram realizados 1.397.724 testes em mulheres grávidas dos quais 32.110 resultaram positivos ao VIH. Para o atendimento às gestantes VIH positivas, Angola conta actualmente com 355 serviços criados até 2012. A estimativa de grávidas positivas para 2012 é de 15.284. Evidências científicas demonstram que o risco de transmissão do VIH da mulher grávida para o bebé, poderá atingir 40%, se não houver intervenção e, ser inferior ou igual a 5% se houver intervenção.

No gráfico nº3, apresentamos os serviços com programa de PTV, criados de 2004 a 2012, para permitir o diagnóstico do VIH, atendimento, seguimento e tratamento das mulheres grávidas positivas para o VIH e SIDA em CPN a nível Nacional.

Gráfico 3. Número acumulado de serviços de PTV criados por ano.
2004 - 2012.



Relativamente à vigilância da Sífilis, a prevalência em mulheres grávidas aumentou de 1,4% em 2004 para 2,6% em 2007 e diminuiu para 2,0% em 2009. A área urbana continua a ser a mais afectada comparada com a área rural. Em relação à faixa etária de 15 a 24 anos, a prevalência da Sífilis em mulheres grávidas é ligeiramente inferior à da faixa etária de 15 a 49 anos. A Sífilis tem uma tendência similar ao VIH. Nas áreas fronteiriças a prevalência é mais alta, especialmente na fronteira com a Namíbia e com a República Democrática do Congo. Entre os diferentes grupos, relativamente ao estado civil, o grupo de mulheres casadas/vive maritalmente, tem uma prevalência da Sífilis mais alta do que as mulheres solteiras.

Em relação ao grupo etário em 2009, a prevalência tende a aumentar com a idade até aos 34 anos. Nota-se que a prevalência é mais alta no grupo etário de 30-34 anos com 4,2% e a prevalência mais baixa está na faixa etária de 15 a 19 anos, com 1,9%.

O País adoptou o Plano Estratégico Nacional (PEN) de luta contra a SIDA 2011-2014. A abordagem do PEN é transversal e multisectorial de responsabilidade partilhada aos vários níveis, nomeadamente: Ministérios, Membros da Comissão Nacional de Luta contra o SIDA e Grandes Endemias, Comitês Provinciais de Luta contra o SIDA e Grandes Endemias, Sector público e Privado, igrejas, ONG's, sociedade civil, entre outros.

O Instituto Nacional de Luta contra o SIDA (INLS) é um órgão central do MINSAs, criado por Decreto Número 7/05, de 9 de Março. O País conta com a Lei Número 8/04, de 1 de Novembro, sobre o VIH e SIDA.

Estratégias operacionais

1. Realização de Campanhas de Informação Educação e Comunicação (IEC) e Expansão das iniciativas de Aconselhamento e Testagem;
2. Fortalecimento intersectorial com medidas preventivas e Integração de iniciativa de resposta às ITS/VIH em todos os sectores (público, privado e sociedade civil);

3. Envolvimento e engajamento de mulheres, adolescentes e jovens em projectos de redução da vulnerabilidade, desenvolvimento de competência, para o retardamento do início da vida sexual e desenvolvimento de negociação de sexo seguro, com amplo envolvimento da escola e comunidades;
4. Expansão do Programa de Prevenção de Transmissão Vertical (PTV) em todas as Unidades com CPN;
5. Garantia de disponibilidade e acessibilidade de preservativos masculinos e femininos e promover a sua utilização;
6. Sustentabilidade dos serviços de referência e contra referência integrados na municipalização dos serviços de saúde;
7. Reforço da intervenção das Pessoas Vivendo com VIH (PVVIH) na promoção de uma vida saudável, favorável à prevenção e redução de infecção entre casais sero-discordantes;
8. Ampliação dos serviços em unidades sanitárias com recursos e competências instaladas, para prestarem assistência e atenção integrada aos doentes no contexto das ITS/VIH/SIDA, Hepatites virais e outras doenças correlacionadas;
9. Expansão de serviços de TARV com disponibilização de recursos humanos capacitados para um adequado diagnóstico, prescrição e acompanhamento dos doentes com VIH e SIDA, ITS e Hepatites virais;
10. Acompanhamento de novas evidências para actualização de normas de actuação Clínica laboratorial, investigação Biomédica, Pedagógica no que se refere as ITS/VIH e SIDA;
11. Reforço da capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades para mitigar o impacto;
12. Asseguramento do apoio e provisão de serviços essenciais às crianças órfãs e vulneráveis, em coordenação com outros sectores;
13. Garantia da assistência da população mais vulnerável na comunidade, particularmente mulheres e crianças órfãs e vulneráveis;
14. Realização de estudos seroepidemiológicos em sítios sentinela, com inclusão de novos sítios em áreas rurais e em populações chaves (mulheres grávidas, homens que fazem sexo com homens, trabalhadoras de sexo, prisioneiros, camionistas, entre outros);
15. Asseguramento da divulgação e aplicação adequada das leis e dos dispositivos legais que protegem as PVIH;
16. Fortalecimento do sistema de farmacovigilância como parte da estratégia integrada de promoção da aderência aos diferentes regimes de tratamento;
17. Redefinição de estratégias com base em evidências (orientação de resultado inspirado em evidência)

18. Garantia do Diagnóstico Precoce Infantil (DPI) em crianças expostas em todos os serviços de Prevenção da Transmissão Vertical do VIH.

Metas

1. Até 2017, manter a prevalência do VIH, em grávidas em CPN, abaixo de 3%;
2. Até 2025, reduzir em 90% o número de novas infecções pelo VIH na infância;
3. Até 2025, reduzir em 50% a incidência do VIH em mulheres entre 15-49 anos;
4. Até 2025, aumentar em 90% o número de pessoas dos 15-49 anos, que tiveram sexo com mais de um parceiro nos últimos 12 meses, e que declaram o uso de preservativo durante a última relação sexual;
5. Até 2025, aumentar em 95% o número de pessoas dos 15-24 anos que conhecem correctamente as formas de transmissão e prevenção do VIH;
6. Até 2017 e 2025, aumentar para 90% e 95%, respectivamente, as mulheres seropositivas ao VIH que recebem TARV no programa de PTV e mantê-las em TARV;
7. Até 2017 e 2025, reduzir em 90 e 95%, respectivamente, a transmissão de VIH de mãe para filho;
8. Até 2017 e 2025, aumentar em 70% e 95% respectivamente, o número de serviços de aconselhamento e testagem;
9. Até 2017 e 2025, fornecer tratamento ARV a 90% e 95% respectivamente, das pessoas VIH positivas elegíveis (adultos e crianças);
10. Até 2017 e 2025, aumentar em 80% e 95%, respectivamente, o serviço de CPN e PTV em articulação com o Programa de Saúde Sexual Reprodutiva;
11. Até 2017 e 2025, aumentar em 70% e 95%, respectivamente, o número de serviços de tratamento com antirretroviral para crianças e adultos;
12. Até 2017 e 2025, aumentar em 50% e 90%, respectivamente, o diagnóstico precoce infantil com técnica PCR/DBS em crianças expostas (crianças nascidas de mães seropositivas) nas dezoito Províncias;
13. Até 2025, distribuir anualmente 100.000.000 de preservativos a pessoas com mais de 15 anos;
14. Até 2025, diminuir em 90%, o número de mortes relacionadas com o SIDA.

Actividades e intervenções

1. Realizar campanhas ATVIH associadas aos feriados e outras efemérides;
2. Realizar formações para profissionais de saúde dos três níveis de assistência sanitária, sobre boas práticas de ATVIH, manuseamento clínico e laboratorial das PVVIH, gestão de estoque de antirretrovirais, testes rápidos e outros insumos;
3. Actualizar/capacitar técnicos (médicos, enfermeiros) em AT/PTV/TARV, e em ITSs;
4. Capacitar activistas nas redes de PVVIH e SIDA e outras organizações da sociedade civil;
5. Criar unidades de referência para o tratamento das ITS/ATVIH/PTV/TARV;
6. Expandir serviços de ATVIH/PTV/TARV em todas as unidades sanitárias que atendem pessoas com Tuberculose;
7. Capacitar técnicos de laboratório sobre boas práticas laboratoriais, biossegurança e diagnóstico precoce infantil;
8. Harmonizar os conteúdos/protocolos e formas de abordagem do VIH baseadas em evidências por áreas temáticas;
9. Expandir a técnica de DBS nas unidades de saúde com programa de PTV para o diagnóstico precoce infantil;
10. Adquirir ARV, testes rápidos, reagentes CD4, carga viral, genotipagem e medicamentos para as IOS, para tratar adultos e crianças com VIH de forma contínua a nível Nacional;
11. Mobilizar recursos e estabelecer mecanismos para a formação de PVVIH na comunidade para a oferta do apoio psico social e gestão de grupos de apoio mútuo;
12. Realizar estudos de seroprevalência e comportamentais, em populações vulneráveis;
13. Reforçar o sistema de informação do VIH/SIDA e controlo da qualidade dos dados;
14. Monitorar e avaliar a resposta Nacional ao VIH/SIDA.

Resultados esperados

1. Aumentada a proporção de população sexualmente activa, que conhece seu estado serológico com uso de preservativos;
2. Ampliada a rede de atendimento, tratamento e apoio as mulheres grávidas com VIH;

3. Aumentado o serviço de aconselhamento e testagem e atendimento as PVVIH/ITS/PTV e SIDA de acordo com as normas e protocolos de atendimento integrado nas US;
4. Melhorada a qualidade e garantido o suprimento para diagnóstico e manuseamento clínico dos utentes com acesso gratuito aos serviços de TARV;
5. Fortalecido o sistema de vigilância epidemiológica, comportamental e de farmacovigilância e melhorado o conhecimento das características do VIH;
6. Reforçadas as capacidades dos indivíduos, famílias e comunidades para mitigar o impacto do VIH;
7. Reduzidas as novas infecções pelo VIH em adultos e crianças;
8. Reduzidas as mortes relacionadas com SIDA;
9. Reduzida transmissão do VIH de mãe para filho;
10. Assegurado o tratamento antirretroviral às pessoas elegíveis.

Organismos e instituições responsáveis

1. Coordenação Nacional: Comissão Nacional de Luta contra a SIDA e Grandes Endemias;
2. Coordenação Técnica Nacional: Ministério da Saúde;
3. Organismos de apoio a implementação do Ministério da Saúde: INLS/INSP/DNSP/CNS/DPS/RMS/ Unidades Sanitárias dos três níveis do SNS;
4. Parceiros nacionais: Serviços de Saúde Militar e Paramilitar, Clínicas Privadas, Organizações da Sociedade Civil (Igrejas, ONG, Líderes Tradicionais...);
5. Parceiros internacionais: ONUSIDA, OMS, UNICEF, FNUAP e Fundo Global.

Indicadores de avaliação

1. Percentagem dos jovens e mulheres de 15-49 anos que tiveram relações sexuais com mais de um parceiro nos últimos 12 meses;
2. Percentagem de homens e mulheres de 15-49 anos que tiveram relações sexuais com mais de um parceiro nos últimos 12 meses e relatam o uso de preservativo na última relação sexual;
3. Percentagem de homens e mulheres de 15-24 anos de idade que identificam correctamente as principais formas de prevenção e transmissão do VIH e rejeitam as ideias falsas sobre as formas de transmissão do VIH;

4. Percentagem de preservativos masculinos e femininos distribuídos por Província;
5. Percentagem de grávidas seropositivas que recebem ARV no Programa de Prevenção da Transmissão Vertical para reduzir o risco da transmissão vertical;
6. Percentagem de crianças expostas que realizaram o teste do VIH ou a quantificação da carga viral até os 18 meses de vida;
7. Percentagem de crianças expostas, infectadas pelo VIH durante os últimos 18 meses;
8. Percentagem de US com CPN (sala de parto) com serviços de PTV;
9. Número de profissionais de saúde treinados sobre as normas de biossegurança;
10. Percentagem de adultos e crianças que recebem Tratamento Antirretroviral (TARV);
11. Percentagem de pessoas com co-infecção VIH/TB que receberam tratamento combinado de TB e VIH nos últimos 12 meses;
12. Percentagem de Municípios com US com serviços de TARV de acordo com o Protocolo Nacional;
13. Número de profissionais de saúde capacitados para o manuseamento de PPVI-SIDA, ITS, Infecções Oportunistas, TB entre outras;
14. Número de DPS que enviam relatórios padronizados na data estabelecida para o INLS.

Mecanismos de avaliação e seguimento

1. Relatórios trimestrais e anuais de actividades do Programa;
2. Relatórios das DPS e RMS;
3. Boletins de Vigilância Epidemiológica;
4. Relatórios de supervisão;
5. Actas das reuniões de coordenação do Programa (Grupo técnico), das DPS e RMS, e do Mecanismo de Coordenação Nacional do Fundo Global (MCN)
6. Relatórios dos estudos.

Sustentabilidade: pontes fortes fracas

Pontos fortes:

1. Vontade política;

2. Existência da Comissão Nacional de Luta contra a SIDA e Grandes Endemias;
3. Unidades sanitárias dotadas de aparelhos e meios específicos para o diagnóstico e acompanhamento das PVVIH;
4. Sustentabilidade de ARV e outros meios necessários para o acompanhamento e tratamento de outras co morbilidades gratuita;
5. Existência de instrumentos de gestão epidemiológica, assim como da logística actualizados e mecanismos de aprovisionamento melhorados;
6. Existência de mecanismos de coordenação do programa a nível Nacional e nas Províncias;
7. Municipalização dos serviços de saúde.

Pontos fracos

1. Défice em recursos humanos capacitados e com sobrecarga de tarefas;
2. Fuga de Cérebros por desmotivação;
3. Falta constante de energia e outras condições técnicas incluindo a falta de capacidade de manutenção preventiva e reparadora;
4. Pouca operacionalidade dos comités provinciais de Luta contra a SIDA e Grandes Endemias;
5. Retirada dos apoios externos;
6. Desmotivação das organizações da sociedade civil por falta de apoio financeiro.

Pesquisa operacional

1. Estudos comportamentais e de seroprevalência em populações-chave até 2025, com apoio de parceiros nacionais e internacionais;
2. Estudos culturais e antropológicos, na população adulta em todo País;
3. Estudos sobre Indicadores do Alerta Precoce (IAP), para aprimorar a vigilância de farmacoresistência do VIH.
4. Estudos comportamentais e de prevalência nos grupos de risco dos efectivos militares das Forças Armadas de Angola.

Projecto 4: Prevenção e controlo da Tuberculose

Situação actual

A Tuberculose constitui um problema de saúde da população angolana e está entre as cinco principais causas de morbilidade no País. Múltiplos factores têm contribuído para a vulnerabilidade das pessoas à Tuberculose, nomeadamente o alcoolismo, a má nutrição, o VIH e SIDA, e pobreza.

Em 2011, foram registados 38.000 casos de tuberculose. A taxa de detecção é de 65%², dos quais (54%) são BK (+) e 41 % BK (-). A distribuição dos casos no País não é homogénea, com variações entre as Províncias, observando-se concentrações de casos principalmente nas cidades urbanas mais populosas ou associadas às características de desenvolvimento periurbano ou fronteiriço onde convive o maior número de pessoas e/ou onde existem maiores índices de pobreza. As Províncias de Luanda e Benguela apresentam uma maior notificação com 35% do total. Bié, Huambo, Huila, Kwanza Norte, Kwanza Sul, Lunda Norte, Malanje, Moxico e Uíge representam mais de 40% do total de casos a nível do País.

Actualmente, o País regista uma Taxa de Sucesso ao Tratamento de 75%³, uma Taxa de Abandono de 17%⁴ e uma taxa de fracasso ao tratamento de 2%⁵. São apontados como constrangimentos o não cumprimento do protocolo de tratamento, o alcoolismo, a pobreza, as dificuldades de acesso e outros factores.

Os serviços com Tratamento com Esquema Curto Directamente Observado (DOTs), constituem o pilar da estratégia do MINSA. Estão implantados em 195 unidades sanitárias das 2.356 existentes, distribuídos por 115 Municípios, correspondendo a 71% dos Municípios. Relativamente à pesquisa de BK, o País conta com 134 laboratórios.

Das estratégias mais importantes adoptadas pelo País para o controlo da doença destacam-se: a vacinação com BCG aos recém-nascidos, a abordagem terapêutica dos doentes com tuberculose co-infectados com VIH/SIDA, a realização do teste do VIH em todos os doentes com tuberculose, a monitorização da multirresistência às drogas, o reforço das intervenções em grupos de risco como crianças, contactos de casos bacilíferos e presos e a implementação do DOTs Comunitário.

² Taxa de detecção (BK+) preconizada pela OMS para a Região Africana é de 70%

³ Taxa de sucesso ao Tratamento preconizada pela OMS para a Região Africana é de 85%

⁴ Taxa de abandono preconizada pela OMS para a Região Africana é de <5%

⁵ Taxa de fracasso preconizada pela OMS para a região Africana é de 1,50%

Está a decorrer um estudo sobre a multidroga resistência em Angola.

Angola conta com instrumentos normativos e metodológicos tais como: o Plano Estratégico Nacional (PEN) 2008 – 2012, que contempla as linhas directrizes que norteiam o programa Nacional; o Manual de Normas Técnicas e Procedimentos (última versão 2010); o Manual de Diagnóstico Laboratorial de Tuberculose, elaborado em 2005; o Guia de implementação dos DOTS Comunitários elaborado em 2010; o Guia de controlo da coinfeção TB/SIDA elaborado em 2010; o Manual e Protocolo de investigação para MDR (multidroga resistência); o Manual para o controlo da tuberculose nas cadeias e o Manual para o controlo da infecção nas unidades sanitárias.

Estratégias operacionais

1. Revisão/actualização regular e atempada de documentos estratégicos, normativos, formativos e de orientação técnica e metodológica em tuberculose;
2. Prevenção da doença através da vacinação com BCG a todos os recém-nascidos;
3. Reforço do Sistema de Saúde para apoiar a expansão da cobertura e melhoria da qualidade da estratégia DOT;
4. Garantia de que todos os doentes diagnosticados com TB conheçam o seu estado serológico quanto ao VIH;
5. Reforço das actividades de coordenação com o Instituto de Luta Contra o SIDA;
6. Estabelecimento de mecanismos para a prevenção e controlo da Tuberculose multidroga resistente;
7. Reforço das actividades de promoção da saúde e prevenção da doença em grupos de risco (prisioneiros, refugiados, trabalhadores mineiros, contactos de casos bacilíferos);
8. Reforço das actividades de IEC às comunidades;
9. Promoção da participação das famílias e comunidades nos cuidados aos doentes de TB, incluindo o reforço alimentar para grupos mais vulneráveis, e na redução da taxa de abandono;
10. Reforço do sistema de monitorização e avaliação.

Metas

1. Entre 2013 e 2017, que 85% dos profissionais de saúde tenham beneficiado de uma formação/capacitação em tuberculose, e manter até 2025;
2. Até 2025, que todos os sintomáticos respiratórios (tosse com mais de três semanas) tenham realizado o rastreio;
3. A partir de 2015, que 100% dos doentes resistentes aos medicamentos de 1ª linha, tenham acesso ao tratamento de 2ª linha;
4. Até 2017, que todas as unidades sanitárias, dotadas de laboratório, ofereçam os serviços DOT estratégico (diagnóstico laboratorial e tratamento);
5. Até 2017 e 2021, expandir para 70% e 100%, respectivamente, as unidades sanitárias, os serviços DOT (tratamento);
6. Até 2017, que todos os Centros de Saúde, Hospitais Municipais, Gerais e Centrais tenham um laboratório com capacidade para a realização de baciloscopia;
7. Até 2017, implantar em todos os Municípios pelo menos 1 Serviço de DOT Comunitário;
8. Até 2025, aumentar a taxa de conversão de baciloscopia ao 2º mês para 85%;
9. Até 2017, aumentar a taxa de detecção para 85%;
10. Até 2025, alcançar uma taxa de abandono inferior a 5%;
11. Até 2025, alcançar uma taxa de letalidade inferior a 5%;
12. Até 2025, alcançar uma taxa de sucesso ao tratamento superior a 85%;
13. Até 2025, aumentar a cobertura de vacinação contra a BCG para 95%.

Actividades e intervenções

1. Vacinar regularmente com BCG os recém-nascidos e alcançar uma cobertura de 95%;
2. Expandir os serviços DOT a todos os Municípios do País;
3. Expandir laboratórios com capacidade para a realização de baciloscopia em todos os Municípios;
4. Realizar a pesquisa de VIH/SIDA em todos os doentes com tuberculose;
5. Melhorar a gestão de equipamentos, reagentes, tuberculostáticos de 1ª e 2ª linha e outros consumíveis;
6. Reproduzir material para formação/reciclagem dos técnicos;
7. Reproduzir material de IEC;

8. Realizar encontros de coordenação/consenso;
9. Formar técnicos sobre a gestão do programa, diagnóstico e tratamento da doença;
10. Capacitar técnicos sobre a gestão do programa, diagnóstico e tratamento da doença;
11. Realizar supervisões;
12. Realizar campanhas de IEC para a população em geral e grupos de risco;
13. Implantar em todos os Municípios pelo menos um Serviço de DOT Comunitário;
14. Garantir, a 100% dos doentes resistentes aos medicamentos de 1ª linha, o tratamento adequado;
15. Realizar o rastreio a pelo menos 5% da população com sintomas respiratórios;
16. Realizar o rastreio a todo o efectivo militar, obrigatório, para a Tuberculose;
17. Expandir a rede de laboratórios para melhorar a capacidade de diagnóstico;
18. Garantir do abastecimento eficiente e regular de medicamentos antituberculosos de 1ª linha e 2ª linha, reagentes e material de laboratório;
19. Reforçar a vigilância epidemiológica, incluindo a vigilância da resistência aos antibacilares.

Resultados esperados

1. Cobertura de vacinação contra a BCG aumentada;
2. Taxa de Detecção aumentada;
3. Taxa de sucesso ao tratamento aumentada;
4. Taxa de conversão de baciloscopia ao 2º mês aumentada;
5. Taxa de abandono reduzida;
6. Serviços DOT em todos os Municípios implantados;
7. Laboratórios com pesquisa de baciloscopia implantados em todos os Municípios;
8. Gestão dos equipamentos, reagentes, tuberculostáticos de 1ª e 2ª linha e outros consumíveis melhorada;
9. Técnicos capacitados sobre gestão do programa, diagnóstico e tratamento da doença;
10. Em todos os Municípios pelo menos um Serviço de DOT Comunitário implementado;
11. Doentes resistentes aos medicamentos de 1ª linha com tratamento adequado;
12. População com sintomas respiratórios rastreada;
13. Material para a formação de técnicos e de IEC produzido e distribuído;
14. Campanhas de promoção de saúde realizadas a nível Nacional.

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: PNCT/DNSP;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Programa de Imunização, INLS, CECOMA;
3. Parceiros Nacionais: DPS, RMS, FAA, Ministério do Interior, Caritas, IESA, IEBA, ONGs, empresas petrolíferas, diamantíferas e clínicas privadas;
4. Parceiros Internacionais: ONG CUAMM para o Fundo Global, GDF [Global Drug Facility] para medicamentos e USAID e OMS para Assistência Técnica.

Indicadores de avaliação

1. Taxa de cobertura vacinal por BCG (crianças);
2. Taxa de detecção (BK+);
3. Taxa de letalidade da doença;
4. Taxa de conversão de baciloscopia ao 2º mês;
5. Taxa de sucesso ao tratamento;
6. Taxa de abandono do tratamento;
7. Taxa de fracassos do tratamento;
8. Taxa de mortalidade específica por tuberculose;
9. Percentagem de Municípios com DOTS;
10. Percentagem de unidades sanitárias com serviço de tratamento TB;
11. Percentagem de laboratórios que realizam a baciloscopia;
12. Percentagem de doentes de TB testados para o VIH;
13. Número de unidades de saúde privadas que colaboram com o PNCT;
14. Percentagem de Municípios com pelo menos um DOTS comunitário;
15. Percentagem de doentes MDR em tratamento;
16. Percentagem de profissionais por categoria (médicos, enfermeiros e técnicos de laboratório) formados/capacitados em TB;
17. Percentagem de pessoas com Sintomas Respiratórios examinados;
18. Número de investigações operacionais realizadas e utilizadas para a melhoria da luta contra a tuberculose;
19. Frequência de roturas de stock de tuberculostáticos e reagentes laboratoriais nas unidades sanitárias;
20. Documentos estratégicos, normativos, formativos e de orientação técnica e metodológica em Tuberculose revistos e actualizados.

Mecanismo de seguimento

1. Relatórios dos serviços envolvidos (Programa de Imunização; PNLCT; RM; DPS);
2. Relatórios trimestrais de rotina da rede de DOTs;
3. Relatórios anuais do PNCT;
4. Relatórios periódicos de supervisão e avaliação externa do programa.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Experiência acumulada pelos responsáveis e técnicos do PNCT a todos os níveis;
2. Gratuitidade para medicamentos, reagentes e outros consumíveis;
3. Municipalização dos Serviços de Saúde;
4. Financiamento adicional do Fundo Global ao Programa.

Pontos Fracos

1. Baixa cobertura dos serviços DOTs (rede de laboratórios para a tuberculose, US para tratamento, tomada de medicamentos supervisionada);
2. Frequentes roturas de stock de medicamentos;
3. Ausência de procedimentos de controlo de qualidade dos fármacos;
4. Fraco sistema de informação;
5. Conhecimento limitado da população sobre os sintomas e transmissão da doença;
6. Insuficientes estudos sobre os níveis de resistência aos medicamentos contra a tuberculose de 1ª linha;
7. Limitada coordenação e integração do PNCT e o INLS;
8. Pouco envolvimento do sector privado;
9. Deficiente participação da sociedade civil nas actividades de promoção;
10. Elevados índices de pobreza em Angola.

Condicionantes ambientais

1. Pobreza;

2. Alcoolismo;
3. Mal nutrição;
4. Estilos de vida não saudáveis;
5. Tabagismo;
6. Infecção pelo VIH;
7. Resistência aos medicamentos.

Pesquisas operacionais

1. Estudo de MDR nas Províncias de maior prevalência com casos de Retratamentos aos medicamentos de 1ª linha;
2. Estudos da coinfeção TB/VIH (adesão ao tratamento, resposta aos medicamentos, prevalência);
3. Estudo da incidência da TB em populações vulneráveis: presos e trabalhadores mineiros;
4. Estudo CAP a populações de risco da TB.

Projecto 5: *Prevenção, controlo e eliminação da Tripanossomíase Humana Africana*

Situação actual

A Tripanossomíase Humana Africana (THA) ou doença do sono é uma doença parasitária grave, causada pelo tripanossoma brucei gambiense nas Províncias do Uíge, Zaire, Malanje, Kwanza Norte, Kwanza Sul, Bengo e arredores de Luanda e Tripanossoma Rodesiense na Província do Kuando Kubango. É transmitida pelas glossínas ou moscas tsé-tsé. A doença do sono constitui ainda hoje um problema de saúde pública, ameaçando o bem-estar das populações e o conseqüente desenvolvimento socioeconómico nas Províncias endémicas.

Em 1997, Angola registou 8.275 casos novos de doença do sono. Desde 2007, o País regista uma regressão contínua do número de casos novos. Em 2011 registaram-se 154 casos novos, o que representa uma prevalência de uma taxa de detecção de 0,1 % nas Províncias endémicas (Bengo, Kwanza Norte, Kwanza Sul, Malanje, Uíge, Zaire e Luanda). Estima-se que cerca de seis milhões de pessoas estão expostas ao risco de contrair a doença.

Durante os últimos dez anos (2001-2011), foram examinados pelas equipas móveis (EM) e Centros de Diagnóstico e Tratamento (CDT) um total de 2.956.322 pessoas, tendo-se detectado e tratado 18.249 casos novos, correspondendo a uma taxa de detecção de 0,6%.

Relativamente à luta contra o vector transmissor do parasita, foram colocadas durante o referido período 131.274 armadilhas e foram recolhidas 26.093.244 glossinas (moscas tsé-tsé). Também foram realizadas acções de pulverização/fumigação nas mesmas áreas.

A história da evolução desta doença, que passou de três casos novos em 1974 para 8.275 em 1997 devido principalmente a redução neste período das actividades de prevenção e controlo da doença, concluindo que devemos manter os esforços na luta permanente contra este flagelo para se evitar a calamidade dos anos 90, mantendo uma vigilância epidemiológica activa da doença com a integração de acções de combate a tripanossomíase no SNS, em particular a nível municipal.

Assim, são prioridade para o controlo da tripanossomíase, acções de detecção, tratamento e seguimento dos doentes, capacitação de recursos humanos, controlo

| Ano | População Examinada | Casos novos |
|------|---------------------|-------------|
| 1997 | 78.499 | 8.275 |
| 1998 | 154.700 | 6610 |
| 1999 | 210.625 | 5.351 |
| 2000 | 130.563 | 4546 |
| 2001 | 174.569 | 4577 |
| 2002 | 157.221 | 3.621 |
| 2003 | 269.844 | 3.115 |
| 2004 | 356.242 | 2.280 |
| 2005 | 225.720 | 1.727 |
| 2006 | 301.379 | 1.105 |
| 2007 | 174.956 | 648 |
| 2008 | 262.698 | 517 |
| 2009 | 140.022 | 295 |
| 2010 | 149.948 | 210 |
| 2011 | 65.940 | 154 |
| 2012 | 61.387 | 69 |

Tabela: Actividades de vigilância activa da THA em Angola entre 1997 e 2012.

das áreas glossinadas, reforço da vigilância epidemiológica, pesquisa operacional e implementação de estratégias complementares, principalmente de informação, comunicação e educação com a participação da comunidade.

O Instituto de Combate e Controlo das Tripanossomíases (ICCT) é uma Instituição Pública sob tutela do Ministério da Saúde, criada pelo Decreto Número 48/04 de 20 de Julho, publicado no Diário da República Número 58, I Série. O Programa de controlo da THA conta com a segunda edição do Manual de Regras para o Controlo da Tripanossomíase Humana Africana (2010).

Estratégias operacionais

1. Detecção dos doentes nos Centros de Diagnóstico e Tratamento (Passiva) e Equipas Móveis (Activa);
2. Tratamento dos doentes detectados e esterilização dos reservatórios;
3. Seguimento pós terapêutico de todos para verificar a cura, recaídas e resistência;
4. Luta anti-vectorial para diminuir e/ou cortar o contacto entre o homem e a mosca reduzindo consequentemente a transmissão da doença;
5. Promoção da saúde e prevenção da doença;
6. Supervisão para acompanhar a realização das actividades verificando possíveis erros e corrigi-los;
7. Vigilância epidemiológica;
8. Pesquisa operacional.

Metas

1. Até 2017 e 2025, reduzir em 70% e 95%, a prevalência da tripanossomíase;
2. Até 2017 e 2025, aumentar a cobertura dos serviços de atenção à Tripanossomíase Humana Africana, cobrindo 60% e 90% das populações em risco, respectivamente;
3. Até 2025, reduzir a taxa de mortalidade específica por tripanossomíase para menos de 1%;
4. Até 2025, reduzir para zero a taxa de transmissão.

Actividades e intervenções

1. Detectar e diagnosticar os doentes com Tripanossomíase;
2. Implantar 47 Centros de Diagnóstico e Tratamento e 37 equipas móveis;
3. Tratar e seguir os doentes diagnosticados e em tratamento;

4. Implementar a luta anti-vectorial em todas as áreas glossinadas;
5. Realizar actividades de informação, educação e comunicação para a promoção da saúde;
6. Reforçar a participação comunitária;
7. Garantir a vigilância epidemiológica;
8. Realizar estudos para o controlo da tripanossomíase em Angola;
9. Assegurar a gestão administrativa, financeira e o Abastecimento Técnico Material;
10. Realizar uma advocacia actuante;
11. Capacitar os quadros e geri-los;
12. Realizar a supervisão de todas as actividades.

Resultados esperados

1. Cobertura do rastreio e tratamento aumentados;
2. Taxa de prevalência da tripanossomíase (THA) reduzida;
3. Taxa de mortalidade específica por tripanossomíase reduzida para pelo menos 3%;
4. Transmissão da THA reduzida a zero;
5. Actividades de promoção da saúde, vigilância epidemiológica e investigação realizadas;
6. 36 Equipas móveis municipais formadas e operativas;
7. 47 Centros de Tratamento e Diagnóstico implantados nas zonas endémicas;
8. Luta anti-vectorial com a participação da comunidade intensificada.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: ICCT
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Serviços de Saúde Públicos, Laboratório do Instituto Nacional de Saúde Pública, DNPS;
3. Parceiros Nacionais: Direcções Provinciais de Saúde, Administrações Municipais, Fundanga, Instituto dos Serviços Veterinários (ISV), Instituto de Investigação Veterinária (IIV) do MINADERP, Ministério da Defesa, Ministério do Interior;
4. Parceiros Internacionais: Plataforma THA/DNDi, Universidade de Rouen (França).

Indicadores de avaliação

1. Número de unidades Fixas operacionais;
2. Número de unidades móveis operacionais;
3. Número de indivíduos prospectados;
4. Número de exames realizados;
5. Número de casos diagnosticados e tratados do I período;
6. Número de casos diagnosticados e tratados do II período;
7. Número de armadilhas colocadas;
8. Número de moscas capturadas;
9. Percentagem das prospecções activas realizadas;
10. Percentagem de casos diagnosticados por prospecção activa;
11. Percentagem de casos diagnosticados em passivo;
12. Percentagem dos pacientes tratados em relação aos diagnósticos;
13. Percentagem de casos com seguimentos completos;
14. Percentagem de pacientes com falhas terapêuticas;
15. Percentagem de encefalopatias;
16. Percentagem de óbitos por Encefalopatias;
17. Taxa anual de mortalidade por THA;
18. Percentagem das armadilhas operacionais;
19. População exposta ao risco em cada Província, Município, Comuna e Aldeia.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios de seguimento e avaliação trimestrais e anuais;
2. Relatórios mensais de visitas de supervisão;
3. Protocolos de supervisão e avaliação preenchidos.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Redução regular de casos novos de THA tendentes ao controlo da endemia em Angola;
2. Existência da vontade e engajamento político;

3. Existência de uma instituição com quadro jurídico estabelecido para o combate da Doença do Sono (ICCT);
4. Existência de pessoal dedicado para o diagnóstico, tratamento dos doentes e luta anti-vectorial;
5. Aderência da população às prospecções.

Pontos fracos

1. A recepção tardia dos recursos financeiros e a sua inadequação aos planificados;
2. Fraqueza da cobertura das actividades;
3. Condições meteorológicas podem influenciar negativamente na elaboração das actividades;
4. Absentismo da população nos locais de concentração para as prospecções activas;
5. Avarias constantes dos meios rolantes.

Condicionantes ambientais

1. Dificuldade de trabalhar no período chuvoso;
2. Deficiente estado de manutenção das estradas e pontes.

Pesquisa operacional

1. Estudos no domínio das tripanossomoses e outras doenças tropicais.

Projecto 6: *Prevenção, controlo e eliminação das doenças negligenciadas*

Situação actual

As Doenças Tropicais Negligenciadas (DTN) são um grupo de doenças infecciosas e parasitárias que afectam principalmente as populações mais desfavorecidas. A OMS distribue as DTN em dois grupos: (1) DTNs com o manuseamento intensificado de casos e (2) DTNs que são controladas pela quimioterapia preventiva.

Dentro do segundo grupo, o MINSA prioriza a Filaríase Linfática, a Oncocercose, a Loase, a Schistosomíase e as Geohelmintíases. O MINSA, de entre outras acções, recorre principalmente à quimioterapia preventiva ou distribuição em massa de medicamentos, no quadro de intervenções integradas, visando a redução da incidência destas doenças.

A Oncocercose ou cegueira dos rios, é uma doença endémica em Angola, com diferentes níveis de transmissão. Para a implementação da Estratégia do Controlo da Oncocercose em África, a OMS criou, em 1995, o Programa Africano para o Controlo da Oncocercose (APOC). A APOC apoia o Mapeamento Epidemiológico Rápido da Oncocercose (Metodologia REMO) com o objectivo de conhecer a prevalência da doença, seleccionar as áreas endémicas para o Tratamento com Ivermetine Sob Direcção Comunitária (TIDC).

Foi realizado o mapeamento em Angola para a Oncocercose em 2002, 2003 e 2004, tendo ficado concluído que necessitam de tratamento em massa 2715 comunidades, correspondendo a uma população alvo de 1.535.956 pessoas.

As Províncias consideradas endémicas, são: Benguela, Bengo, Huíla, Moxico, Uíge, Kwanza Norte, Kuando Kubango, Lunda Norte e Lunda Sul.

Sobre a Loase, em 2008, realizou-se o último inquérito combinado⁶ que revelou que a doença existe nas Províncias do Zaire, Uíge, Bengo e Kwanza Norte, geralmente com uma endemicidade moderada. A endemicidade elevada foi constatada nos municípios do Dande (Província do Bengo) e Quitexe (província do Uíge). A Província de Benguela teve um nível de endemicidade zero para loase. O estudo recomendou a implementação da estratégia do TIDC.

O conhecimento sobre a *Filariose Linfática* no País é exíguo. Contudo está em curso o processo de mapeamento da doença, tendo sido feito em quatro Províncias nomeadamente Moxico, Kuando Kubango, Huambo e Bié.

⁶ Avaliação Rápida para a Loase RAPLOA /Avaliação Epidemiológica Rápida para Oncocercose REA.

As Geohelminthiases são endémicas em todo o País e estima-se uma população em idade escolar em risco de cerca de 7.140.741 crianças. A relação deste problema de saúde pública com anemia e malnutrição, exige um esforço maior para o seu controlo.

Em 2005, um estudo sobre a prevalência global de *Geohelminthiases* em crianças em idade escolar, mapeou o País em seis zonas ecológicas, mostrando uma distribuição variável da prevalência. Identificaram-se duas zonas ecológicas com prevalência superior a 50%, nomeadamente a zona ecológica II, que abarca as Províncias de Cabinda, Zaire, Uíge, Kwanza Norte, Bengo, Kwanza Sul e a zona ecológica III que engloba as Províncias de Malanje e Lunda Norte. As restantes Províncias do País encontram-se distribuídas pelas zonas ecológicas I, IV, V e VI e têm uma prevalência entre 20 e 50%, consideradas «Comunidades Expostas a um Risco Fraco».

As espécies mais identificadas foram *Ascaris Lumbricoides* (25,2%), *Ascaris Duodenalis* (9,8%) e *Trichiuris Trichiura* (5,1%).

Em relação à Shistosomíase, em 2011 foram reportados 19.879 casos com uma Taxa de Incidência de 110/100.000 habitantes, com 5 óbitos. A taxa de letalidade correspondente é de 0,03%. Registou-se um aumento do número de casos comparativamente ao ano de 2010, em que foram notificados 15.969 casos. Quanto aos óbitos, registou-se uma diminuição, tendo passado de 17 para 5, em 2011.

O inquérito realizado em 2005 revelou uma prevalência global de 20,8%.

Tabela 1: Prevalência dos parasitas intestinais e microhaematuria por área, inquérito de base sobre o controlo da helmintíase em crianças em idade escolar, Angola 2005.

| Areas | Parasitas Intestinais | | | | Microhaematuria | | | |
|---|-----------------------|------------|-----------------|------------------|-----------------|------------|-----------------|------------------|
| | n | Positivo | Prevalência (%) | CI95 | n | Positivo | Prevalência (%) | CI95 |
| Area 1 - Costa norte ao Namibe | 237 | 85 | 35,9% | 29.7-42.0 | 249 | 53 | 21,3% | 16,2-26,4 |
| Area 2- Area cafeicola, Cabinda | 187 | 142 | 75,9% | 69.8-82.1 | 192 | 76 | 39,6% | 32,6-46,5 |
| Area 3- Planalto Central, Malanje | 298 | 79 | 26,5% | 21.5-31.5 | 299 | 99 | 33,1% | 27,8-38,5 |
| Area 4 -Baixa de Kassanje | 130 | 74 | 56,9% | 48.4-35.8 | 130 | 27 | 20,8% | 13,8-27,8 |
| Area 5 - Oeste de Angola | 255 | 77 | 30,2% | 24.6-35.8 | 255 | 30 | 11,8% | 7,8-15,7 |
| Area 6 - Namibe, sul da Huíla, Cunene, Kuando Kubango | 234 | 67 | 28,6% | 22.8-34.4 | 234 | 95 | 40,6% | 34,3-46,9 |
| Global | 1341 | 524 | 39,1% | 36.6-41.5 | 1359 | 380 | 28,0% | 25,6-30,3 |

Estratégias operacionais

1. Mapeamento epidemiológico rápido de oncocercose (REMO);
2. Quimioterapia preventiva;

3. Reforço da participação comunitária;
4. Tratamento com ivermectine sob Direcção Comunitária (TIDC);
5. Estudos de avaliação do impacto da quimioterapia e da prevalência;
6. Integração das Doenças Negligenciadas (oncocercose, schistosomíase, filariose, dracunculose) dentro do Sistema Nacional de Saúde.

Metas

1. Até 2014, concluir o mapeamento da filaríase linfática e da dracunculose e actualizar o mapeamento da schistosomíase e das geohelmintíases;
2. A partir de 2017, prevenir o agravamento das deformidades e incapacidades causadas pelas doenças com correcção cirúrgica nos hospitais centrais com carácter regional;
3. Até 2017, atingir 80% de cobertura terapêutica e 100% de cobertura geográfica nos projectos de TIDC e 75% de cobertura terapêutica nas crianças em idade escolar nas campanhas de desparasitação, com albendazol e praziquantel, em Angola;
4. Até 2017, atingir 70% de cobertura terapêutica nas comunidades, e 95% até 2021, nas Províncias endémicas em Angola para a Filaríase Linfática, a Schistosomíase, a *Dracunculose* e as Geohelmintíases.

Actividades e intervenções

1. Quimioterapia em massa, preventiva e em combinação, (QPM) com Praziquantel, Albendazol e Ivermectina;
2. Realizar campanhas de prevenção nas escolas;
3. Mapear a Filariose Linfática e a Dracunculose;
4. Educar as comunidades sobre as doenças para que as pessoas afectadas sejam encaminhadas aos centros especializados para cirurgia correctiva;
5. Completar a abertura dos projectos de tratamento com Ivermectina sob Observação Directa Comunitária;
6. Capacitar o pessoal de saúde;
7. Reforçar a supervisão formativa;
8. Mobilizar recursos financeiros locais.

Resultados esperados

1. Cobertura da quimioterapia preventiva das Doenças Tropicais Negligenciadas atingida;
2. Projectos TIDC iniciados;
3. Acções de controlo das Doenças Tropicais Negligenciadas com participação comunitária implementadas;
4. Mapeamento da Filariose Linfática e da dracunculose concluído.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: PNDN/DNSP
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: CECOMA, DPS e RMS
3. Parceiros nacionais: MED, MINADER, MINEA, Ministério do Ambiente, Governos Provinciais, Administrações Municipais, DPS, RMS, Sobas, Igrejas e Comunidade;
4. Parceiros internacionais: OMS /APOC e WORLD VISION.

Indicadores de avaliação

1. Número de crianças em idade escolar desparasitadas com Albendazol e Praziquantel;
2. Número de localidades mapeadas para Filariose Linfática;
3. Número de pessoas tratadas com Ivermectina sob Direcção Comunitária;
4. Número de projectos novos iniciados;
5. Número de estudos realizados após cinco anos de Quimioterapia Combinada e Preventiva, em Massa.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios semestrais e anuais técnicos das actividades contra as DTNs;
2. Relatórios financeiros mensais das actividades para a luta contra as DTNs;
3. Relatórios de supervisão.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política;
2. Disponibilidade de uma equipa Nacional multidisciplinar para as DTNs;

3. Existência do Mapeamento da Oncocercose, da Loase, Schistosomíase e Geohelminthíases;
4. Disponibilidade de instrumentos para a gestão do Programa.

Pontos fracos

1. Fraca mobilização e participação das comunidades;
2. Atrasos no envio das fichas e relatórios técnicos e financeiros;
3. Deficiente formação dos técnicos;
4. Fraca advocacia junto das autoridades político-administrativas das Províncias;

Condicionantes ambientais

1. Acesso limitado à água potável e ao saneamento básico para o controlo das DTNs na comunidade;
2. Dificuldade de acesso às comunidades na época chuvosa para a realização de actividades de mapeamento e o tratamento em massa;
3. Controlo integrado de vectores com programa da malária e o Instituto Nacional de Combate à Tripanossomíase;
4. Indisponibilidade dos inquiridores e supervisores provinciais em trabalhar aos fins-de-semana e feriados.

Pesquisa operacional

1. Estudos de farmacovigilância dos medicamentos utilizados no tratamento das DTNs;
2. Avaliações epidemiológicas rápidas de seguimento;
3. Estudos entomológicos e malacológicos.

Projecto 7: Prevenção, controlo e eliminação da Lepra

Situação actual

Angola é um dos Países de média endemicidade para a Lepra na região africana, apesar de continuar a diagnosticar mais de 1000 casos por ano com taxas de detecção e de prevalência que continuam altas em algumas Províncias. A taxa de prevalência global tende a baixar gradualmente (Tabela 2).

Tabela 2: Evolução Epidemiológica da lepra em Angola 2005-2011

| Indicadores | Ano | | | | | | |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| Casos novos | 1.877 | 1.078 | 1.269 | 1.176 | 937 | 1.076 | 1320 |
| MB | 1.360 | 824 | 959 | 955 | 805 | 905 | 1098 |
| % | 72,46% | 76,44% | 75,57% | 81,21% | 85,91% | 84,11% | 83,20% |
| % <15anos | 10,07% | 8,26% | 10,24% | 11,99% | 11,74% | 8,92% | 8,80% |
| % Def grau II | 9,75% | 8,16% | 10,64% | 13,69% | 12,70% | 13,66% | 6,56% |
| % Sexo fem | 0,00% | 49,35% | 52,25% | 46,48% | 33,08% | 36,06% | 40,00% |
| Taxa prev | 0,93% | 0,82% | 0,65% | 0,71% | 0,58% | 0,55% | 0,59% |
| Taxa Detecção | 10,62% | 6,72% | 0,68% | 0,61% | 4,57% | 5,30% | 4,96% |
| Taxa Prev/Det | 0,77% | 1,21% | 0,96% | 1,15% | 1,23% | 1,04% | 1,19% |

Fonte: Relatórios anuais da DNSP

Os indicadores no quadro acima indicam que a transmissão mantém-se devido a elevada percentagem de casos multibacilares (MB), visto que estes são a fonte principal de novas infecções.

A OMS recomendou a eliminação da lepra, como problema de saúde pública, até ao ano 2005, o que significa reduzir os casos de lepra para menos de 1 caso em cada 10.000 habitantes. No final de 2005, Angola atingiu esta meta com uma taxa de prevalência de 0,93, tendo em conta que, em 2003 a prevalência Nacional era de 3,5 por 10.000 habitantes.

A estratégia do Programa Nacional de Controlo da Lepra compreende a eliminação, através de um diagnóstico precoce e de um ciclo de tratamento completo; dar sustentabilidade às actividades de vigilância e controlo; melhorar o tratamento das complicações lepróticas; prevenir as incapacidades; advogar pelos direitos humanos e justiça social para a reabilitação de pessoas atingidas pela lepra para reduzir o estigma; favorecer a integração socioeconómica de pessoas atingidas pela lepra; reforçar a gestão do programa, monitorizar os indicadores e efectuar a supervisão formativa, bem como desenvolver parcerias e sinergias.

O programa conta com os seguintes instrumentos normativos: (i) Manual de lepra: Parte I, Aspectos clínicos para técnicos de saúde & Manual de Lepra: Parte II, Organização e funcionamento do Programa; (ii) Reforço da Estratégia Nacional para reduzir a lepra: Manual para gestores do controlo da lepra (2011-2015); (iii) Reforço da Estratégia Nacional para reduzir a lepra: (iv) Manual para o manejo de casos de lepra nas unidades de saúde; (v) Manual de prevenção de incapacidades para técnicos de saúde, (vi) Reforço da Estratégia Nacional para Reduzir a Lepra e a sustentabilidade das actividades do controlo da lepra 2006-2010 e (vii) Esboço da terceira edição do Manual da lepra.

Estratégias operacionais

1. Reforço do compromisso político e financeiro;
2. Reforço dos serviços de rotina e de referência no âmbito do Sistema Nacional de Saúde integrado;
3. Reforço dos mecanismos de vigilância da doença incluindo a busca activa de casos;
4. Melhoria da qualidade dos serviços clínicos para o diagnóstico e a gestão das complicações agudas e crónicas, incluindo a prevenção de deformidades/incapacidades e a prestação de serviços de reabilitação física através de um serviço de referência bem organizado;
5. Apoio de todas as iniciativas para promover a reintegração social das pessoas com sequelas de lepra, a reabilitação baseada na comunidade (RBC), com especial atenção às actividades destinadas a reduzir o estigma e a discriminação contra pessoas atingidas pela lepra e suas famílias;
6. Garantia do fornecimento, acessibilidade e regularidade de medicamentos para a terapia combinada (MDT) sem custos e um sistema eficaz de distribuição em todos os municípios endémicos e as populações isoladas e de difícil acesso;
7. Estabelecimento de um sistema de vigilância para prevenir e limitar o desenvolvimento e transmissão da resistência aos medicamentos anti lepra;
8. Desenvolvimento de estratégias de formação e capacitação sustentáveis a nível Nacional, Provincial e municipal para garantir a disponibilidade de conhecimentos sobre a lepra em todo o País;
9. Reforço das actividades do IEC para sensibilizar a população sobre a lepra e diminuir o estigma;
10. Estabelecimento de uma parceria com os Serviços de Dermatologia a nível Central, Provincial e municipal para o diagnóstico clínico e tratamento de casos, formação dos alunos de medicina e capacitação de enfermeiros.
11. Promoção para o apoio de parceiros a todos os níveis na organização do trabalho;
12. Desenvolvimento de pesquisa operacional;
13. Melhorar a participação da comunidade na detecção e seguimento de casos de lepra a nível da

comunidade;

14. Promover o investimento a longo-prazo para o desenvolvimento dos recursos humanos.

Metas

1. A partir de 2014, realizar o mapeamento da lepra para identificar as áreas prioritárias de actuação;
2. Até 2015, reduzir em 35% a taxa de deformidades de grau 2 nos novos casos por 100.000 habitantes, em comparação com a linha de base no final de 2010;
3. A partir de 2015, formar técnicos de saúde, a todos os níveis, para o diagnóstico e tratamento da Lepra, de todas unidades sanitárias;
4. Até 2017, aumentar a taxa de cura de casos de lepra a 80%;
5. Até 2017, que todos os municípios tenham uma taxa de prevalência de lepra inferior a 1 caso;
6. Até 2020, reduzir a carga da lepra para 1 caso novo com deformidade do grau 2 por um milhão de habitantes;
7. Até 2025, prevenir as deformidades em 100% das pessoas atingidas pela Lepra;
8. Até 2025, realizar anualmente actividades IEC em 100% dos Municípios, incluindo o combate ao estigma e à discriminação;
9. Até 2025, manter a taxa de prevalência de lepra inferior a 1 caso x 10.000 habitantes.

Actividades e intervenções

1. Manter a detecção precoce de casos a nível das unidades sanitárias e melhorar a adesão ao tratamento com terapia combinada em 100% dos Municípios;
2. Reforçar a busca activa de casos na comunidade;
3. Desenvolver mecanismos de coordenação e parceria activa com os serviços de dermatologia em todos os municípios;
4. Promover o uso do princípio da reabilitação baseada na comunidade em 100% das pessoas com deformidades;
5. Capacitação dos técnicos de saúde;
6. Realizar o mapeamento da lepra.

Resultados esperados

1. Aumento da detecção de casos e redução de casos novos com deformidade de grau II;
2. Redução do número de casos novos com deformidade de grau-2;
3. Reforço da qualidade do diagnóstico e da gestão de casos, incluindo o abastecimento contínuo de MDT grátis para todos os doentes;
4. Acesso a serviços de qualidade através do sistema geral de saúde, apoiado por uma rede de referência eficiente e integrada;
5. Atenção especial às questões do género e direitos humanos;
6. Serviços essenciais de lepra fornecidos a grupos carentes da população urbana e de zonas com elevada carga de deficiência;
7. Aumento dos níveis de consciência da comunidade para promover a detecção passiva e seguimento de casos;
8. Actividades intensificadas para a prevenção da deficiência e da reabilitação baseada na comunidade;
9. Parcerias e organização do trabalho de colaboração com todos os parceiros reforçadas;
10. Situação epidemiológica da Lepra conhecida.

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Programa Nacional de Controlo e Tratamento da Lepra/DNSP;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: CECOMA, Gabinete de Promoção para a Saúde, DPS/PNDTN, Hospitais/Serviços de Dermatologia;
3. Parceiros nacionais: Ministério do Ensino Superior, Ministério da Educação, Ministério da Comunicação Social, Ministério da Promoção da Mulher e da Família, Ministério da Defesa Nacional, Ministério do Interior, ARPAL, SOLE;
4. Parceiros internacionais: OMS, ILEP;

Indicadores de avaliação

1. Taxa de incidência da lepra;
2. Taxa de prevalência da lepra;
3. Taxa de deformidade de grau 2;
4. Número de casos novos detectados;
5. Percentagem de casos curados;

6. Taxa de abandono do tratamento;
7. Número de profissionais, por categoria, formados/capacitados em lepra;
8. Número de parceiros envolvidos no PNCTL;
9. Número de sessões de IEC e aconselhamento executadas nas unidades sanitárias;
10. Número de investigações operacionais realizadas e utilizadas para a melhoria da luta contra a lepra.

Mecanismos de seguimento

1. Relatórios dos serviços envolvidos (PNCTL, PNCDTN, RM, DPS, Hospitais);
2. Relatórios trimestrais, semestrais e anuais do PNCTL e PNCDTN;
3. Relatórios de supervisão e avaliação dos doadores;
4. Boletins de notificação da doença.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Existência de normas e plano estratégico no PNCTL;
2. Experiência acumulada pelos responsáveis do PNCTL a todos os níveis;
3. Existência de medicamentos e outros consumíveis necessários ao processo;
4. Medicamentos gratuitos para a Lepra;
5. Uso de medicamentos em doses fixas combinadas;
6. Rede sanitária e pessoal de saúde existente para a implementação do PNCTL.

Pontos fracos

1. Deficiente cumprimento das normas e orientações;
2. Estigmatização e fraca sensibilização da comunidade na prevenção e controlo;
3. Deficiente atendimento e consecutiva relutância dos doentes em frequentar os serviços;
4. Falta de cumprimento das estratégias por parte das estruturas municipais;
5. Pouco envolvimento de outros sectores na luta contra a lepra;
6. Escassas actividades de IEC para a prevenção da Lepra a todos os níveis.

Condicionantes ambientais

1. Estigma social;
2. Pobreza, dificuldades de habitação e promiscuidade consecutiva;
3. Alcoolismo;

4. Dificuldades financeiras;
5. Resistência à mudança;
6. Falta de meios de comunicação e transporte;
7. Insuficiência de recursos humanos.

Pesquisa operacional

1. Estudo epidemiológico para identificar a situação actual da lepra.

Subprograma de prevenção e resposta às epidemias e emergências de saúde pública

Projecto 8: Prevenção e resposta às epidemias

Situação actual

As epidemias e os desastres naturais (cheias e secas) afectam de forma imprevista a saúde e o desenvolvimento das comunidades; por isso é de grande importância que o Sector da saúde esteja preparado para o diagnóstico precoce e a resposta a todas as consequências desses eventos adversos à saúde, reduzindo ao mínimo o seu impacto.

Os desastres naturais ou relacionados com a acção humana (tais como conflitos e movimento de refugiados), podem levar à destruição de infraestruturas, provocando o êxodo de muitas pessoas. As famílias são obrigadas a procurar precipitadamente lugares mais seguros, ficando às vezes desprovidas de meios básicos. A destruição das unidades sanitárias leva a dificuldades de acesso aos serviços básicos de saúde.

Nos últimos anos, tem havido uma crescente preocupação com a disseminação de doenças transmissíveis endémicas, emergentes e reemergentes, tais como a cólera, a poliomielite, a raiva, as febres hemorrágicas, a gripe influenza A H1N1 e, mais recentemente, os eventos de saúde pública.

A análise das situações de emergência aponta para um menor número de ocorrência de desastres ambientais, em comparação com o surgimento de doenças transmissíveis, quer seja na modificação dos padrões habituais de transmissão dessas doenças, ampliação da distribuição geográfica de doenças transmitidas por vectores, ou o aparecimento de novas patologias. A actividade de vigilância e de resposta aos surtos e epidemias é regida pelo Regulamento Sanitário Nacional e Internacional.

A monitorização e gestão da cólera, é feita semanalmente pela Comissão Nacional de Luta Contra a Cólera, coordenada pelo Ministro da Saúde. Para a raiva existe igualmente uma Comissão Nacional, coordenada pelo Ministério da Agricultura. Angola conta ainda com o Plano de Contingência de Calamidades e Desastres Naturais elaborado em 2008;

Estratégias operacionais

1. Previsão de recursos financeiros para a preparação e resposta às emergências;
2. Reforço de equipas provinciais e municipais multissetoriais para a preparação e resposta às emergências;

3. Capacitação de responsáveis provinciais e municipais de saúde na gestão das emergências;
4. Manutenção da elaboração de boletins de monitorização relativos às situações de emergência;
5. Realização de encontros regulares e periódicos de monitorização e avaliação das Comissões;
6. Melhoria da capacidade de alerta precoce e resposta aos desastres;
7. Realização da supervisão formativa periódica;
8. Criação de *stocks* e *kits* de contingência para resposta às emergências a todos os níveis;
9. Adequação do Programa de Emergência baseado no contexto actual estabelecimento de um mecanismo de coordenação para mobilização rápida de equipas técnicas de apoio a resposta as epidemias e emergências de saúde pública.

Metas

1. Até 2014, actualizar o Plano Estratégico para a preparação e resposta das epidemias e eventos adversos de saúde pública;
2. A partir de 2014, dispor dos meios financeiros e dos meios para investigar e responder às situações de emergência relativas à saúde pública;
3. A partir de 2014, capacitar 95% dos responsáveis municipais (Equipa Municipal de Resposta às Emergências) na gestão das emergências;
4. Até 2015, reforçar equipas Provinciais e Municipais de preparação e resposta às emergências em 95% dos Municípios;
5. Até 2017, que 100% dos Municípios tenham um mapeamento das áreas de risco elaborado.

Actividades e intervenções

1. Actualizar o Plano Estratégico para preparação e resposta às epidemias e eventos adversos de saúde pública;
2. Incorporar os requerimentos do novo Regulamento Sanitário Nacional e Internacional no Plano Estratégico;
3. Capacitar as equipas de saúde;
4. Mapear as áreas de risco;
5. Criar um banco de dados de recursos humanos capacitados em resposta às emergências;
6. Criar um diploma legal para possibilitar a mobilização de recursos humanos em caso de emergência;

7. Dispor permanentemente de dados actualizados (fornecidos pelo projecto de vigilância epidemiológica) relativos às epidemias e eventos adversos de notificação obrigatória;
8. Publicar relatórios informativos sobre a situação das epidemias e eventos adversos de saúde pública;
9. Disponibilizar meios financeiros para responder às epidemias e outros eventos adversos de saúde pública;
10. Dispor de condições para prontamente ter disponibilidade de kits básicos de resposta às epidemias mais frequentes, bem como imediato acesso a outros meios e equipamentos necessários;
11. Adquirir laboratórios móveis de campo para resposta às emergências.

Resultados esperados

1. Actualizado o plano estratégico;
2. Equipas provinciais e municipais de saúde capacitadas e funcionais;
3. Responsáveis municipais de saúde capacitados;
4. Sistema de alerta precoce aos surtos epidémicos e desastres melhorado;
5. Boletins informativos publicados regularmente;
6. Elaborado o mapeamento das áreas de risco;
7. Respostas efectivas às epidemias e eventos adversos de saúde pública.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Programa de Emergência em colaboração com o Programa de Vigilância Epidemiológica/DNSP;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Instituto Nacional de Saúde Pública, Instituto Nacional de Emergências Médicas (INEMA), Programa de Saúde Ambiental, Programa de Nutrição; CECOMA; DNME; Programa de Vigilância;
3. Parceiros Nacionais: Ministério de Agricultura, Pescas e Desenvolvimento Rural, Ministério de Energias e Águas, Ministério da Assistência e Reinserção Social, Ministério do Interior, Ministério da Defesa Nacional, Direcções Provinciais de Saúde, Repartições Municipais de Saúde, Comissão Nacional de Emergência, Comissão Nacional Interministerial para o combate à Cólera, Raiva, Gripe A H1N1;
4. Parceiros Internacionais: OMS, UNICEF, Banco Mundial.

Indicadores de avaliação

1. Número de epidemias e eventos adversos registados e investigados;

2. Número de respostas efectivas a epidemias e eventos adversos;
3. Número de técnicos capacitados na preparação e resposta às emergências;
4. Número de formações realizadas;
5. Número de Províncias e Municípios com equipas de emergência funcionais;
6. Número de Municípios com *kits* de contingência;
7. Número de Municípios com mapeamento das áreas de risco elaborado;
8. Número de supervisões realizadas;
9. Montante dos recursos financeiros disponibilizados;
10. Montante dos recursos financeiros utilizados.

Mecanismos de seguimento

1. Relatórios dos serviços envolvidos;
2. Relatórios trimestrais, semestrais e anuais;
3. Boletins de notificação das doenças.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Existência do regulamento Nacional e interNacional sanitário;
2. Existência de um plano de contingência de calamidades e desastres naturais elaborado em 2008;
3. Existência de Serviço Nacional de Protecção Civil;
4. Existência de uma Comissão Nacional de Emergência;
5. Existência de uma Comissão Nacional Interministerial para o combate à Cólera, Raiva, Gripe A H1N1;
6. Existência de uma logística para gestão das emergências.

Pontos fracos

1. Dificuldades financeiras;
2. Insuficiência de recursos humanos qualificados;
3. Dificuldades no transporte das amostras laboratoriais;
4. Fraco envolvimento de outros sectores nas actividades de gestão de surtos.

Condicionantes ambientais

1. Baixo nível socioeconómico das populações vivendo nas áreas vulneráveis;
2. Doenças transmissíveis importadas;
3. Riscos ambientais identificados (ex. cheias, ravinas).

Subprograma de doenças crónicas e doenças não transmissíveis

As Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNT), são a principal causa de morte a nível mundial (segundo a Organização Mundial de Saúde, 17.3 milhões de mortes por doença cardiovascular em 2008, sendo que 80% destas mortes em países de baixo-médio rendimento), são também as responsáveis pela perda da qualidade de vida com um grau elevado de dependência e limitação física e mental para a actividade laboral e de lazer, com forte impacto económico para as famílias e a sociedade no geral.

Em economias emergentes como a de Angola (crescimento do PIB a dois dígitos 12.8% previsto para 2012 e 10.3% em 2013), assiste-se ao rápido crescimento das DCNT, resultando daí a necessidade da definição de estratégias e amplas intervenções no domínio da promoção da saúde, redução dos factores de risco e a consequente melhoria dos cuidados de saúde, detecção precoce e tratamento acessível e oportuno.

Segundo as projecções da OMS (Organização Mundial de Saúde) estimava-se a população angolana em 19.081.192, sendo que as mortes por DCNT correspondiam a 25% do total de mortes (Doenças Cardiovasculares 10%, Câncer 3%, Doença Respiratória 3%, Diabetes 2% e Outras 7%).

Os principais factores de risco para as DCNT, são: o tabaco, a alimentação não saudável, o sedentarismo e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (Malta et al, 2006), associados à obesidade, hipertensão arterial e dislipidemias.

A situação do câncer em Angola, caracteriza-se por um fraco desconhecimento sobre o câncer e seus factores de risco por parte da população.

De cerca de 1000 novos casos de câncer diagnosticados no Centro Nacional de Oncologia, aproximadamente 80% destes chegam em estadios avançados. (Fonte: Departamento de Estatística e Registos Médicos do Centro Nacional de Oncologia).

Dos pacientes da Junta Nacional de Saúde, 60% são directa ou indirectamente ligados a patologias do fórum oncológico.

Estimativas da International Agency for Research on Cancer (IARC), da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que em Angola são diagnosticados 9.200 casos novos de câncer/ano, com uma mortalidade estimada de 7100/ano, o que representa um índice de mortalidade de 77,17%, muito acima dos 50% observados em países desenvolvidos (Fonte: Globocan 2008). Justifica-se pelo desconhecimento conforme já referido acima e falta de infraestruturas, recursos materiais e humanos ligados a essa problemática.

O Subprograma de Doenças Crónicas e Não Transmissíveis é composto por nove projectos que foram considerados como áreas prioritárias de acção até 2025. As demais doenças crónicas e não transmissíveis que não estão representadas no presente PNDS prevê-se a realização de estudos específicos para cada uma no Programa de Desenvolvimento da Investigação em Saúde, e posterior elaboração de Planos Estratégicos.

Projecto 9: Prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares

Situação actual

Em Angola, embora os dados sobre as doenças cardiovasculares (DCV) não sejam conhecidos, tem-se a percepção de que a demanda às consultas e o internamento por estas doenças tem aumentado de forma acelerada, apesar de se manterem ainda em alta as principais doenças transmissíveis, o que constitui assim um duplo fardo para a saúde pública no País. É, pois, urgente dedicar uma especial atenção às doenças cardiovasculares, para a sua prevenção efectiva, a detecção, o tratamento e a reabilitação.

Em Angola, são considerados como factores de risco modificáveis para a DCV, a Hipertensão arterial, a Diabetes e as Dislipidemias, doenças que ainda são deficientemente diagnosticadas, tratadas e seguidas por razões relacionadas com insuficiências dos serviços de saúde, por um lado e, por outro, ligadas ao paciente, nomeadamente por questões económicas, culturais e de compreensão da doença.

O tabagismo, o alcoolismo, o sedentarismo, a dieta gordurosa e a obesidade são igualmente factores de risco, dos quais não se conhece a prevalência, mas pretende-se realizar acções de consciencialização sobre o perigo e prevenção dos mesmos, com uma forte componente de participação comunitária.

O PNDS, prevê a realização de alguns estudos sobre a prevalência das DCV e seus factores de risco. Os resultados destes estudos servirão para traçar as principais estratégias na luta contra as mesmas.

O PNDS prevê também criar o Programa Nacional de Doenças Crónicas Não Transmissíveis, onde este Projecto se insere, para melhorar as condições para o diagnóstico precoce, o tratamento e o seguimento das doenças cardiovasculares nos diferentes níveis do Serviço Nacional de Saúde. Estas acções serão suportadas por programas de sensibilização da população sobre a prevenção e controlo dos factores de risco.

Estratégias operacionais

1. Integração das actividades de prevenção, detecção precoce e tratamento das principais doenças cardiovasculares nos três níveis do serviço Nacional de saúde;
2. Intervenção sobre os factores de risco modificáveis através de acções de promoção e prevenção, nomeadamente a Hipertensão arterial, dislipidémias, diabetes mellitus, obesidade, tabagismo, sedentarismo e alcoolismo;

3. Consciencialização e sensibilização sistemática da população, para a prevenção da doença e seus factores de risco, incluindo informação, educação e comunicação para a mudança de comportamento;
4. Criação de serviços e unidades de referência para o tratamento dos doentes portadores de doença cardiovascular.

Metas

1. Até 2013, criar o Programa Nacional de Controlo de Doenças Crónicas não Transmissíveis;
2. A partir de 2013, incluir no pacote integrado de cuidados e serviços de saúde, o rastreio da Hipertensão Arterial, Dislipidémias e da Diabetes Mellitus, no nível primário de atenção;
3. A partir de 2014, criar condições humanas, técnicas e materiais nos hospitais provinciais e municipais para o diagnóstico e tratamento adequados das DCV;
4. Até 2013, introduzir as doenças cardiovasculares e restantes doenças crónicas e não transmissíveis no sistema de vigilância epidemiológica e no SIS;
5. Até 2015, realizar o rastreio da hipertensão arterial aos efectivos militares e da Policia Nacional;
6. Até 2015, realizar estudo de prevalência sobre as DCV no País;
7. Até 2017, criar unidades de cuidados intensivos em todos os Hospitais Gerais com pelo menos dois intensivistas e respectiva equipa;
8. Até 2017, criar o Instituto do Coração de Angola;
9. Até 2025, assegurar que cada um dos Hospitais Gerais tenha pelo menos quatro cardiologistas.

Actividades e intervenções

1. Criação do Programa Nacional de Controlo de Doenças Crónicas Cardiovasculares;
2. Realizar o estudo de prevalência das doenças cardiovasculares;
3. Elaborar e implementar protocolos de diagnóstico e tratamento, de referência e contra referência, para cada um dos factores de risco modificáveis, adequados a cada um dos níveis de atenção à saúde;
4. Medição sistemática da tensão arterial em todas as unidades sanitárias;
5. Realizar campanhas nacionais trimestrais para o rastreio da hipertensão e da diabetes, sob o lema “Coração Saudável”;
6. Organizar campanhas periódicas para a sensibilização, informação e educação para os factores de risco das DCV;

7. Garantir a disponibilidade permanente de medicamentos essenciais, para o tratamento dos factores de risco e das principais doenças cardiovasculares;
8. Acesso gratuito do pacote básico de medicamentos para Hipertensão Arterial, Dislipidemias e Diabetes Mellitus;
9. Assegurar médicos especialistas em Cardiologia e outros Técnicos especializados em todos os Hospitais Gerais;
10. Colocar dois médicos cardiologistas;
11. Garantir ao domicílio a medicação, cuidados e serviços aos doentes crónicos através da rede de cuidados continuados a ser criada;
12. Disponibilizar, a nível terciário, meios para o diagnóstico e tratamento das complicações das DCV;
13. Formar médicos especialistas em cardiologia e outros técnicos especializados, de nível médio;
14. Criar unidades coronárias nos Hospitais Centrais com carácter regional;
15. Definir regras para o sector privado cumprir com os protocolos instituídos no País, sobre a matéria;
16. Introduzir as doenças cardiovasculares no sistema de vigilância epidemiológica e SIS.

Resultados esperados

1. Programa Nacional de Controlo de Doenças Crónicas, criado;
2. Estudo de prevalência sobre as DCV e respectivos riscos, realizado;
3. Medição sistemática da tensão arterial no nível primário de atenção;
4. Condições humanas e técnicas para o diagnóstico e tratamento, criadas nos hospitais provinciais e municipais;
5. Hospitais Provinciais e Centrais com carácter regional com cardiologistas;
6. Unidades coronárias nos Hospitais Centrais com carácter regional e de cuidados intensivos nas Províncias criadas;
7. DCV integradas no sistema de vigilância epidemiológica.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: DNSP;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: DNRH,CECOMA, DNME, hospitais centrais, provinciais e municipais, incluindo centros de saúde;
3. Parceiros nacionais: FAA, MINFIN, MINJUD, MCS, Governos provinciais, Administrações Municipais, DPS, RMS; Ministério do Ensino Superior, Ciência e Tecnologia, Ministério da Agricultura, MAPTESS, Ministério da Educação, Ministério da Indústria, Ministério do Comércio, Ministério da Juventude e Desportos, Ministério da Habitação e Urbanismo, Ministério da Defesa Nacional, Ministério do

Ambiente, Sociedade angolana de Doenças Cardiovasculares, Ordens profissionais, Associações Técnico-Profissionais e Associações de doentes;

4. Parceiros internacionais: OMS, Cooperação Cubana e outras cooperações.

Indicadores de avaliação

1. Número de instituições de saúde que utilizam o Protocolo de diagnóstico e tratamento das principais DCV;
2. Número de unidades sanitárias que praticam a medição sistemática da tensão arterial;
3. Número de campanhas de IEC para as DCV;
4. Número de campanhas de rastreio realizadas para a hipertensão, dislipidemia e a diabetes;
5. Número de especialistas e técnicos formados;
6. Número de Províncias com unidades de cuidados intensivos e unidades coronárias;
7. Taxas de morbidade e mortalidade por DCV.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatório do estudo de prevalência das DCV;
2. Relatórios das visitas de supervisão aos diferentes níveis de atenção à saúde;
3. Relatório de avaliação e supervisão das actividades do programa de DCV.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política;
2. Municipalização dos cuidados primários de saúde;
3. Inclusão no pacote integrado de cuidados e serviços de saúde do rastreio da hipertensão arterial;
4. Existência de acordo de cooperação com Cuba.

Pontos fracos

1. Dificuldades financeiras para criação de serviços especializados das DCV;
2. Duração da formação de especialistas;
3. Deficiências no funcionamento do mecanismo de referência e contra-referência;

Condicionantes ambientais

1. Consumo de álcool;
2. Hábitos alimentares com tendência ao excesso.

Pesquisa operacional

1. Estudo de prevalência das DCV e factores de risco;
2. Inquérito sobre a percepção dos indivíduos relativamente aos riscos das DCV.

Projecto 10: Prevenção e tratamento da doença renal crónica

Situação actual

A Doença Renal Crónica (DRC) vem assumindo importância global, em virtude do aumento exponencial de casos registados nas últimas décadas. Actualmente, existe mais de um milhão de pessoas em Terapia Renal Substitutiva (TRS) em todo o mundo e a expectativa é que esse número dobre em apenas 5 anos. Dos vários factores de risco, a hipertensão arterial, a diabetes mellitus e as glomeronefrites, têm sido identificadas como as principais causas responsáveis por essa nova epidemia.

A detecção precoce é difícil devido à sua evolução insidiosa e pouco sintomática. É importante referir que os conhecimentos sobre a doença, sua gravidade, custos com exames bioquímicos e realização da ecografia renal para o diagnóstico, são aspectos que, para além de dispendiosos, não se encontram disponíveis em algumas unidades dos serviços nacionais de saúde.

Embora se desconheça a taxa de prevalência global da doença no País, o sentimento dos profissionais é de que esta tem aumentado progressivamente.

No registo da Sociedade Angolana de Nefrologia, em 2011, foram registados 800 doentes em terapia substitutiva da função renal, contra 523 em 2010. As causas mais frequentes encontradas em 2011 foram; a hipertensão arterial (232 casos), a uropatia obstrutiva (34 casos) e a Diabetes Mellitus (27 casos). A estatística mostra também, que a doença tem predilecção para o sexo masculino e que as principais causas de morte estão relacionadas com as DCV (27%) e as infecções dos acessos vasculares em 21% dos casos.

O País conta com 11 especialistas nacionais em nefrologia, pretendendo reforçar a capacidade do Sistema Nacional de Saúde para retardar a progressão da DRC, através do diagnóstico precoce de casos, detecção dos factores que desencadeiam a doença e a prestação de tratamento adequado.

O PNDS, prevê a realização de alguns estudos sobre a prevalência das DRC e seus factores de risco. Os resultados destes estudos servirão para traçar as principais estratégias na luta contra as mesmas.

O PNDS prevê também criar o Programa Nacional de Doenças Crónicas Não Transmissíveis, onde este Projecto se insere, para melhorar as condições para o diagnóstico precoce, o tratamento, e o seguimento das DRC nos diferentes níveis do Serviço Nacional de Saúde. Estas acções serão suportadas por programas de sensibilização da população sobre a prevenção e controlo dos factores de risco.

Estratégias operacionais

1. Sensibilização dos profissionais e das comunidades sobre a prevenção e o diagnóstico precoce da DRC ao nível do Município;
2. Detecção precoce da doença renal, pelo exame de urina com testes vareta (“dipstick”), medição da TA e medição da glicemia a todos os níveis da assistência sanitária;
3. Melhoria da capacidade diagnóstica técnica e laboratorial ao nível de referência, para corresponder ao aumento da capacidade de detecção precoce da DRC a nível primário e secundário;
4. Desenvolvimento do tratamento substitutivo da função renal (TSFR) – ao nível das regiões: Cabinda, Norte, Leste, Centro e Sul do País;
5. Ao nível das grandes cidades municipalizar o tratamento substitutivo da função renal;
6. Prestação gratuita dos serviços de TSFR;
7. Desenvolvimento de medidas visando a aprovação da proposta de lei sobre Transplantação de Órgãos e Tecidos, a curto-médio prazos, tendo em conta que o transplante renal constitui a terapia de eleição da DRC.

Metas

1. Até 2014, criar a Comissão Técnica Nacional de Diálise, identificando o seu enquadramento orgânico e os recursos necessários para o seu funcionamento;
2. Até 2014, aprovar e divulgar o Manual de Boas Práticas para as unidades de hemodiálise;
3. Até 2014, advogar para a aprovação da proposta de lei sobre o transplante de órgãos e tecidos humanos;
4. A partir de 2014, realizar campanhas nacionais de promoção e prevenção da DRC;
5. Até 2015, criar o Centro de Histocompatibilidade;
6. A partir de 2015, realizar o diagnóstico precoce da Doença Renal, em todos os níveis da atenção sanitária, com teste de urina “dipstick”, medição da TA e da glicemia;
7. Até 2021, actualizar e melhorar o Registo da DRC em Angola e incluir no Sistema Nacional de Informação Sanitária;
8. Até 2025, criar pelo menos 5 centros regionais e um centro de hemodiálise por Município com mais de 500.000, habitantes;
9. Até 2025, formar mais 100 Nefrologistas;
10. Até 2025 formar mais 500 Enfermeiros Especializados em Diálise.

Actividades e Intervenções

1. Incluir a DRC no Programa Nacional de Doenças Crónicas Não Transmissíveis;
2. Criar a Comissão Técnica Nacional de Diálise, identificando o seu enquadramento orgânico e os recursos necessários para o seu funcionamento;
3. Realizar estudo de prevalência e incidência da DRC no País;
4. Criar o Registo Nacional do DRC como parte integrante do Sistema de Informação e Gestão Sanitária;
5. Dotar as unidades sanitárias de meios de diagnóstico para o rastreio da DRC;
6. Incluir nos protocolos dos laboratórios dos hospitais de referência testes específicos para DRC;
7. Elaborar protocolos de diagnóstico e tratamento para os diferentes estadios da DRC;
8. Capacitar técnicos a todos os níveis do Serviço Nacional de Saúde para o rastreio da DRC;
9. Reforçar e aumentar os Internatos Médicos de Nefrologia em Angola;
10. Implementar cursos de formação contínua de Diálise e Nefrologia, para Médicos Policlínicos e Enfermeiros;
11. Construir, equipar, e enquadrar unidades de hemodiálise a nível Regional e Unidades Municipais com mais de 500,000 habitantes;
12. Elaborar e divulgar o Manual de Boas Práticas para as unidades de Hemodiálise;
13. Assegurar a gratuidade e disponibilidade dos medicamentos de manutenção da DRC, desde o estadio I ao estadio V;
14. Garantir ao domicílio a medicação, cuidados e serviços aos doentes crónicos através da rede de cuidados continuados a ser criada.
15. Realizar supervisões periódicas a todas unidades de hemodiálise;
16. Aprovar e divulgar a lei sobre transplante de órgãos e tecidos humanos;
17. Realizar campanhas nacionais de promoção e prevenção da DRC;
18. Realizar “Encontro Renal da SADC” para o conhecimento epidemiológico sobre a doença na Região Austral.

Resultados esperados

1. DRC incluída no Programa Nacional de Doenças Crónicas Não Transmissíveis;
2. Prevalência e incidência da DRC no País conhecida;
3. Diagnóstico precoce da DRC realizado em todos os níveis do Serviço Nacional de Saúde;
4. Criação de uma base de dados sobre a DRC e inclusão no SIS;

5. Comissão Técnica Nacional de Diálise criada e em funcionamento;
6. Manual de Boas Práticas para as unidades de Hemodiálise aprovado e divulgado;
7. Lei sobre transplante de órgãos e tecidos humanos, aprovada e divulgada;
8. Campanhas nacionais de promoção e prevenção da DRC realizadas;
9. Centros regionais de hemodiálise criados;
10. Avaliação sistemática dos Protocolos de diagnóstico e tratamento da DRC em todos seus estádios.

Organismos e instituições responsáveis do projecto

1. Organismos de execução: DNSP;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: DNRH, CECOMA, DNME, Hospitais Centrais;
3. Parceiros Nacionais: HMP/IS; DSS/EMG/FAA, MININT, Multiperfil, Clínica Girassol, centros privados, Ordem dos Médicos de Angola, Sociedade Angolana de Nefrologia, Associação Angolana de Enfermeiros de Diálise e Transplante; Ministério do Ensino Superior, Ciência e Tecnologia; Ministério da Agricultura, MAPTESS, Ministério da Educação, Ministério da Indústria, Ministério do Comércio, Ministério da Juventude e Desportos, Ministério da Habitação e Urbanismo, Ministério do Ambiente, Ordens profissionais, Associações Técnico-Profissionais e Associações de doentes.
4. Parceiros Internacionais: International Society of Nephrology, OMS, EDTA (European Dialysis and Transplantation Association), SPN (Sociedade Portuguesa de Nefrologia) e SBN (Sociedade Brasileira de Nefrologia) e Associação Africana de Nefrologia.

Indicadores de avaliação

1. Número de novos casos de DRC detectados por estádio;
2. Número de unidades que realizam o rastreio da DRC;
3. Estruturas que utilizam protocolos de diagnóstico e tratamento da DRC;
4. Tempo de sobrevivência dos doentes com DRC em Diálise;
5. Disponibilização de pelo menos uma Unidade de Hemodiálise a nível regional em função da densidade populacional;
6. Número de médicos especializados formados em diálise;
7. Número de técnicos capacitados no rastreio da DRC e habilitados no tratamento específico da DRC.

Mecanismos de seguimento e de avaliação

1. Relatório do estudo de prevalência e incidência da DRC;
2. Relatórios semestrais de supervisão da Comissão Nacional Técnica Diálise;
3. Relatórios trimestrais de actividades das unidades de Hemodiálise.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Existência de profissionais médicos e técnicos, com experiência acumulada há mais de 15 anos;
2. Existência de unidades de Hemodiálise com experiência há mais de 15 anos;
3. Existência de plano de formação contínua de médicos policlínicos, enfermeiros;
4. Existência de formação pós-graduada em nefrologia no País;
5. Vontade política;

Pontos fracos

1. Existência exígua de Médicos especialistas em Nefrologia, policlínicos com experiência, enfermeiros e técnicos de manutenção;
2. Diagnósticos de DRC tardios;
3. Elevados custos no tratamento de manutenção do DRC a curto e médio prazo.

Condicionantes ambientais

1. Exíguos recursos financeiros para ampliação dos serviços de atendimento dos doentes com DRC;
2. Dificuldades de energia eléctrica nas unidades de TSFR.

Projecto 11: Prevenção e tratamento da diabetes mellitus

Situação actual

A Diabetes Mellitus é uma doença crónica caracterizada por hiperglicemia, que requer tratamento ao longo da vida. A sua prevalência e incidência em Angola são ainda mal conhecidas, mas existe o sentimento entre os profissionais de saúde do seu aumento progressivo.

Segundo a OMS, a prevalência em África varia entre 1% e 20%. A propagação global do diabetes deu-lhe as características de uma pandemia. A forma mais frequente é a diabetes tipo 2, que representa mais de 85% dos casos. Outras formas são: o tipo 1, diabetes específicas e a diabetes gestacional.

A Diabetes é grave devido às suas complicações, nomeadamente a doença cardiovascular, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal, a cegueira, a impotência sexual e a gangrena dos pés que levam à amputação. A Diabetes e as doenças crónicas associadas estão rapidamente a emergir como principais problemas de saúde. A OMS estima que mais de 180 milhões de pessoas no mundo sofrem de diabetes.

O seu controlo envolve mudanças do estilo de vida e dos hábitos alimentares da população em geral, principalmente dos pacientes, incluindo educação e informação sobre a doença e tratamento.

Está cientificamente comprovado que é possível prevenir a Diabetes com a mudança dos estilos de vida na fase pré-diabética, que inclui a adopção de uma dieta equilibrada, a prática regular de exercício físico e a redução de peso em excesso.

A prevenção e o controlo, devem basear-se no aumento de intervenções adequadas de Informação, Educação e Comunicação (IEC), junto às comunidades, em especial em populações vulneráveis.

Em Angola existe a Associação de Diabéticos.

O PNDS preconiza a realização de alguns estudos sobre a prevalência das Diabetes e seus factores de risco. Os resultados destes estudos servirão para traçar as principais estratégias na luta contra os mesmos.

O PNDS prevê criar o Programa Nacional de Controle de Doenças Crónicas Não Transmissíveis, onde este projecto se insere, para melhorar as condições para o diagnóstico precoce, o tratamento, e o seguimento das Diabetes nos diferentes níveis do Serviço Nacional de Saúde. Estas acções serão suportadas por programas de sensibilização da população sobre a prevenção e controlo dos factores de risco.

O PNDS pretende criar a adopção de medidas eficazes de vigilância, prevenção e controlo da diabetes, incluindo o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e o adiamento das suas complicações.

Estratégias operacionais

1. Conhecimento da prevalência e a incidência da diabetes, suas complicações e os riscos que a determinam;
2. Integração em todos os níveis do Serviço Nacional de Saúde de recursos e meios para a detecção precoce e tratamento adequado;
3. Promoção para a mudança de comportamentos e estilos de vida relativamente à saúde e alimentação, principalmente nas escolas, nos postos de trabalho e na comunicação social;
4. Incluir a Diabetes no Programa Nacional de Controlo de Doenças Crónicas Não Transmissíveis;
5. Colaborar com a Associação Nacional de Diabéticos.

Metas

1. Até 2014, elaborar e divulgar a todas as unidades sanitárias do Serviço Nacional de Saúde o protocolo de diagnóstico e tratamento da diabetes;
2. A partir de 2013, capacitar técnicos nas estruturas de atenção primária (Centros e Hospitais Municipais), atenção secundária e terciária para o atendimento dos doentes com diabetes;
3. Em 2013, elaborar e divulgar material de IEC sobre a Diabetes;
4. A partir de 2013 realizar campanhas nacionais de promoção e prevenção sobre a diabetes;
5. Até 2014, dotar todos os Centros de Saúde, Hospitais Municipais, Hospitais Provinciais e Centrais de meios para o rastreio precoce e tratamento da doença;
6. A partir de 2014, garantir o acesso gratuito à medicação específica, essencial aos doentes;
7. Até 2015, introduzir a Diabetes e seu perfil a nível Nacional no Sistema de Informação Sanitária;
8. Até 2017, realizar um estudo de prevalência e incidência da Diabetes.

Actividades e intervenções

1. Realizar um estudo de prevalência e incidência da doença no País;
2. Incluir a diabetes no SIS;
3. Elaborar, divulgar e implementar protocolos de diagnóstico, tratamento e seguimento da doença e suas complicações a nível das unidades sanitárias;

4. Realizar campanhas nacionais trimestrais para o rastreio da hipertensão, dislipidemia e da diabetes, sob o lema “Coração Saudável”;
5. Capacitar médicos e técnicos sobre a diabetes;
6. Dotar as unidades sanitárias de meios para o rastreio e tratamento da doença;
7. Elaborar e distribuir material de IEC sobre a diabetes mellitus;
8. Realizar campanhas nacionais de promoção e prevenção da doença;
9. Apoiar a Associação Nacional de Diabéticos;
10. Garantir a medicação ao domicílio, bem como cuidados e serviços aos doentes crónicos através da rede de cuidados continuados a ser criada.

Resultados esperados

1. Prevalência e incidência da diabetes conhecida no País;
2. Diabetes e seu perfil a nível Nacional, incluídos no Sistema de Informação Sanitário;
3. Protocolo de diagnóstico e tratamento da diabetes elaborado, divulgado e utilizado nos diferentes níveis do SNS;
4. Centros de Saúde, Hospitais Municipais, Hospitais Provinciais com meios de diagnóstico e tratamento da doença disponíveis;
5. Médicos e técnicos nas estruturas da atenção primária (Centros e Hospitais Municipais), atenção secundária e terciária capacitados para o atendimento dos doentes com diabetes;
6. Acesso à medicação específica para os doentes garantida e gratuita;
7. População angolana consciencializada sobre a doença e seus principais riscos, incluindo a prática do rastreio voluntário da doença.

Organismos e instituições responsáveis do projecto

1. Organismos de execução: DNSP;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: DNRH, CECOMA, DNME, unidades sanitárias;
3. Parceiros Nacionais: MED, MCS, INE, ONGs, Governos provinciais, Administrações Municipais; DPS, RMS; Ministério do Ensino Superior, Ciência e Tecnologia; Ministério da Agricultura, MAPTESS, Ministério da Educação, Ministério da Indústria, Ministério do Comércio, Ministério da Juventude e Desportos, Ministério da Habitação e Urbanismo, Ministério do Ambiente, Ordens profissionais, Associações Técnico-Profissionais e Associações de doentes
4. Parceiros Internacionais: OMS, Cooperação Cubana e outras cooperações.

Indicadores de avaliação

1. Taxas de prevalência e incidência;
2. Número de unidades que utilizam os protocolos de diagnóstico e tratamento;
3. Número de testes rápidos realizados;
4. Disponibilidade dos testes e antidiabéticos essenciais;
5. Número de profissionais capacitados;
6. Número de campanhas realizadas de promoção da saúde e prevenção da doença.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios trimestrais de actividades do projecto;
2. Relatórios das actividades de supervisão.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política;
2. Revitalização dos cuidados primários de saúde a nível dos Municípios, que permitirá o rastreio regular à população.

Pontos fracos

1. Ausência de estudos de prevalência e incidência;
2. Ausência de um Programa Nacional de Controlo de Doenças Crónicas Não Transmissíveis;
3. Ausência de rastreio regular na população;
4. Custos elevados dos aparelhos de autocontrolo, dos medicamentos e consumíveis.

Condicionantes ambientais

1. Financiamento;
2. Hábitos alimentares e consumo de álcool com tendência para o excesso;
3. Pobreza.

Pesquisas operacionais

1. Estudo de Prevalência e Incidência da Diabetes Mellitus.

Projecto 12: Prevenção e tratamento da doença de células falciformes

Situação actual

A anemia de células falciformes ou drepanocitose, consiste na anomalia hereditária em que os eritrócitos se apresentam em forma de foice (eritrócitos falciformes). É a anomalia hematológica genética e hereditária caracterizada pela homozigotia da hemoglobina S doença genética hematológica com maior prevalência no mundo, registando-se o maior número de casos em África.

Não existem estudos em Angola sobre a magnitude deste problema de saúde pública. Contudo, o Hospital Pediátrico David Bernardino, alberga o Centro de Apoio ao Doente Anémico, que funciona desde 2005, onde é efectuada a consulta dedicada ao paciente com doença falciforme. Neste centro, são atendidos doentes em idade pediátrica e adultos, que continuam filiados à consulta dedicada, desde a infância. A afluência de doentes à consulta tem evoluído ao longo dos anos, de 601 pacientes observados em 2005 passou para, 1306 pacientes em 2011.

Em Julho de 2011, teve início o Projecto de rastreio neonatal da Doença Falciforme, em Luanda, nas Maternidades Lucrecia Paim, Augusto N'Gangula e Centro de Saúde da Samba, através da colheita de sangue capilar para pesquisa.

Até Maio de 2012, foram feitas 13.336 colheitas de sangue das quais 156 revelaram padrão hemoglobínico FS, que corresponde a 1.1 % de pacientes. Foram efectuadas 87 consultas em pacientes com idade média de 2 meses. As restantes crianças ainda não compareceram à consulta, quer por dificuldade na localização das famílias, quer por recusa ou não aceitação da informação sobre a doença.

Na consulta é oferecida a vacina anti-pneumocócica, Penicilina oral e mosquiteiro para a prevenção de DRA e malária, respectivamente.

Existe a Associação dos Doentes de Anemia Falciforme (ADAF), de carácter Nacional.

Este Plano preconiza a inserção deste Projecto no Programa Nacional de Controle de Doenças Crónicas não Transmissíveis, a ser criado para melhorar as condições de diagnóstico precoce, de tratamento, e do seguimento da drepanocitose nos diferentes níveis do Serviço Nacional de Saúde.

Estratégias operacionais

1. Criação de grupos de estudo para identificação do perfil epidemiológico de Angola (prevalência, incidência, morbidade e mortalidade);

2. Aumento da capacidade resolutive do Centro Nacional de Apoio ao Doente Drepanocítico (Hospital Pediátrico David Bernardino) e desenvolver áreas de apoio para diagnóstico e seguimento dos doentes nos Hospitais Centrais com carácter regional, Provincial e Municipal;
3. Estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência;
4. Implementação de rastreio neonatal universal;
5. Aconselhamento e testagem aos adolescentes;
6. Capacitação e treinamento de profissionais de saúde, para o diagnóstico e seguimento dos pacientes;
7. Uniformização das condutas/elaboração e divulgação de protocolos de actuação;
8. Criação de mecanismos para garantir sangue seguro;
9. Gestão de medicamentos adequados para a prevenção e tratamento das complicações;
10. Gratuitidade de toda assistência médico-medicamentosa;
11. Consciencialização da população para a percepção da doença falciforme.

Metas

1. A partir de 2014, capacitar os profissionais de saúde para o diagnóstico e seguimento dos pacientes: técnicos de laboratório, enfermeiros e médicos no âmbito das técnicas de diagnóstico e tratamento da doença de células falciformes;
2. Até 2015, aumentar o rastreio neonatal às Maternidades e Hospitais Municipais;
3. Até 2015, melhorar a informação por parte da população e promover o bem-estar dos pacientes;
4. Até 2016, realizar estudos epidemiológicos locais e nacionais, para identificação real do problema;
5. Até 2021, disseminar o aconselhamento e testagem dos adolescentes;
6. Até 2021, criar um centro de apoio ao doente anémico em hospitais gerais e hospitais municipais prioritários;

7. Até 2021, aumentar o atendimento dos pacientes com baixa complexidade nos serviços de atenção primária e os de média e alta complexidade, implantados em unidades especiais nos Hospitais de nível Provincial, Regional ou Nacional.

Actividades e intervenções

1. Realizar estudos epidemiológicos e clínicos;
2. Implantar o rastreio neonatal nas maternidades e Hospitais Municipais;
3. Aconselhamento e testagem de adolescentes;
4. Dotar as unidades especiais de meios e medicamentos, para o diagnóstico e terapêutica precoce e adequada;
5. Implantar unidades especiais nas unidades sanitárias a nível Nacional;
6. Realizar campanhas de divulgação e informação sobre a doença;
7. Elaborar e divulgar normas de rastreio, diagnóstico e seguimento;
8. Capacitar profissionais para o rastreio e seguimento do doente drepanocítico;
9. Colaborar com a Associação dos Doentes de Anemia Falciforme (ADAF).

Resultados esperados

1. Profissionais em todos os centros de aconselhamento, rastreio e nos hospitais centrais de referência (técnicos de laboratório e clínicos) capacitados;
2. Cobertura de rastreio aumentada nas maternidades e hospitais municipais;
3. População melhor informada sobre a drepanocitose;
4. Qualidade da assistência aos pacientes, melhorada;
5. Conhecimento da situação epidemiológica da drepanocitose;
6. Unidades para o atendimento do doente drepanocítico, criadas a nível Nacional.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: DNSP;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Centro de Apoio ao Doente Anémico;
3. Parceiros nacionais: MED, MINPLAN, Associações e Sociedades profissionais de saúde e de pacientes; Ministério do Ensino Superior, Ciência e Tecnologia; Ministério da Agricultura, MAPTESS, Ministério da Educação, Ministério da Indústria, Ministério do Comércio, Ministério da Juventude e Desportos, Ministério da Habitação e Urbanismo, Ministério do Ambiente, Ordens profissionais, Associações Técnico-Profissionais e Associações de doentes
4. Parceiros internacionais: OMS e outras cooperações.

Indicadores de avaliação

1. Percentagem de recém-nascidos com rastreio para anemia de células falciformes;
2. Percentagem de crianças com rastreio para anemia de células falciformes;
3. Número de adolescentes em idade reprodutiva com rastreio e aconselhamento para anemia de células falciformes;
4. Percentagem de pessoas com doença falciforme em acompanhamento;
5. Taxa de mortalidade pela doença;
6. Percentagem de profissionais capacitados em diagnóstico e acompanhamento de pessoas com células falciformes;
7. Percentagem de documentos normativos produzidos segundo o previsto.

Mecanismos de seguimento e de avaliação

1. Relatórios trimestrais e anuais de actividades dos centros de referência ao programa;
2. Encontros Nacionais sobre a doença falciforme;
3. Relatórios das visitas de supervisão e avaliação.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política;
2. Profissionais motivados;
3. Parceria público-privada;
4. Parceria interNacional.

Pontos fracos

1. População pouco esclarecida;
2. Escassez de recursos humanos;
3. Dificuldades económicas da população;
4. Deficiências técnicas;
5. Recursos financeiros reduzidos.

Pesquisa operacional

1. Realização de estudos epidemiológicos.

Projecto 13: Prevenção e tratamento das doenças da nutrição

Situação actual

A nutrição adequada, ou seja a boa saúde e cuidados essenciais para a criança, são fundamentais para garantir a sobrevivência, o crescimento, o desenvolvimento e o bem-estar nutricional da população infantil. O Executivo Angolano e, em particular, o MINSA, reconhece o papel da nutrição como sendo uma pré-condição ou pré-requisito, para o desenvolvimento social e económico sustentável do País.

Em 2007, foi criado o Conselho Nacional da Criança (CNAC), com o objectivo de supervisionar a agenda Nacional em prol do bem-estar das crianças em Angola e a incumbência de implementar e monitorizar as actividades relacionadas com os *11 Compromissos*. A segurança alimentar e nutricional é reconhecida como uma prioridade importante para as crianças e insere-se na Comissão da Política Pública para as Crianças entre os 0 e 5 anos de idade, como *Compromisso* Número dois. Angola conta com a Estratégia Nacional de Nutrição para a Primeira Infância e com a Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, estando em curso a elaboração da Política Nacional de Nutrição.

Relativamente a dados sobre a segurança alimentar, o Inquérito Nacional de Nutrição (INN) realizado em 2007, indicou que dos 60,5% agregados familiares que vivem em áreas rurais, 42,5% tinham acesso à terra para agricultura e 22,3% faziam criação de animais para consumo doméstico. Quanto à frequência de refeições consumidas, 51,8% indicaram que consumiram menos de três refeições no dia anterior ao inquérito.

Ainda de acordo com os resultados do mesmo Inquérito, 8,2% das crianças menores de cinco anos de idade, apresentavam malnutrição aguda, 29,2% malnutrição crónica e 15,6% desnutrição. O mesmo estudo, aponta uma cobertura de vitamina A em crianças dos 6 meses aos 59 meses de 67,8%.

O INN indicou uma prevalência de anemia em crianças em idade pré-escolar de 29,7%, considerada um problema de moderada “importância” para a saúde pública. Estudos realizados em senhoras, revelaram uma taxa de 57,1% entre grávidas e 52,3% entre mulheres não grávidas, representando problemas “graves” de saúde pública.

Sobre o consumo de sal iodizado o mesmo estudo concluiu que 44% dos agregados familiares tinham um consumo adequado de sal iodizado (> 15 ppm). Com base nestes dados, cerca de 20% das crianças angolanas correm grave risco de contrair doenças por deficiência de iodo (DDI). Indicou ainda aquele estudo que 35,5% dos agregados familiares consumiam parcialmente sal iodizado, mas cerca de 20% utilizavam sal

que não continha qualquer vestígio de iodo. Estas taxas evidenciam a importância de não apenas aumentar o acesso ao sal iodizado, mas também de garantir que os padrões de iodização sejam rigorosamente observados.

A Iniciativa de Micronutrientes estima que 46% da população está em risco de não possuir zinco em quantidade adequada. Em 2010 Angola aprovou uma política de suplementação de zinco para o tratamento da diarreia em crianças dos 6 aos 59 meses de idade.

Segundo o IBEP 2010, a amamentação é comum em Angola e 92% das mulheres amamentam os seus filhos ao longo do período do nascimento. Contudo, apenas 47% das mulheres iniciaram o aleitamento materno exclusivo, logo após o nascimento e continuaram até à idade de 6 meses. Destas, 52% são mulheres de áreas rurais.

Porém é conhecido que a introdução precoce e práticas inadequadas de alimentação complementar, aliadas ao limitado acesso à água potável e saneamento básico, aumentam o número de crianças desnutridas. Para dar resposta a todos os problemas relacionados com a malnutrição, o País tem disponíveis 34 Centros de Nutrição Terapêutica (CNT), onde são atendidas crianças com malnutrição grave.

A melhoria da Nutrição da população requer esforços coordenados de um vasto leque de Ministérios, Sectores e Agências Governamentais, bem como a colaboração de Instituições Académicas e de Formação, da Comunicação Social, Igrejas, Líderes Comunitários, Organizações não-governamentais (ONGs) Nacionais, Internacionais e o Sector Privado.

Relativamente à malnutrição por excesso, o País não dispõe ainda de estudos sobre a prevalência de sobrepeso e de obesidade. Existe contudo a necessidade de se conhecer a prevalência da malnutrição por excesso, por constituir um factor de risco da HTA e da Diabetes Mellítus, consequentemente, de doenças cardiovasculares.

Durante a implementação do PNDS, devem realizar-se acções que visem garantir o Desenvolvimento e a Sobrevivência das crianças durante a 1ª Infância, através do envolvimento da comunidade e das famílias, para a promoção de práticas chave saudáveis e intervenções visando a prevenção e controlo da malnutrição, por carências de macro e micronutrientes, contribuindo, desta forma, para a redução das taxas de morbilidade e mortalidade por doenças nutricionais em crianças menores de cinco anos e na população adulta em geral. Devem igualmente, intensificar-se os esforços de formação dos recursos humanos na área de Nutrição e realizar-se estudos, no País, para uma melhor compreensão dos factores nutricionais determinantes. Torna-se imprescindível integrar, em inquéritos de rotina planificados, a

recolha de dados abrangentes sobre nutrição, prevendo-se o acompanhamento da evolução da situação nutricional da população, particularmente dos grupos mais vulneráveis (adolescentes, mulheres e crianças). A par disso, será feito o reforço da informação, da comunicação e da educação sobre os hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis e das intervenções de prevenção e controlo da malnutrição e de carências de micronutrientes, assim como da mobilização de parcerias estratégicas, para uma resposta multisectorial às questões de nutrição.

Estratégias operacionais

1. Integração dos serviços de Nutrição nos Cuidados Primários de Saúde como prioridade absoluta;
2. Reforço da distribuição de micronutrientes e desparasitação como o albendazol, em crianças menores de 5 anos;
3. Estabelecimento de um sistema de vigilância de doenças devidas a carências alimentares e de micronutrientes de base institucional e comunitária;
4. Reforço de vigilância epidemiológica da malnutrição;
5. Promoção do aleitamento materno logo após o nascimento, exclusivo até aos 6 meses e de práticas adequadas de alimentação após os 6 meses de idade;
6. Promoção de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis;
7. Fortificação em ferro dos alimentos básicos para a população em geral;
8. Intensificação dos esforços para criação de capacidade e oportunidades de formação, na área de nutrição;
9. Reforço da participação comunitária e da capacitação das famílias, através das competências familiares chaves;
10. Mobilização de parcerias estratégicas para uma resposta multisectorial;
11. Unificação das questões relacionadas com a nutrição e alimentação num único órgão reitor.

Metas

1. A partir de 2014, expandir e promover acções essenciais de nutrição, alimentação saudável, mudança de estilos de vida para melhor desenvolvimento e sobrevivência infantil, assim como a manutenção saudável do organismo do adulto;
2. Até 2015, integrar a vigilância nutricional no sistema de informação sanitária (SIS);
3. Até 2016, estabelecer uma política de fortificação dos alimentos básicos com micronutrientes;
4. A partir de 2017, promover o processo de fortificação dos alimentos básicos com micronutrientes;

5. Até 2017, dotar as 18 Províncias e todos os Municípios com técnicos capacitados em nutrição;
6. Até 2016, estabelecer estratégias e mecanismos de controlo da Malnutrição Aguda em Crianças menores de 5 anos;
7. Até 2021, reduzir para menos de 5% a taxa de Malnutrição Crónica (Nanismo) em Crianças menores de 5 anos;
8. Até 2021, aumentar para 85% a prática de Aleitamento Materno logo após o nascimento e exclusivo até aos 6 meses;
9. Até 2021, aumentar para 95% a cobertura de Vitamina A, em crianças dos 6 aos 59 meses;
10. Até 2021, reduzir para menos de 10% a taxa de prevalência de Baixo Peso nas crianças menores de cinco anos;
11. Até 2021, aumentar para 90% a cobertura do consumo de sal adequadamente iodizado (mais de 15 microgramas) no agregado familiar;
12. Até 2021, reduzir os distúrbios devido à carência de iodo no seio da população;
13. Até 2023, aumentar para 95% a cobertura de administração de Ferro e Ácido Fólico em mulheres grávidas;
14. Até 2025, consagrar 70% das unidades sanitárias de atendimento à Mãe e à Criança, como “Unidade de Saúde Amiga da Criança”;
15. Até 2025, expandir para todos os Municípios a gestão e o manuseamento integrado do Programa da Malnutrição Severa ao nível da Comunidade e das unidades sanitárias.

Actividades e intervenções

1. Promover uma alimentação saudável para os diferentes grupos etários, assim como a adopção de estilos de vida saudáveis (actividades físicas);
2. Implementar e promover acções de educação nutricional para casos específicos;
3. Realizar a avaliação nutricional de quatro em quatro anos;
4. Realizar acções de controlo de qualidade do processo de fortificação dos alimentos;
5. Dotar as unidades sanitárias de meios e recursos para o diagnóstico e tratamento da malnutrição;
6. Manter a distribuição de sais ferrosos, ácido fólico e vitamina A para grupos populacionais específicos, particularmente mulheres grávidas e crianças;
7. Reforçar a implementação da administração sistemática de suplementos de micronutrientes e desparasitantes nas unidades sanitárias a todas as crianças menores de cinco anos;
8. Integrar outras Campanhas Nacionais para reforçar a administração de micronutrientes;
9. Rever e divulgar protocolos de diagnóstico e tratamento da malnutrição;

10. Elaborar e divulgar material de IEC para a promoção de atitudes, conhecimentos e práticas saudáveis, em matéria de nutrição;
11. Realizar campanhas nacionais de promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis de forma a contribuímos para o controlo e prevenção da HTA, da Diabetes Mellitus, da Obesidade, da Cárie Dentária, entre outras doenças crónicas não transmissíveis;
12. Realizar campanhas nacionais de promoção do aleitamento materno logo após o nascimento e exclusivo até aos 6 meses;
13. Reforçar as capacidades de inspeção, fiscalização e controlo da qualidade do sal iodizado;
14. Incluir a vigilância nutricional no SIS;
15. Continuar a implementação da iniciativa “Unidade de Saúde Amiga da Criança”;
16. Divulgar activamente o Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno;
17. Iniciar o processo de fortificação dos alimentos básicos em ferro;
18. Realizar acções de investigação para estudar as consequências da malnutrição.

Resultados esperados

1. Taxa de Malnutrição Aguda em Crianças menores de 5 anos reduzida;
2. Taxa de Malnutrição Crónica (Nanismo) em Crianças menores de 5 anos reduzida;
3. Programas de sensibilização sobre diversos riscos ligados à nutrição definidos e implementados, incluindo a prática do Aleitamento Materno logo após ao nascimento e exclusivo até aos 6 meses, alimentação complementar adequada, utilização de sal iodizado, alimentação equilibrada e saudável;
4. Cobertura de Vitamina A, em Crianças dos 6 aos 59 meses aumentada a nível Nacional;
5. Cobertura de administração de Ferro e Ácido Fólico em mulheres grávidas a nível Nacional aumentada;
6. Taxa de prevalência de Baixo Peso em crianças menores de cinco anos reduzida;
7. Cinquenta por cento de unidades sanitárias de atendimento à mãe e à criança implementando a iniciativa “Unidade de Saúde Amiga da Criança”;
8. Cobertura do consumo de sal adequadamente iodizado (mais de 15 PPM) no agregado, familiar aumentada;
9. A gestão e o manuseamento integrado do programa da Malnutrição Severa ao nível da Comunidade e das unidades sanitárias, expandidos a todos os Municípios;
10. Distúrbios devidos à carência de iodo no seio da população mais vulnerável reduzidos;

11. Capacitação de técnicos sobre as intervenções essenciais de nutrição integrada na Atenção primária;
12. Política de fortificação dos alimentos estabelecida e o processo de enriquecimento dos alimentos básicos em ferro funcional;
13. Estudos nutricionais realizados;
14. Boas práticas documentadas;
15. Vigilância nutricional integrada no SIS e funcional.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Programa Nacional de Nutrição/DNSP;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: CECOMA, DNME, CEPD, GEPE;
3. Parceiros nacionais: Casa Civil da Presidência da República, MED, Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural, Ministério do Planeamento, Ministério do Comércio, Ministério do Interior, Ministério do Ensino Superior, Ministério da Ciência e Tecnologia; Ministério da Agricultura, MAPTESS, Ministério da Educação, Ministério da Indústria, Ministério da Juventude e Desportos, Ministério do Habitação e Urbanismo, Ministério do Ambiente, Ordens Profissionais, Associações Técnico-Profissionais e Associações de doentes;
4. Parceiros internacionais: Banco Mundial, OMS, UNICEF e outros.

Indicadores de avaliação

1. Resultados de estudos antropométricos;
2. Taxas de prevalência de sintomas/doença por défice de macro e micronutrientes;
3. Percentagem de população específica suplementada com comprimidos de ferro, ácido fólico, e vitamina A;
4. Volume de população específica que receberam albendazol;
5. Número de famílias que utilizam sal iodizado;
6. Número de grávidas com suplementação de ferro e ácido fólico;
7. Número de mulheres que praticam o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses;
8. Número de campanhas de promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis realizadas.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatório de estudos antropométricos;
2. Relatórios de actividades do programa;
3. Relatórios de supervisão;
4. Relatórios do Sistema de Informação Sanitária (SIS).

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Ponto fortes

1. Vontade Política sobre a importância da Nutrição;
2. Existência de um Programa Nacional de Nutrição;
3. Existência da Estratégia Nutricional para a primeira infância e a Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional;
4. Existência de um Programa Municipal Integrado de Desenvolvimento Rural e Combate à Pobreza
5. Existência de um Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional;
6. Coordenação e parceria intersectorial;
7. Parceiros nacionais e internacionais sensibilizados;
8. Crescimento económico do País.

Pontos Fracos

1. Recursos financeiros, administrativos e logísticos insuficientes para a realização das actividades;
2. Insuficiência de técnicos capacitados;
3. Inexistência de estudos antropométricos;
4. Envolvimento comunitário limitado.

Condicionantes ambientais

1. Pobreza;
2. Hábitos alimentares e estilos de vida pouco saudáveis;
3. Baixa escolaridade das mulheres;
4. Limitado acesso à água potável e saneamento do meio.

Pesquisa operacional

1. Estudos nutricionais nacionais;
2. Documentação de boas práticas;
3. Estudos de investigação científica sobre nutrição e alimentação nas populações ao nível Nacional.

Projecto 14: Prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dos tumores malignos

Situação actual

Câncer é uma designação genérica para doenças em que uma população de células multiplica-se sem respeitar os mecanismos que regulam a proliferação celular e adquirem a capacidade de invadir e destruir os tecidos adjacentes, podendo disseminar-se através de um processo chamado de metastização. Se o tratamento não for o adequado causa a morte do hospedeiro.

Estas doenças associam-se ao envelhecimento pois este processo biológico cria condições para que ocorram alterações a nível do ADN (mutações), sendo que estas, se não forem reparadas promovem a multiplicação celular desordenada já referida. A exposição a determinados agentes chamados carcinogénicos, sejam estes químicos, físicos ou biológicos, promove a ocorrência de mutações que são responsáveis pela transformação maligna. Existem alterações genéticas que estão na base do aparecimento de tumores em crianças e em famílias.

A melhoria das condições de vida, o aumento da esperança de vida ao nascer e a mudança de estilos de vida cria condições para que doenças crónicas, entre as quais as oncológicas, se tornem prevalentes. Este é o momento actual de Angola em que, a par com as doenças infecto-contagiosas, observamos um aumento consistente do número de doenças crónicas.

As doenças oncológicas, apesar de terem características biológicas comuns, têm particularidades que vão determinar o diagnóstico, a terapêutica e o seguimento. O conhecimento epidemiológico destas doenças é crucial, pois só com dados credíveis é possível planear.

O maior problema na actualidade deste sector da saúde é não sabermos com precisão a dimensão das doenças oncológicas em Angola, o que dificulta a definição de metas e de indicadores.

Os registos de câncer são responsáveis pela recolha de informação de doentes com câncer de modo a obter dados necessários à produção de estatísticas descritivas (epidemiologia descritiva), e ao planeamento, monitorização e avaliação dos programas de controlo de câncer. Para além disto, constituem igualmente a base para o estudo investigacional sobre as causas da doença, nomeadamente como suporte à epidemiologia analítica.

A inexistência de registos de câncer é uma das principais causas da ausência de informação sobre a real incidência do câncer em Angola, tendo por esse motivo, muitas vezes, que se basear em estimativas.

A este respeito, os dados provenientes do Instituto Angolano de Controlo do Câncer, que já desenvolvem esforços para a colheita, mais ou menos sistemática, dos casos de câncer diagnosticados, são insuficientes para se conhecer a real distribuição do câncer na população, por sexo, localização e tipo de tumor. No entanto, tendo em consideração os dados provenientes das fontes hospitalares existentes, torna-se possível desenhar um potencial cenário da distribuição das doenças oncológicas em Angola, constituindo assim um ponto de partida, mas que só poderá ser validado com a criação de um registo oncológico de base populacional. De acordo com os dados do Instituto Angolano de Controlo do Câncer, os tumores malignos mais frequentes em Angola são o da mama, colo do útero, linfoma não Hodgkin, próstata e sarcoma de Kaposi.

Conforme dados provenientes do projecto GLOBOCAN da *International Agency for Research on Câncer*, em 2012 o número de casos de câncer estimados para Angola foi de 10.305 e o número de mortes por esta doença de 7.213, o que representa um *ratio* mortalidade:incidência de cerca de 70%, considerado muito acima dos 50% observados em Países desenvolvidos.

Especificando, segundo o GLOBOCAN 2012, os tumores malignos mais frequentes nos homens foram os da próstata (853 casos), do fígado (309 casos), do esófago (252 casos), o linfoma não-Hodgkin (231 casos) e o do cólon e recto (227 casos).

De um modo geral, não existem estatísticas nacionais actualizadas e fiáveis de incidência, de mortalidade e de sobrevivência, o que resulta na incapacidade de se poder avaliar esta área da saúde, comparar instituições e estratégias, produzir dados para projecção do número de novos casos e, conseqüentemente, planificar e monitorizar intervenções futuras.

O País contava até há pouco tempo apenas com uma instituição de especialidade, o Instituto Angolano de Controlo do Câncer. Contudo, no presente momento outras instituições públicas e privadas já participam igualmente no diagnóstico, referenciação e tratamento de doenças oncológicas. No entanto, a situação caracteriza-se ainda por um fraco conhecimento sobre a doença e seus factores de risco por parte da população e de muitos profissionais de saúde. Existe falta de articulação na abordagem global das doenças oncológicas, de cooperação entre as instituições, de infra-estruturas, recursos humanos e materiais dedicados. A referenciação e a retro-referenciação, envolvendo os recursos municipais, provinciais e centrais, é frágil. Em cada 1000 novos casos de câncer diagnosticados no Instituto Angolano de Controlo do Câncer, cerca de 80% chegam aos serviços para a primeira consulta em estádio avançado. Esta realidade, não obstante a existência, nalgumas instituições, de tecnologia avançada de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica, fazem com que muitas das medidas tomadas a jusante daquela fase sejam inúteis, dada a baixíssima sobrevida em causa.

O Instituto Angolano de Controlo do Câncer tem responsabilidades na prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos em oncologia.

O Ministério da Saúde conta com os seguintes instrumentos jurídicos de suporte para a implementação do projecto: Decreto Presidencial Nº 178/13, de 6 de Novembro que aprova o Estatuto orgânico do Ministério da Saúde, Decreto Nº 260/10, de 19 de Novembro, Regime Jurídico de Gestão Hospitalar, Decreto Nº 79/07, de 16 de Novembro, Lei de Uso de Energia Atómica em Angola, aprovada pela Assembleia Nacional em Junho/2007, a proposta de Estatuto Orgânico que transforma o CNO em Instituto Angolano do Controlo do Câncer (IACC) e o “Programa Nacional Quadro” da Agência InterNacional da Energia Atómica (AIEA).

A resposta aos novos desafios em oncologia deve incluir a multidisciplinaridade, continuidade nos cuidados, elevada performance e inovação ao serviço dos doentes, e ainda a força que um grupo dedicado (hospitais e especialistas) pode ter perante as dificuldades existentes.

Não fará sentido implementar sistemas de vigilância e detecção precoce, complementadas por diagnóstico rápido e preciso, se não houver seguimento terapêutico útil, adequado e célere.

Torna-se necessário reorganizar o sector, valorizando as instituições, incorporando o conhecimento, definindo indicadores de avaliação e termos de referência para a informação bem como mecanismos de supervisão e de auditoria.

Estratégias operacionais

1. Consciencialização da população angolana para a problemática do câncer, nomeadamente para os sinais de alerta de surgimento da doença bem como os factores de risco;
2. Estabelecimento como prioridade a implementação de um registo oncológico de base hospitalar e populacional a fim de se conhecer a situação real da doença oncológica em Angola;
3. Redução da probabilidade de desenvolver câncer por meio da prevenção dos seus factores de risco;
4. Implementação e divulgação de programas de rastreio de câncers preveníveis;
5. Expansão e apetrechamento das infraestruturas do IACC (centro de referencia) assim como outras unidades hospitalares indicadas do País (Cabinda, Malanje, Benguela, Huila e Huambo);
6. Garantir os direitos dos pacientes e seus familiares tendo em conta a diminuição da mortalidade por câncer, melhoria da sobrevivência e da qualidade de vida dos doentes oncológicos, actuando-se ao nível do diagnóstico, tratamento oncológico hospitalar, assistência médica domiciliar, apoio psicológico especializado, assistência social, reabilitação e cuidados paliativos em infraestruturas adequadas;
7. Harmonização do conhecimento de todos os técnicos de saúde envolvidos nas várias áreas oncológica (diagnóstico, tratamento e seguimento);
8. Garantir o tratamento oncológico integral a todos os utentes;
9. Controle dos custos dos tratamentos garantindo a equidade. Facilitar a utilização e o acesso aos recursos já instalados no país apoiando as unidades de oncologia.

Metas

1. A partir de 2015, aumentar as campanhas de promoção da saúde sobre o câncer com forte apoio da *media* e a participação da comunidade;
2. Até 2014, institucionalizar o registo do câncer com base hospitalar e populacional com sede no Instituto Angolano de Controlo do Câncer como hospital de referência e integrar SMVE e SIS, devendo esse serviço criar todas as condições para o seu funcionamento;
3. Até 2014, aprovação da Estratégia Nacional de Controlo de Câncer;
4. A partir de 2015, advogar para o estabelecimento de um circuito de recepção das cópias de certificados de óbito que mencionem câncer, entre todas as Conservatórias do Registo Civil da Província de Luanda e o Registo de Câncer de Base Populacional de Luanda;
5. Até 2017, construção das infraestruturas do IACC e apetrechamento assim como das cinco Províncias (Cabinda, Benguela, Malanje, Huila e Huambo);

6. Até 2017, dotar os Hospitais Gerais e Centrais, de Cabinda, Benguela, Malanje, Huila e Huambo, de meios de rastreio, diagnóstico precoce e tratamento (cirúrgico, quimioterapêutico e radioterapêutico) dos principais tipos de câncer;
7. Até 2025, dotar os Hospitais Gerais e Municipais de meios de rastreio, diagnóstico precoce e tratamento para os principais tipos de câncer;
8. Até 2017, garantir o quadro de pessoal capacitado para tratamento integral de doentes oncológico nos cinco novos centros a surgir (Cabinda, Benguela, Malanje, Huambo e Huila).
9. Até 2017, garantir o quadro de pessoal mínimo para assegurar o funcionamento dos serviços criados;
10. Até 2025, reduzir a incidência dos cânceres da mama e do colo do útero em 10% com redução dos estadios III e IV;
11. A partir de 2014, realizar e manter a capacitação dos técnicos de saúde em oncologia a nível, Municipal, Provincial e Central;
12. Até 2025 reduzir a incidência de câncer da próstata em 10% em 70% os casos em estadios III e IV.
13. Até 2025, reduzir a incidência de câncer do fígado em 10% e em 70% os casos em estadios III e IV.
14. Até 2025, vacinar 90% da população de risco contra Hepatite B e HPV.

Actividades e intervenções

1. Introduzir nos currículos escolares dos diferentes níveis educacionais, temas sobre o câncer e seus factores de risco, apelando igualmente à formação dos professores nesta área;
2. Implementar o registo oncológico;
3. Implementar campanhas públicas de prevenção contra o tabagismo, uso abusivo do álcool, maus hábitos alimentares e o sedentarismo, assim como a exposição aos factores de risco biológicos (doenças infecciosas predominantes no quadro epidemiológico Angolano e que são factores de risco do câncer) e ambientais (radiações ionizantes e substâncias químicas com efeito cancerígeno);
4. Diagnosticar precocemente o câncer da mama, o câncer do colo do útero, o câncer da próstata e o câncer de bexiga, câncer do esófago, estômago, colo-rectal e câncer da pele;
5. Criar unidades de oncologia no País, estabelecendo mecanismos de cooperação, criando consultas de decisão terapêutica multidisciplinar e serviços especializados de diagnóstico, tratamento, seguimento e de cuidados paliativos;

6. Realizar, fundamentalmente nos grupos de riscos campanhas de promoção de saúde e diagnóstico precoce (auto-exame da mama, mamografia e citologia);
7. Expandir o registo oncológico de base populacional a todas as províncias e integrar no SMVE e SIS;
8. Advogar para a formação das equipas oncológicas multidisciplinares;
9. Manter actualizado o registo oncológico de base populacional e registo oncológico de base hospitalar e integra-los no SMVE e no SIS;
10. Implementar sistemas de informação que permitam monitorizar todos os indicadores do programa de luta contra o câncer bem como agilizar a nível hospitalar, a colheita de informação para efeitos de registo oncológico.
11. Introduzir a vacina contra o HPV no programa alargado de vacinação (para ambos os sexos);
12. Reforçar a cobertura vacinal contra a Hepatite B, criando-se um programa especial para os profissionais de saúde sem imunidade;
13. Diagnosticar precocemente, o câncer da mama, o câncer do colo do útero, o câncer da próstata e o câncer de bexiga, câncer do esófago, estômago, colo-rectal e câncer da pele;
14. Implementar um programa de educação para a saúde e de diagnóstico precoce dos cânceres da pele, nomeadamente do carcinoma espinocelular da pele na população albina, do sarcoma de Kaposi na população VIH/SIDApositiva e melanoma;
15. Realizar, fundamentalmente a nível municipal, e com recurso aos quadros dos seus hospitais, campanhas de promoção de saúde e de diagnóstico precoce (importância do auto exame de mama, citologia vaginal, toque rectal, vacinação etc.);
16. Reorganizar as unidades de oncologia do País, estabelecendo mecanismos de cooperação, criando consultas de decisão terapêutica multidisciplinar e serviços especializados de diagnóstico, tratamento, seguimento e de cuidados paliativos;
17. Elaborar recomendações e protocolos para as principais patologias oncológicas do País visando a harmonização de procedimentos, as boas práticas e a qualidade na assistência aos doentes oncológicos;
18. Implementar sistemas de informação que permitam monitorizar todos os indicadores do Programa de luta contra o câncer bem como agilizar, ao nível hospitalar, a colheita de informação para efeitos de registo oncológico;
19. Estender, logo que bem estabelecido o registo oncológico de base populacional de Luanda, o registo de câncer a todas as Províncias do País. O registo oncológico de base populacional de Cabinda, pelas características da Província, será implementado aquando o de Luanda;
20. Capacitar técnicos de saúde e professores do ensino geral como parte integrante do programa Nacional de controlo do câncer.

21. Advogar para a formação das equipas oncológicas multidisciplinares;
22. Realizar campanhas públicas de prevenção contra o tabagismo, uso abusivo do álcool, maus hábitos alimentares e o sedentarismo, assim como a exposição aos factores de risco biológicos (doenças infecciosas predominantes no quadro epidemiológico Angolano e que são factores de risco do câncer) e ambientais (radiações ionizantes e substâncias químicas com efeito cancerígeno);
23. Introduzir nos currículos escolares dos diferentes níveis educacionais, temas sobre o câncer e seus factores de risco, apelando igualmente à formação dos professores nesta área;
24. Promover e controlar a segurança ambiental e dos profissionais de saúde que trabalham nas unidades de oncologia.

Resultados esperados

1. Taxa de incidência e mortalidade dos principais tipos de câncer no País conhecida, permitindo a elaboração de programas concretos em oncologia, na sua vertente preventiva, terapêutica e investigacional;
2. Existência de um Plano Oncológico Nacional;
3. Hospitais Centrais e Provinciais dotados de unidades de oncologia;
4. Hospitais Municipais com recursos de diagnóstico precoce e de referência;
5. Campanhas de promoção de saúde sobre o câncer com participação da comunidade realizadas;
6. Técnicos de saúde e do sistema de ensino capacitados;
7. Manter actualizado o registo oncológico de base populacional e integrá-lo no SMVE e no SIS;
8. População de risco vacinada contra Hepatite B e HPV;
9. Definição de programas suportados para a redução de mortalidade por câncer;
10. Protocolo de boas práticas e procedimentos para os programas elaborados;
11. Definição de indicadores em oncologia e um sistema de informação para monitorizar o Plano Oncológico Nacional.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: IACC;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: DNSP; CECOMA, INSP, hospitais e serviços de referência que diagnosticam e tratam um número elevado de doentes oncológicos;

3. Parceiros nacionais: MINFIN, MINCONS, MINT, MINADER, MINARS, MED; Ministério do Ensino Superior, Ciência e Tecnologia; Ministério da Agricultura, MAPTESS, Ministério da Educação, Ministério da Indústria, Ministério do Comércio, Ministério da Juventude e Desportos, Ministério da Habitação e Urbanismo, Ministério do Ambiente, Ordens profissionais, Associações Técnico - Profissionais e Associações de doentes;
4. Parceiros internacionais: IARC (International Agency for Research on Cancer), UICC (Union for International Cancer Control), OMS (Organização Mundial de Saúde), IAEA-PACT (International Atomic Energy Agency-Programme of Action for Cancer Therapy), APCA (African Palliative Care Association), AORTIC (African Organisation for Research and Training in Câncer), AFCCRN (African Cancer Registry Network), Cooperação Cubana.

Indicadores de avaliação

1. Taxa de incidência de câncer da mama, colo uterino, próstata, esófago, estômago, cólon e recto, pele e bexiga;
2. Taxa de mortalidade de câncer da mama, colo uterino, próstata, esófago, estômago, cólon e recto e bexiga;
3. Estadio da doença oncológica no momento do diagnóstico;
4. Número de pessoas capacitadas em oncologia nas diversas áreas necessárias;
5. Taxa de cobertura vacinal contra o HPV no País;
6. Taxa de cobertura vacinal contra a Hepatite B no País;
7. *Ratio* mortalidade:incidência dos cânceres mais frequentes no País (indicador de qualidade do registo oncológico no que respeita à exaustividade da captação dos casos);
8. Percentagem de casos de câncer registados por ano com confirmação microscópica, no País (indicador de qualidade do registo oncológico no que respeita à validade da informação registada);
9. Número de fontes (hospitais/clínicas públicos e privados, laboratórios privados e conservatórias do registo civil) a colaborar directamente com o CNO no registo de base populacional;
10. Distribuição dos tumores por grupo etário quinquenal e sexo;
11. Número de sessões de quimioterapia;
12. Número de sessões de radioterapia;
13. Número de ingressos para cuidados paliativos;

14. Número de consultas externas oncológicas.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios informáticos sobre a situação real do País;
2. Relatórios trimestrais e anuais de progresso e avaliação das actividades.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Crescente sensibilidade para o problema oncológico dos profissionais de saúde, população e dos Media;
2. Cooperação com as entidades religiosa, ONG's; empresas especializadas em oncologia;
3. Crescente conhecimento sobre as doenças oncológicas e factores críticos associados.
4. Vontade pelas instituições de ensino aos vários níveis em introduzir nos planos de estudo matérias relacionadas com o câncer e seus factores de risco;
5. Elevada sensibilidade para a criação de Legislação que regule a exposição a factores de riscos do câncer;
6. Crescente Integração nas acções de controlo do câncer. Disposição dos quadros do Ministério da Saúde ligados à problemática do câncer e outros.

Pontos fracos

1. Ausência de um registo oncológico de base populacional e consequentemente de dados credíveis.
2. Alta taxa de analfabetismo pode comprometer sensibilização e iliteracia sobre a oncologia aos vários níveis;
3. Falta de Recursos Humanos e Materiais;
4. Falta de infra estruturas;
5. Falta de sensibilização das autoridades aos vários níveis;
6. Predominância de doentes em estágio avançado com o câncer;
7. Recursos financeiros limitados endossados à área de oncologia ou mal distribuídos;

8. Dificuldades na organização um sistema eficiente de referência e contra referência a nível dos hospitais municipais e Províncias.

Condicionantes ambientais

1. Crenças e tabus associados à oncologia;
2. Alta taxa de analfabetismo, condiciona a transmissão das mensagens ligadas ao controlo do câncer;
3. Recessão económica;

Pesquisas operacionais

1. Estudo do perfil epidemiológico, clínico-patológico e molecular do câncer da mama em Angola;
2. Estudo piloto sobre a implementação da Vacina contra o HPV em Angola;
3. Registo de câncer de base populacional em Cabinda;
4. Estudo da prevalência do câncer da bexiga associado à Shistosomose haematobium.

Projecto 15: Prevenção e tratamento de doenças buco-oral

Situação actual

A saúde oral é uma componente essencial da saúde em geral. As doenças orais constituem um importante problema de saúde pública pela procura dos cuidados por parte da população, pelo impacto nos indivíduos e na sociedade em termos de dor, desconforto, limitações e deficiências sociais e funcionais, pela sua influência na qualidade de vida, contudo as suas consequências, podem ser evitadas.

Os serviços de cuidados de saúde oral situam-se, essencialmente, nos grandes centros urbanos, ao nível dos hospitais centrais, gerais, com infraestruturas e equipamentos insuficientes ou em clínicas privadas. Geralmente não se tem dado prioridade à promoção da saúde oral e à prevenção das afecções buco-dentárias. A adição de flúor como medida de saúde pública não está muito generalizada e ao mesmo tempo, a prática de tratar a água de modo a baixar o teor de flúor em excesso não é muito utilizada.

Relativamente aos recursos humanos constata-se insuficiente número de médicos dentistas, técnicos de estomatologia e higienistas orais. Estão inscritos na Ordem dos Médicos 104 médicos dentistas, 95% dos quais estão concentrados em Luanda, 300 técnicos médios e básicos de estomatologia que prestam serviço no Sistema de Saúde.

O Programa Buco-Oral, integrado no Ministério da Saúde coordenado pela Direcção Nacional de Saúde Pública, mantém programas escolares bem como os vocacionados para a mulher grávida nos centros de saúde.

Estratégias operacionais

1. Elaboração e implementação de um Programa de Promoção de Saúde Oral;
2. Formação de profissionais de acordo com a pirâmide assistencial;
3. Adequação das infraestruturas e equipamentos;
4. Realização de Campanhas Nacionais de sensibilização de cuidados de saúde oral, com ênfase para a prevenção, tendo por alvo a população em geral, mas com prioridade para as crianças em idade escolar e mulheres grávidas;
5. Realização de investigações operacionais.

Metas

1. Em 2013, elaborar um Plano Estratégico Nacional de saúde buco-oral com forte componente de promoção e prevenção;
2. A partir de 2013, realizar campanhas regulares de sensibilização contra a cárie com participação comunitária;
3. Entre 2014 e 2017, realizar 5 estudos CAP sobre higiene bucal e hábitos alimentares das crianças em idade escolar;
4. Até 2021 dotar a rede primária, secundária e terciária de equipamento mínimo e de técnicos especializados para a prestação de cuidados de saúde buco-oral;
5. Até 2021, criar um Centro de Prótese Dentária por Província;
6. Até 2025 melhorar os conhecimentos, atitudes e práticas da comunidade sobre higiene bucal e hábitos alimentares.

Actividades e intervenções

1. Elaborar um Plano Estratégico Nacional de Saúde Buco-oral;
2. Capacitar técnicos da saúde em saúde oral;
3. Elaborar manuais para formação;
4. Capacitar professores, assistentes sociais, educadores de infância sobre a saúde oral;
5. Realizar Campanhas Nacionais de prevenção com o apoio dos meios de comunicação e participação comunitária;
6. Dotar as unidades primárias de saúde de recursos humanos especializados e equipamento adequado para diagnóstico e tratamento das doenças mais comuns;
7. Desenvolver mecanismos para monitoria e avaliação;
8. Estabelecer um Centro de Prótese Dentária por Província.

Resultados esperados

1. Plano Estratégico Nacional de saúde buco-oral elaborado e implementado;
2. Campanhas regulares de sensibilização sobre a prevenção da saúde buco-oral com participação comunitária realizadas;
3. População melhor informada sobre as práticas de higiene e formas de prevenção de saúde oral;
4. Rede primária dotada de equipamento e de técnicos especializados;

5. Técnicos, professores e assistentes sociais, educadores de infância capacitados sobre a saúde oral;
6. Informação sobre saúde oral integrada no SIS;
7. Estudos CAP realizados;
8. Um Centro de Prótese dentária por Província.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Programa de Saúde Oral/DNSP;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: DPS, RMS, Hospitais Centrais e Gerais, CS, US privadas;
3. Parceiros nacionais: MED, MINARS, MCS;
4. Parceiros internacionais: OMS, UNICEF.

Indicadores de avaliação

1. Número de técnicos capacitados em saúde oral;
2. Número de unidades sanitárias equipadas;
3. Número de pesquisas realizadas.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios mensais, trimestrais e anuais;
2. Relatórios dos estudos.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Existência de um programa de saúde oral;
2. Existência de um programa de saúde escolar.

Pontos fracos

1. Recursos humanos insuficientes;

2. Fraco envolvimento dos profissionais da área na promoção e prevenção;
3. Infraestruturas mal equipadas;
4. Conhecimento limitado da população sobre a importância da higiene oral.

Condicionantes ambientais

1. Hábitos alimentares pouco saudáveis, consumo do álcool, tabaco e açúcar.

Pesquisas operacionais

1. Estudos sobre a prevalência da cárie;
2. Estudo sobre a prevalência do noma;
3. Estudo CAP sobre a prevenção da saúde oral.

Projecto 16: Prevenção e tratamento das perturbações da saúde mental

Situação actual

A saúde mental é tão importante quanto a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das famílias e da sociedade em geral. As perturbações mentais representam cinco das principais causas de morbilidade no mundo e prevê-se até ao ano de 2020 um aumento significativo da frequência dos mesmos nos países em desenvolvimento.

Em Angola, não conhecemos de momento o número de pessoas que sofrem de problemas psicológicos, neurológicos ou associados à utilização de substâncias psicoactivas, mas a tendência é para aumentar, em paralelo a outras doenças não transmissíveis. Segundo a OMS a co morbilidade entre as doenças não transmissíveis e as perturbações mentais é frequente, estimando-se que um em 4 quatro pacientes atendidos nos estabelecimentos de saúde apresenta uma afecção do domínio da saúde mental.

Angola apresenta antecedentes que tiveram um forte impacto na saúde mental, nomeadamente a exposição às consequências da guerra, enquanto factor de risco.

Mais recentemente, outros elementos concorrem, como o abuso do álcool e de drogas, a violência doméstica e o stress da vida moderna, particularmente no meio urbano.

No nosso país, a atenção a estes doentes é ainda muito limitada. Apenas no nível terciário de atenção são prestados alguns cuidados, o que dificulta o acesso das pessoas com perturbações mentais aos cuidados nas suas comunidades, contribuindo ainda para o estigma e a discriminação. Estes serviços são oferecidos no Hospital Psiquiátrico de Luanda que é a única unidade de referência Nacional.

Das diversas patologias vistas em urgência no HPL em 2011, destacamos: os transtornos mentais devidos ao álcool e cannabis, seguidos das psicoses sintomáticas, das psicoses crónicas e das manifestações epilépticas.

O PNDS pretende orientar a implementação do tratamento em cuidados primários, garantir a formação de técnicos, disponibilizar medicamentos psicotrópicos que devem estar constantemente disponíveis. Há que proporcionar cuidados na comunidade, pois os serviços de base comunitária podem levar a intervenções precoces e limitar o estigma associado ao tratamento, educar o público através de campanhas de educação e sensibilização sobre a saúde mental e envolver as comunidades, as famílias e os utentes nas acções e tomadas de decisão. Paralelamente, far-se-á a investigação orientada para a acção, para além de ensaios clínicos, para avaliar as intervenções e os modelos que podem contribuir para melhorar a qualidade dos serviços de saúde mental.

Estratégias operacionais

1. Elaboração do Plano Estratégico de Saúde Mental;
2. Capacitação de técnicos para a prestação de cuidados de saúde mental em todos os níveis;
3. Integração nos cuidados essenciais de atenção primária e secundária, de actividades de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com perturbações mentais;
4. Realização de acções de informação, educação e sensibilização da população sobre questões de saúde mental, promovendo hábitos de estilo de vida saudáveis, ligados aos problemas de saúde mental, com a participação da comunidade;
5. Promoção e incentivo da reinserção social de pessoas com perturbações mentais e a criação de associações de apoio às mesmas e suas famílias;
6. Realização de pesquisas operacionais;
7. Elaboração de um diagnóstico anual sobre saúde mental em conjunto com as unidades sanitárias para recolha de informação e planificação de estratégias de trabalho.

Metas

1. Até final de 2014, elaborar o Plano Estratégico Nacional de Saúde Mental;
2. Até final de 2015, criar legislação sobre saúde mental;
3. Até final de 2015, realizar um inquérito sobre a situação da saúde mental a nível Nacional;
4. Até final de 2017, implementar programas de capacitação/formação em saúde mental em todas as estruturas de formação em saúde;
5. Até final de 2017, criar e implementar um sistema de informação e recolha de dados de saúde mental;
6. Até 2021, aumentar a disponibilidade de serviços de saúde mental nos 18 Hospitais Gerais;
7. Até 2021, aumentar a disponibilidade dos serviços de saúde mental, a nível primário, tendo em conta a morbilidade identificada;
8. Até 2021, implementar programas de reabilitação psicossocial e intervenção comunitária em todos os Municípios;
9. Até 2025, criar 36 unidades de saúde mental com serviços de hospital dia;
10. Até 2025, criar 36 Centros de Reabilitação Psicossocial de pacientes com patologias específicas.

Actividades e intervenções

1. Elaborar, implementar e divulgar legislação sobre saúde mental;
2. Elaborar, implementar e divulgar o Plano Estratégico Nacional de Saúde Mental;
3. Elaboração e implementação de 1 inquérito em cada 5 anos sobre saúde mental;
4. Elaboração de manuais de normas e formação e material de IEC no domínio da saúde mental;
5. Recrutamento e capacitação de profissionais para prestarem cuidados de saúde mental a nível da atenção primária;
6. Criar condições para o atendimento de pacientes com perturbações mentais em todos os serviços de atenção primária;
7. Implementar acções de promoção da saúde mental e de sensibilização das populações sobre a importância da mesma para o bem-estar dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
8. Garantir a aquisição e distribuição gratuita ou comparticipada da medicação para o tratamento de patologias mentais;
9. Reforço e integração da componente de Saúde Mental no sistema de informação sanitária do MINSA para monitorar a informação sobre saúde mental;
10. Dinamizar a rede de apoio familiar e social.

Resultados esperados

1. Plano estratégico Nacional de saúde mental elaborado;
2. Legislação sobre saúde mental criada e disseminada;
3. Programas de capacitação/formação em saúde mental em todas as estruturas de formação implementados;
4. Inquéritos sobre a situação da saúde mental a nível Nacional realizados;
5. Serviços de saúde mental nos 18 Hospitais Provinciais;
6. Serviços de saúde mental, a nível primário;
7. Trinta e seis unidades de saúde mental com serviços de hospital de dia criadas;
8. Trinta e seis centros de reabilitação de pacientes com patologias especiais, criados.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM)/DNSP;

2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: DPS e RMS;
3. Parceiros Nacionais: MED, MINFAMU, MINJUD, MININT, MINJU, Procuradoria-Geral da República, MAPTESS, MINARS, MINES, ONGs e Associações de apoio psicossocial ao indivíduo portador de deficiência/e ou doença mental;
4. Parceiros Internacionais: OMS e Cooperação Bilateral.

Indicadores de avaliação

1. Existência do Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental;
2. Percentagem de Hospitais Provinciais e Unidades Sanitárias que prestam serviços e cuidados de saúde mental;
3. Existência de legislação sobre saúde mental;
4. Quantidade de material educativo e de formação produzido;
5. Número de técnicos capacitados/formados em saúde mental;
6. Rede de apoio familiar e social funcional;
7. Percentagem de unidades de saúde mental com serviços de hospital dia para saúde mental;
8. Número de centros de reabilitação psicossocial.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios trimestrais e anuais das actividades do PNSM;
2. Relatórios de supervisão e avaliação das actividades de saúde mental;
3. Relatórios de inquéritos sobre o nível e a percepção da população sobre a saúde mental;
4. Reuniões periódicas;
5. Avaliação quinzenal sobre o impacto das acções, legislação e das estratégias do Plano Nacional de Saúde Mental.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Existência de uma equipa técnica Nacional, embora insuficiente;
2. Existência de estrutura de referência (Hospital Psiquiátrico de Luanda);

3. Vontade Política para institucionalização e implementação de actividades de saúde mental;
4. Vontade do pessoal médico e profissionais de saúde mental existentes em melhorar a qualidade de prestação de serviços.

Pontos fracos

1. Deficiente estruturação do Programa (falta de legislação);
2. Insuficiência de Recursos Humanos Especializados;
3. Fraca integração da saúde mental nos cuidados primários de saúde;
4. Carência de Centros de Terapêutica Ocupacional para reabilitação do utente portador de perturbações mentais;
5. Deficiente informação à população sobre saúde mental.

Condicionantes ambientais

1. Estigma social dos doentes mentais;
2. Redes sanitárias em obras de reestruturação;
3. População de baixa renda com deficiente acesso à alimentação, água potável, saneamento, educação, saúde, energia eléctrica e outras condições sociais como pós guerra;
4. Fraca aplicação da legislação restritiva ao consumo de álcool e tabaco.

Pesquisa operacional

1. Realização de um Inquérito Nacional sobre Saúde Mental;
2. Realização de estudos de prevalência das doenças mentais na população angolana;
3. Levantamento de organismos que intervêm com acções na área de Saúde Mental, para unificação de planos e programas com objectivo de promoção, prevenção e tratamento;
4. Avaliação e desempenho das instituições existentes no domínio da saúde mental;
5. Estudos quantitativos, estatística a nível Nacional sobre a qualidade dos serviços prestados e suas valências, satisfação laboral dos profissionais.

Projecto 17: Reabilitação para a pessoa com deficiência sensório-motora

Situação actual

A reabilitação física é uma das componentes da Atenção Primária. Durante muitos anos a Reabilitação Física esteve focalizada para a produção de próteses e ortoses para as pessoas com deficiências por causas traumáticas.

Segundo o IBEP-2010, a proporção da população angolana com alguma deficiência física ou mental é de 2,6%, correspondendo a 58.123 pessoas. Destas, 2,1% são mulheres e 3,1% são homens. Segundo o mesmo inquérito, e de acordo com o tipo de deficiência, a proporção de pessoas com membros inferiores amputados é a mais elevada, com 0,4%, seguida de pessoas paráliticas com 0,3%, pessoas com membros superiores amputados com 0,2%, diminuídos mentais com 0,3%, surdos com 0,2%, cegos com 0,2% e surdo-mudos com 0,1%.

Os acidentes causados por minas são responsáveis pela grande proporção de pessoas com deficiência, principalmente por amputação dos membros inferiores. Em 1999, foram registados 814 acidentes provocados por engenhos explosivos (em média, mais de 2 acidentes por dia) que provocaram a morte de 189 pessoas e ferimentos noutras 625. A maioria (64%) destes acidentes foi provocada por minas anti-pessoais. Cerca de 80% destes acidentes ocorreram nas Províncias de Malanje (24,3%), Moxico (24,4%), Bié (10,6%), Uíge (9,6%) e Huambo (9,7%). A maioria das vítimas (66,3%) eram civis, entre 13 e 35 anos, e do sexo masculino (73,3%).

O País conta com 11 centros ortopédicos para a oferta de serviços de ortoprotesia e fisioterapia, sendo dois em Luanda e um em cada uma das Províncias do Huambo, Huíla, Benguela, Bié, Kuando Kubango, Moxico, Uíge e Kwanza-Sul, que funcionam como unidades de referência regionais. Estes centros produzem anualmente 2.468 próteses, 255 ortoses, 389 sapatos, 3.177 pés e 3.329 canadianas, quantidade considerada muito baixa, por alguns elementos, pois a sua capacidade de produção é de 6.120 próteses, 1.920 ortoses e de 5.000 pés. Esta baixa produção deve-se principalmente à rotura de stock de materiais. Desde 2008, o País conta com 23 bacharéis em ortoprotesia.

Os serviços de fisioterapia são oferecidos nos hospitais centrais. O País conta com apenas treze médicos especialistas de medicina física e reabilitação e todos a funcionar na Província de Luanda, 47 Técnicos Médios de Fisioterapia, distribuídos pelo Centro de Medicina e Reabilitação de Luanda, sendo este o Centro de referência em Angola.

Angola dispõe actualmente de uma Política para a Pessoa com Deficiência, aprovada pelo Decreto Presidencial nº 237/ 11, de 30 de Agosto, que é definida como o conjunto de objectivos, princípios e

directrizes orientadoras das acções a empreender pelos diferentes organismos públicos, entidades privadas, comunidades, famílias, organizações representativas de pessoas com deficiência e sociedade em geral, visando a promoção e integração social da pessoa com deficiência.

O País dispõe também da Estratégia de Protecção à Pessoa com Deficiência, aprovada pelo Decreto Presidencial nº 238/11, igualmente de 30 de Agosto, são definidas as bases gerais e as linhas de orientação para a prestação de diferentes serviços destinados à pessoa com deficiência, considerando a situação de pobreza e vulnerabilidade em que se encontra uma parte considerável das pessoas com deficiência no nosso País.

Complementarmente, por meio do Decreto Presidencial nº 105/12, de 1 de Junho, foi criado o Conselho Nacional da Pessoa com Deficiência, que é um órgão de consulta e concertação para a execução das tarefas estabelecidas pela Política Nacional.

O PNDS prevê o reforço da atenção às pessoas com deficiências motoras mas também introduz a atenção às deficiências sensoriais (auditivas e visuais) e às provocadas por doenças crónicas incapacitantes, acidentes de trânsito e de trabalho.

Estratégias operacionais

1. Estabelecer parcerias com o MINARS, Ministério da Defesa, Interior e dos Antigos Combatentes e Veteranos de Guerra para a criação de um único banco de dados a nível Nacional para o registo de pessoas civis e militares com deficiência;
2. Elaboração e divulgação de suportes de recolha de informação;
3. Alteração da denominação e atribuições dos Centros Ortopédicos existentes para Centros de Reabilitação Integrada (reabilitação sensorial e motora);
4. Reforço em meios e recursos humanos a centros ortopédicos regionais para aumentar a sua capacidade de produção e aquisição de próteses (motoras e sensoriais), orteses e manutenção de meios de locomoção, bem como melhorar a capacidade de prestar serviços de tratamento e atendimento integral a pessoas com deficiência motora e sensorial;
5. Criar Serviços de Cuidados Continuados e Paliativos a nível primário e secundário para a reabilitação motora e sensorial;
6. Elaboração e divulgação de protocolos de tratamento de reabilitação especializada integrada para as pessoas com deficiência, com sequelas de doenças crónicas e o atendimento às vítimas do trauma com estratificação das intervenções para os diferentes níveis do Serviço Nacional de Saúde;

7. Formação e capacitação de profissionais de saúde, nomeadamente: Especialistas em Medicina de Reabilitação, Fisioterapeutas, Ortoprotesistas, Técnicos de Avaliação Auditiva, Optometristas, Ortóticos, Terapeutas da Fala, Fonoaudiologistas, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos e Assistentes Sociais;
8. Elaboração e divulgação de protocolos para o diagnóstico precoce das deficiências sensoriais e motoras em todas as Províncias;
9. Reforço das capacidades em recursos humanos e meios técnicos em todas as Províncias para a reabilitação sensorial e motora;
10. Capacitação dos professores do ensino geral para o rastreio de crianças com deficiência sensorial e motora;
11. Capacitação dos profissionais de saúde para o rastreio de deficiência sensorial e motora nas maternidades.
12. Desenvolvimento de programas de educação para a saúde visando a participação dos indivíduos, famílias e comunidades na reabilitação sensorial e motora;
13. Propor a criação de cursos de Bacharelato em ortoprotesia.

Metas

1. Até 2015, elaborar material de apoio e capacitar professores do ensino geral para o rastreio de crianças com deficiência sensorial e motora;
2. Até 2016, estabelecer os Serviços de Cuidados Integrados Continuados a nível de todos os Centros de Saúde do País, e de Cuidados Paliativos a nível de todos os Hospitais (Centrais, Provinciais e Municipais), para a reabilitação sensorial e motora;
3. Até 2017, desenvolver programas de educação para a saúde visando a participação dos indivíduos, famílias e comunidades na reabilitação sensorial e motora;
4. Até 2021, ter os recursos humanos e meios para aumentar a produção e aquisição de próteses e orteses;
5. Até 2021, ter os recursos humanos e meios para o tratamento de fisioterapia em todas as unidades sanitárias que oferecem serviços de reabilitação;
6. Até 2017, garantir pelo menos dois especialistas em medicina de reabilitação e cinco técnicos especializados em fisioterapia, ortoprotesia, avaliação auditiva, optometria, ortóptica, terapia da fala, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia clínica e assistência social em cada centro provincial.
7. Até 2025, criar áreas de tratamento de fisioterapia em todos Hospitais Municipais;

8. Até 2025, criar capacidade de diagnóstico de alteração da acuidade auditiva e visual em todos os Municípios.

Actividades e intervenções

1. Dotar os centros ortopédicos de recursos humanos e meios para o atendimento integral à pessoa com deficiência;
2. Criar nos Hospitais Provinciais áreas de Reabilitação Integrada Especializada, para oferecerem Serviços de Cuidados Continuados e Paliativos;
3. Instalar em todos os Municípios de áreas de fisioterapia nos Hospitais Municipais;
4. Capacitar os técnicos dos centros de saúde para a prevenção de incapacidades e reabilitação;
5. Formar/reciclar técnicos profissionais de saúde em fisioterapia, ortoprotesia, audiometria, optometria, terapeutas da fala e ocupacionais, garantindo pelo menos um por Província e por Município seleccionados;
6. Dotar os Hospitais Provinciais com meios para o diagnóstico precoce da surdez e cegueira e para a reabilitação auditiva (próteses auditivas) e proteção ocular;
7. Elaborar e divulgar protocolos de tratamento e reabilitação para as pessoas com deficiência sensorial e motora, com sequelas de doenças crónicas e de atendimento às vítimas do trauma com acções para cada nível do Serviço Nacional de Saúde;
8. Elaborar material de apoio e capacitar professores do ensino geral e profissionais de saúde nas maternidades para o rastreio de crianças com deficiência sensorial e motora;
9. Desenvolvimento de programas de educação para a saúde para a participação dos indivíduos, famílias e comunidades na reabilitação física;
10. Criar um banco de dados sobre pessoas com deficiência a nível Nacional;
11. Elaborar e distribuir suportes de recolha de dados e capacitar os técnicos para o seu preenchimento correcto;
12. Realizar periodicamente cursos de actualização dos especialistas em medicina de reabilitação e técnicos especializados em fisioterapia, ortoprotesia, avaliação auditiva, optometria, ortóptica, terapia da fala, fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia clínica e assistência social em cada Centro Provincial;
13. Realizar periodicamente nos Hospitais Centrais e Provinciais cursos de reabilitação integrada especializada em reabilitação cardíaca e neurológica;
14. Realizar regularmente visitas de supervisão formativa aos Centros de Saúde e Hospitais.

Resultados esperados

1. Recursos humanos e meios para a produção de prótese e orteses disponíveis em todos os Centros Ortopédicos Regionais;
2. Áreas de Reabilitação Integrada Especializada para oferecerem Serviços de Cuidados Paliativos nos Hospitais Centrais e Regionais criadas e funcionais;
3. Áreas de tratamento de fisioterapia nos Hospitais Municipais selecionados disponíveis;
4. Técnicos especializados em fisioterapia, ortoprotesia, audiometria, optometria, terapia da fala e ocupacional, colocados em todas as Províncias;
5. Técnico de reabilitação física para o resgate, atendimento e mobilização das vítimas de traumatismos integrados nas equipas das Emergências Médicas;
6. Recursos humanos e meios técnicos para o diagnóstico precoce da surdez e cegueira e para a reabilitação auditiva e proteção ocular disponíveis em todas as Províncias;
7. Material de apoio elaborado e professores capacitados para o rastreio de crianças com deficiência sensorial;
8. Programas de educação para a saúde com a participação dos indivíduos, famílias e comunidade na reabilitação física implementados.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: DNSP; DNSS;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: DNRH, CECOMA, Hospitais Centrais, Provinciais e Municipais, DPS, RMS;
3. Parceiros Nacionais: Ministérios da Reinserção Social, Ministério da Educação, Ministério do Ensino Superior, Defesa, MEDU, MAPTSS, Ministérios do Interior e dos Antigos Combatentes e Veteranos de Guerra, Governos Provinciais, Administrações Municipais; ONG e Fundações e Associações de apoio a pessoa com deficiência;
4. Parceiros Internacionais: OMS, ONGs internacionais.

Indicadores de avaliação

1. Número de Hospitais Provinciais com Serviços de Cuidados Continuados e Paliativos;
2. Número de Municípios com serviços de tratamento de fisioterapia e reabilitação sensorial;
3. Número de Centros de Saúde com técnicos capacitados na prevenção de incapacidade e reabilitação sensório-motora;

4. Número de técnicos formados em fisioterapia, ortoprotesia, audiometria, optometria, psicologia e terapia da fala e ocupacional;
5. Distribuição por Províncias dos técnicos de fisioterapia, ortoprotesia, audiometria, optometria, terapia da fala e ocupacional;
6. Número de Províncias com capacidade de diagnóstico precoce da surdez e cegueira;
7. Número de Províncias com programa de fisioterapia, reabilitação auditiva e proteção ocular;
8. Número de professores capacitados para o rastreio de crianças com deficiência sensorial;
9. Número de actividades realizadas de educação para a saúde com a participação dos indivíduos, famílias e comunidade;
10. Número de pessoas portadoras de deficiência;
11. Número de supervisões realizadas;
12. Encontro Nacional quinquenal de avaliação do impacto do plano estratégico realizado.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios das actividades mensais, trimestrais e anuais dos centros ortopédicos;
2. Relatórios de actividades mensais, trimestrais e anuais dos Serviços de Cuidados Paliativos dos Hospitais Centrais e Provinciais;
3. Relatórios de actividades mensais, trimestrais e anuais das áreas de reabilitação física dos Hospitais Municipais;
4. Relatórios de actividades do Programa Nacional de Reabilitação Física e da Direcção Nacional de Saúde Pública;
5. Relatórios das actividades de supervisão.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política;
2. Suportes legislativos de apoio e proteção da pessoa com deficiência;
3. Experiência prévia de implementação de programa de reabilitação.

Pontos fracos

1. Limitados recursos humanos;

2. Inexistência de cuidados integrados especializados nos hospitais centrais e provinciais;
3. Inexistência de um programa de reabilitação de base comunitária;
4. Inexistência de um centro de reabilitação integrada.

Condicionantes ambientais

1. Recursos financeiros.

Pesquisa operacional

1. Estudo do diagnóstico de situação da reabilitação física em Angola.

Subprograma de atenção específica, para grupos etários da população

Projecto 18: Prestação de cuidados de saúde para a sobrevivência materna, neonatal e infantil

Situação actual

A saúde materna, neonatal e infantil, são indicadores de avaliação de desenvolvimento e de qualidade de vida de um País e de suas populações. Refletem de forma contundente a eficiência dos sistemas de saúde em geral. Em Angola, apesar dos esforços significativos realizados para a melhoria da saúde reprodutiva, os principais indicadores apontam para uma situação ainda preocupante, principalmente porque temos o compromisso de atingir os Objectivos do Desenvolvimento do Milénio até 2015⁷. Consequentemente o MINSa estabeleceu como metas nacionais, a redução em 50% das taxas de mortalidade materna e infantil e o aumento em 80% da cobertura de partos institucionais por pessoal capacitado.

Em Angola, a taxa de mortalidade materna estimada em 1.400 por 100 mil nascidos vivos em 2000, passou para 610 em 2008 e para 450 em 2010.⁸ São apontadas, como causas directas a Hemorragia pós-parto, a pré-clampsia / eclampsia, infeções puerperais, e a rotura uterina, aborto inseguro, e indirectas a malária, hepatite e a anemia. Com o objectivo de melhorar o tratamento das hemorragias obstétricas causadas pelo aborto, está em curso uma pesquisa Operacional sobre a utilização do Misoprostol/Citotec.

Relativamente aos indicadores de saúde materna, a taxa de fertilidade que era de 7,2% em 2001, passou para 6,9%; a taxa de uso de contraceptivos que era apenas de 6,6%, passou para 17,7%; a assistência ao parto por profissional da saúde que era de 36%, é actualmente de 49% e a cobertura da consulta pré-natal é de 69% para uma ou mais visitas. A cobertura da vacinação do Tétano em mulher em idade fértil é de 80%, a cobertura do TIP na gravidez é de 42% e da prevenção da transmissão do VIH da mãe para o filho é de 20%. A cobertura dos Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência é insuficiente e o envolvimento comunitário é incipiente.

O período mais crítico na vida de um indivíduo, são os primeiros 28 dias. Nesta altura a criança enfrenta os maiores riscos de morte, resultantes directamente de três causas principais: a asfixia, a prematuridade e a sépsis. A mortalidade neonatal, no País é estimada em 42/1000 nascidos vivos.⁹

A probabilidade de uma criança sobreviver até aos 5 anos de idade, é largamente influenciada pelo grau de escolaridade da mãe, nível de conhecimentos das famílias, acesso aos serviços de saúde, acesso ao

⁷ Objectivos 4 (redução da mortalidade infantil) e 5 (redução da mortalidade materna).

⁸ Relatório conjunto UNICEF, UNFPA, WHO e World Bank, 2010.

⁹ Estatísticas da OMS 2011.

alimento, acesso à água potável e ao saneamento básico. As principais causas de mortalidade em crianças menores de 5 anos são a malária, as doenças respiratórias agudas, as doenças diarreicas agudas e o sarampo, correspondendo a aproximadamente 50% das causas de morte nessa faixa etária. A malnutrição, clínica ou subclínica, está presente na maioria das crianças e constitui um factor de peso quer para favorecer o aparecimento de outras doenças, quer para agravar o quadro evolutivo com surgimento de complicações e óbitos.

Apesar de se verificar uma redução nas taxas de mortalidade em crianças entre os anos 2001 e 2009, os actuais índices ainda são elevados (a taxa de mortalidade em menores de 5 anos é de 195 por 1000 nados vivos e a taxa de mortalidade em menores de 1 ano é de 116 por 1000 crianças nascidas vivas).

Muito recentemente, foi publicado o Decreto Presidencial Número 52/12, de 26 de Março, que cria a Comissão Nacional de Prevenção e Auditorias de Morte Materna e Neonatal, instrumento quer irá contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil, através da investigação da morte materna e da definição de intervenções apropriadas baseadas na evidência. Outro mecanismo importante de coordenação de acções em prol da saúde e bem-estar é o Conselho Nacional da Criança (CNAC), de carácter multisectorial.

A saúde reprodutiva conta com diversos documentos chave que irão facilitar a implementação do PNDS¹⁰.

Estratégias operacionais

1. Aumento da disponibilidade, acesso e utilização de cuidados obstétricos e neonatais de urgência, de qualidade, para mães e recém-nascidos, incluindo o planeamento familiar;
2. Aumento da disponibilidade do pacote integrado de cuidados e serviços essenciais de saúde, de atenção integrada à saúde da mulher e do recém-nascido, nos diferentes níveis do Sistema Nacional de Saúde;
3. Reforço da capacidade dos recursos humanos para prestar cuidados de saúde materna e neonatal de qualidade;

¹⁰ i) Roteiro Nacional para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em Angola (2007- 2015); Plano Estratégico de Segurança dos Produtos de Saúde Reprodutiva (2009-2013), em conformidade com as recomendações do Plano de Acção de Maputo, 2006, v) Plano Estratégico de Saúde Sexual e Reprodutiva (2010-2015) em conformidade com o Plano Estratégico Global de Saúde Reprodutiva para a região africana da OMS, vi) a Estratégia de Revitalização do Sistema Municipal como opção chave para operacionalização do Plano Estratégico e do Roteiro Nacional para Acelerar a Redução da mortalidade materna e infantil. Está em curso a elaboração dos viii) Protocolos de Cuidados Obstétricos e Neo-Natais de Urgência.

4. Reforço dos mecanismos de coordenação, monitoria e avaliação a todos os níveis do Sistema Nacional de Saúde;
5. Reforço da capacidade de mobilização das mulheres, homens, adolescentes e famílias para a mudança de comportamentos e participação comunitária na prevenção, controlo das doenças e promoção da saúde;
6. Advocacia a favor de um maior compromisso, mobilização e afectação de recursos para a saúde materna, incluindo o planeamento familiar, e para os cuidados dos recém-nascidos;
7. Estabelecimento de um programa de rastreio e atenção às doenças congénitas;
8. Dinamização do Programa de Atenção Integral à criança, incluindo os cuidados neonatais;
9. Qualificação dos cuidados pediátricos nos Hospitais Municipais de referência do 1º nível;
10. Redinamização e actualização do Programa de Saúde Escolar em parceria com o Ministério da Educação;
11. Reforço das práticas familiares chave para a saúde reprodutiva e sobrevivência da criança.

Metas

1. Até 2016, integrar os dados da saúde materna e neonatal no sistema de informação sanitária;
2. Até 2015, reduzir a actual taxa de mortalidade materna de 450 para 250 por cem mil nascidos vivos;
3. Até 2015, capacitar 90% dos profissionais de saúde em cuidados integrados à mulher e à criança;
4. Até 2015, aumentar a cobertura de pré-natal de uma ou mais consultas de 69% para 90%;
5. Até 2015, 2017 e 2025 capacitar 40%, 90% e 100% dos Hospitais Municipais em cuidados pediátricos de qualidade;
6. A partir de 2015, oferecer a consulta de atenção especial ao recém-nascido, que dela necessitar, em cada um dos Hospitais Municipais;
7. A partir de 2015, ter a consulta de atenção integral à criança implementada em todas as unidades do 1º nível;
8. A partir de 2015, reforçar o envolvimento comunitário para a disseminação das práticas familiares chave para a sobrevivência infantil;
9. A partir de 2015, ter uma cobertura da consulta pós-parto para a mãe e o recém-nascido de 80%;
10. A partir de 2015, ter 100% dos Municípios com os Comités Municipais de Auditoria de Mortes Materna e Neonatal em funcionamento;
11. A partir de 2015, ter 100% dos hospitais de nível Municipal, Geral e central com assistência materna e infantil com os Comités de Auditoria de Mortes Maternas e Neonatal em funcionamento;
12. A partir de 2015, ter 100% dos Comités Provinciais de Prevenção e Auditoria de morte materna e perinatal funcional, seguindo as normas do regulamento;

13. A partir de 2015, ter 80% de unidades sanitárias com envolvimento da comunidade para as questões de saúde materna e neonatal;
14. Até 2015, contribuir para a redução da mortalidade infantil, passando de 116 para 104 por 1.000 nascidos vivos, e a menores de 5 anos, passando de 195 para 145;
15. A partir de 2015, dotar 100% das unidades sanitárias do 1º nível com pelo menos dois técnicos formados em atenção integral à criança;
16. Até 2017, ter 95% das crianças menores de 1 ano com 5 consultas realizadas em cada um dos Municípios;
17. Até 2017, implementar Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência completos e básicos em 85% das sedes municipais do País;
18. Até 2017, integrar os serviços de Planeamento Familiar e Aconselhamento em 100% das unidades sanitárias do 1º nível de atenção;
19. Até 2017, aumentar de 41% para 80% a cobertura de partos institucionais e assistidos por pessoal qualificado;
20. Até 2017, estabelecer uma equipa de saúde escolar em cada Município;
21. Até 2021, implementar CONU básicos e completos em 85% de US do país bem como serviços de referência nos outros Municípios;
22. Até 2022, aumentar de 18% para 70% a cobertura do uso de contraceptivos modernos;
23. Até 2024, realizar dois inquéritos sobre oferta de serviços materno-infantis.

Actividades e intervenções

1. Actualizar a Política de Prestação de Serviços de Saúde Reprodutiva;
2. Capacitar as equipas provinciais e municipais em planificação e gestão dos serviços de saúde materna e neonatal, incluindo o Planeamento Familiar;
3. Reforçar a oferta do pacote essencial de intervenções para a saúde materna e neonatal, de acordo com o nível de prestação de cuidados de saúde, incluindo o despiste de ITS (Sífilis, hepatite B e VIH) e de doenças metabólicas;
4. Dotar as unidades com equipamentos e meios básicos para expandir os cuidados obstétricos e neonatais de urgência (CONU) básicos e completos, incluindo os cuidados essenciais ao RN normal e de risco;
5. Adquirir e distribuir os medicamentos, meios e equipamentos de saúde sexual, reprodutiva e neonatal de acordo com os objectivos de cobertura;

6. Reforçar a organização e integração no atendimento dos serviços de Planeamento Familiar, ITS e expansão do rastreio do câncer do colo uterino;
7. Garantir a disponibilidade de profissionais qualificados nos serviços de saúde materna, neonatal e infantil aos vários níveis do Sistema Nacional de Saúde;
8. Fortalecer a capacidade dos indivíduos e famílias para conhecer os cuidados adequados na comunidade e a procura atempada dos cuidados de saúde;
9. Reforçar a capacidade para a supervisão formativa, monitorização e avaliação do programa de saúde materna e infantil;
10. Realizar pesquisas operacionais sobre as barreiras na utilização dos métodos contraceptivos modernos, qualidade da assistência à mulher e barreiras na utilização dos serviços de parto institucional;
11. Advogar ao mais alto nível dos actuais e potenciais parceiros nacionais e internacionais, para que a saúde materna e infantil esteja no topo da agenda política e aumente a afectação de recursos (humanos e financeiros);
12. Pôr em funcionamento regular o Comité Técnico Nacional de Prevenção e Auditoria de Mortes Maternas e neonatais e apoiar a implementação dos Comités provinciais e municipais;
13. Colher, registar e integrar os dados da saúde materna, neonatal e infantil no sistema de informação sanitária;
14. Institucionalizar o rastreio do câncer da mama e do colo uterino, na assistência integral à mulher;¹¹
15. Criar condições técnicas e humanas para o rastreio das doenças congénitas;
16. Elaborar materiais para a formação em atenção integral à criança e ao recém-nascido;
17. Rever, actualizar e implementar o Cartão de Saúde da Criança de acordo com a nova curva de crescimento da OMS;
18. Implementar a nível de todas as unidades sanitárias a consulta de crescimento e desenvolvimento da criança saudável;
19. Actualizar e redinamizar o Programa de Saúde Escolar;
20. Capacitar as equipas municipais de saúde escolar;
21. Realizar acções de capacitação permanente em serviço;
22. Garantir o equipamento e insumos para a implementação dos serviços de atenção à criança e ao recém-nascido;
23. Envolver as comunidades nas práticas familiares chave para a sobrevivência infantil;

¹¹ Ver Projecto 14: Prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dos tumores malignos.

24. Formar as equipas provinciais de formadores em atenção integrada às doenças da infância (AIDI) para a extensão da estratégia a todas as unidades do País;
25. Rever e/ou definir políticas, normas e protocolos de saúde materna, neonatal e da criança, com base na evidência, e tendo por referência os padrões locais e internacionais;
26. Reforçar as estruturas e os mecanismos existentes para aumentar a demanda de utilização dos SMNI;
27. Reforçar a capacidade do Departamento da Saúde Reprodutiva em recursos humanos e financeiros.

Resultados esperados

1. Estratégia da Assistência integrada à saúde da mulher e do recém-nascido reforçada e operacional a nível Nacional, provincial e municipal;
2. Normas e protocolos de saúde reprodutiva implementados em todos os níveis de atendimento integrado à mulher, ao recém-nascido e à criança;
3. População mobilizada e melhor informada sobre a estratégia da assistência integrada à mulher e ao recém-nascido;
4. Profissionais de saúde capacitados sobre a Assistência integrada à mulher, ao recém-nascido e à criança;
5. Sistema de vigilância e resposta às mortes maternas e neonatais estabelecido e funcional;
6. Pesquisas operacionais realizadas e resultados utilizados na reorientação das estratégias e dos serviços;
7. Sistema de referência e contra referência estabelecido e em funcionamento a nível Nacional;
8. Dados da saúde materna, neonatal e infantil disponíveis no SIS.
9. Hospitais Municipais com condições técnicas e humanas para o rastreio das doenças congénitas;
10. Unidades sanitárias do 1º nível a implementar a consulta de crescimento e desenvolvimento da criança saudável e do AIDI/RN;
11. Profissionais dos Hospitais Municipais de referência de primeiro nível capacitados em cuidados pediátricos de qualidade;
12. Programa de saúde escolar, elaborado e implementado em todos os Municípios;
13. Materiais para a formação em atenção integral à criança e ao recém-nascido, elaborados, aprovados e implementados nos diferentes níveis do sistema;
14. Envolvimento comunitário efectivo na saúde da criança com a disseminação das práticas familiares chave para a sobrevivência infantil.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Programa de Saúde Materna, Infantil e do Adolescente/DNSP;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: CECOMA, Gabinete de Promoção para a Saúde, Departamento de controlo de doenças, Departamento de higiene e epidemiologia, Hospitais/Serviços, centros e postos de saúde DPS, RMS;
3. Parceiros a nível Nacional: Ministério da Educação, Ministério da Família e Promoção da Mulher, Ministério da Comunicação Social, Ministério do Interior, Ministério da Justiça, MINARS;
4. Parceiros internacionais: OMS; UNFPA, UNICEF, USAID, Banco Mundial, EU.

Indicadores de avaliação

1. Número e percentagem de unidades sanitárias com a Estratégia da assistência integrada à saúde da mulher, do recém-nascido, e da criança implementada;
2. Número e percentagem de grávidas com quatro consultas de CPN realizadas;
3. Número e percentagem de mulheres e homens que utilizam regularmente um método contraceptivo moderno;
4. Número e percentagem de partos realizados com pessoal de saúde qualificado;
5. Número e percentagem de mulheres que beneficiam de consultas pós-parto realizadas sete dias depois do parto;
6. Número de óbitos maternos notificados e investigados;
7. Número de óbitos de recém-nascidos e crianças notificados e investigados;
8. Número de comités de Prevenção e Auditoria de mortes maternas e neonatais funcionais;
9. Número e percentagem de profissionais de saúde capacitados em assistência integrada à saúde da mulher, do recém-nascido e da criança;
10. Percentagem de necessidades não satisfeitas em contraceção.
11. Número de unidades com normas e protocolos implementados;
12. Números de US com pelo menos dois técnicos capacitados em assistência integrada às doenças da infância;
13. Número de equipas de saúde escolar em funcionamento;
14. Número de Hospitais Municipais que realizam o rastreio e seguimento de doenças congénitas;
15. Número de recém-nascidos com doenças congénitas diagnosticadas e em seguimento;
16. Número de crianças com baixo peso ao nascer;
17. Número de crianças com atraso de crescimento;
18. Número de nados mortos;

19. Número de óbitos em menos de 24 horas, 7 dias e 28 dias;
20. Número de óbitos em menores de um ano, e menores de 5 anos;
21. Percentagem de crianças menores de um ano que realizaram 5 consultas de seguimento;
22. Número de crianças com pneumonia tratadas com antibiótico recomendado.

Mecanismos de seguimento e de avaliação

1. Relatórios de actividades do projecto mensais, trimestrais, semestrais e anuais;
2. Resultados das pesquisas operacionais;
3. Actas dos encontros técnicos mensais;
4. Relatório dos Comités de Prevenção e Auditoria de Mortes Materna e Perinatal;
5. Elaboração de um Boletim semestral de retroinformação;
6. Encontros metodológicos anuais.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política;
2. Existência de um Programa Nacional de Saúde Reprodutiva beneficiando de alta prioridade política;
3. Existência de Documentos Normativos;
4. Existência de parceiros de implementação;
5. Existência de um Comité de Coordenação Inter-agências.

Pontos fracos

1. Número insuficiente de recursos humanos capacitados em cuidados integrados de Saúde Sexual e Reprodutiva/SMNI a todos os níveis;
2. Número insuficiente de profissionais formados em gestão e logística de SMNI;
3. Sistema de referência e contra referência pouco funcional;
4. Roturas frequentes dos medicamentos e outros produtos de saúde reprodutiva;
5. Recursos (Humanos e Financeiros) afectos ao Programa de Saúde Reprodutiva insuficientes;
6. Falta de orçamento específico para o planeamento familiar.
7. Sistema débil de registo de nascimentos e óbitos;
8. Inexistência de uma política de ACS;
9. Limitado envolvimento comunitário (AIDI-C).

Condicionantes ambientais

1. Fraca ligação entre o sistema de saúde e as comunidades e famílias;
2. Pouca advocacia a favor da problemática da saúde reprodutiva;
3. Debilidade do estado nutricional da mulher, condições do saneamento do meio e habitacionais pouco favoráveis e pouca autonomia e poder das mulheres.

Projecto 19: Desenvolvimento de cuidados de saúde promocionais, preventivos e de rastreio a adolescentes

Situação actual

A adolescência é o período de idade compreendido entre os 10 e 19 anos de idade, segundo a OMS. Cerca de 48% da população em Angola tem menos de 15 anos. Sendo assim, é preciso responder às necessidades específicas de saúde desta população, por ser um grupo vulnerável e por vezes susceptível a comportamentos de risco.

Evidências apontam que a maioria dos hábitos prejudiciais à saúde que provocam doenças e morte na idade adulta são adquiridos na adolescência e juventude. Os principais problemas que afectam a saúde dos adolescentes e que exigem uma acção imediata são: os acidentes de viação, as infecções de transmissão sexual (ITS) incluindo o VIH, a gravidez não desejada, o aborto inseguro, as complicações da gravidez, do parto e do puerpério, o abuso sexual, o álcool, o tabaco, a violência, e distúrbios mentais ligados ao consumo de substâncias psicotrópicas.

A informação sobre os indicadores de saúde dos adolescentes é escassa, contudo sabe-se que a taxa de fecundidade nas adolescentes entre os 15 e 19 anos é de 5,4%, e a idade mediana para a primeira gravidez é de 18 anos.¹² Assiste-se nos últimos anos o aumento de gravidezes em jovens e adolescentes, entre os 15 e os 20 anos. Dos mais de 100.000 partos institucionais registados em Luanda, 12% referem-se a mães adolescentes. É de referir também que a proporção da população de 15 a 24 anos com conhecimento sobre VIH/SIDA é apenas de 28,5%.¹⁶

Em 1997, foi implementada uma iniciativa de carácter multisectorial para adolescentes com a componente de informação e prestação de serviços. A atenção aos adolescentes é feita em unidades denominadas “Serviços Amigos dos Adolescentes” que disponibiliza informação sobre a sexualidade, maternidade e paternidade responsáveis, métodos contraceptivos, tratamento de ITS’s e atenção à gravidez.

Pretende-se, com o PNDS, intensificar e expandir intervenções para melhorar a saúde do adolescente, assim como reorientar os serviços, envolver os adolescentes e reforçar as parcerias, sobretudo na informação, educação e comunicação, promovendo a equidade do género e aumentando o empoderamento da adolescente e a sensibilização do adolescente do sexo masculino.

¹² INE, IBEP. 2010

Estratégias operacionais

1. Elaboração da Política de Saúde do Adolescente;
2. Expansão dos “Serviços Amigos dos Adolescentes” a todos os Municípios;
3. Implementação da consulta de atenção integral ao adolescente, incluindo a prevenção do câncer do colo do útero;
4. Estabelecimento de um programa de promoção da saúde do adolescente, maternidade e paternidade responsáveis e estilos de vida saudáveis nas escolas, utilizando a abordagem de educação de pares.

Metas

1. Até 2015, elaborar e disseminar a Política de Saúde do Adolescente;
2. Até 2014, elaborar normas e protocolos de atendimento aos adolescentes;
3. A partir de 2014, elaborar e reproduzir 10.000.000 exemplares de material educativo diverso;
4. Até 2017, ter recursos humanos capacitados em atenção ao adolescente em cada Município;
5. Até 2017, expandir os grupos de pares e os clubes de jovens em 80% das escolas do ensino secundário e institutos médios em cada Município;
6. Até 2025, cobrir 95% dos Municípios com serviços de atenção integrada ao adolescente.

Actividades e intervenções

1. Elaborar e aprovar uma Política de Saúde do Adolescente;
2. Capacitar professores e pares em matéria de saúde dos adolescentes em todos os Municípios;
3. Capacitar profissionais de saúde para a atenção integrada do adolescente;
4. Capacitar profissionais das organizações não-governamentais e de apoio, para abordagem dos jovens/adolescentes fora do sistema escolar;
5. Adequar as infraestruturas das unidades sanitárias para o atendimento dos adolescentes;
6. Reorientar e expandir os “Serviços Amigos dos Adolescentes”;
7. Advogar e estabelecer normas técnicas para expansão dos clubes de jovens nas escolas;
8. Elaborar instrumentos de registo e compilação de dados incluindo o cartão de saúde do adolescente;
9. Elaborar, reproduzir e implementar normas e protocolos de atenção ao adolescente;
10. Elaborar um programa de IEC dirigido aos adolescentes;
11. Estabelecer parcerias estratégicas para apoiar a saúde dos adolescentes;

12. Formar adolescentes do sexo feminino no domínio da saúde reprodutiva para uma maior autonomia e tomada de decisão informada, e sensibilizar o adolescente do sexo masculino.

Resultados esperados

1. Pesquisas realizadas e relatórios disponíveis para o apoio às políticas e estratégias;
2. Programa para os “Serviços Amigos dos Adolescentes” revistos e implementados em todos os Municípios;
3. Materiais de IEC elaborados e disponíveis para as actividades educativas;
4. Adolescentes melhor esclarecidos sobre maternidade e paternidade responsável, estilos de vida e comportamentos saudáveis.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Programa de Saúde Materna, Infantil e do Adolescente / DNSP;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: CECOMA, Gabinete de Promoção para a Saúde, Hospitais/Serviços, centros e postos de saúde DPS, RMS;
3. Parceiros a nível Nacional: Ministério da Educação, Ministério da Família e Promoção da Mulher, Ministério da Comunicação Social, Ministério do Interior, Ministério da Justiça; Ministério da Juventude e Desportos, MINARS, ONGs Nacionais e Associações de Jovens;
4. Parceiros internacionais: OMS; UNFPA, UNICEF, USAID, Banco Mundial.

Indicadores de avaliação

1. Número de unidades sanitárias com “Serviços Amigos dos Jovens Adolescentes”;
2. Número de prestadores de saúde capacitados em atenção do adolescente por Município;
3. Número de CPN em mulheres com menos de 20 anos;
4. Número de gravidezes em adolescentes;
5. Número de partos em adolescentes;
6. Número de abortos inseguros em adolescentes;
7. Número de adolescentes atendidos na consulta dos “Serviços Amigos dos Jovens Adolescentes”;
8. Número de óbitos maternos em adolescentes;
9. Número de ITS em adolescentes;
10. Número de adolescentes que usam um método contraceptivo moderno.

Mecanismos de seguimento e de avaliação

1. Relatórios mensais, trimestrais, e anuais da implementação das intervenções;
2. Encontros metodológicos anuais.

Sustentabilidade:

Pontos fortes

1. Existência de “Serviços Amigos dos Adolescentes” em cinco Províncias;
2. ONG Nacional com experiência em trabalho com adolescentes e jovens;
3. Antecedentes do funcionamento de um Grupo Multisectorial.

Pontos fracos

1. Insuficientes recursos humanos capacitados nos diferentes níveis;
2. Materiais de formação e promoção da saúde escassos;
3. Falta de uma linha orçamental dirigida à saúde dos adolescentes.

Condicionantes ambientais

1. Consumo crescente de álcool, tabaco e substâncias psicotrópicas;
2. Poucos espaços para actividades de ocupação de tempos livres dos jovens.

Pesquisa operacional

1. Realizar pesquisas operativas sobre necessidades dos jovens (Comportamentos, Atitudes e Práticas);
2. Análise das intervenções de promoção da saúde e sua adaptação aos adolescentes, famílias e comunidades, realidades culturais e valores locais.

Projecto 20: Prestação de cuidados específicos a adultos maiores de 60 anos

Situação actual

O envelhecimento, faz parte da realidade da maioria das sociedades. Estima-se que no ano de 2050 existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em Países em desenvolvimento.

Segundo o Inquérito Integrado do Bem-Estar da População (IBEP 2010), em Angola a estrutura etária da população é típica de um País com taxas de fecundidade e mortalidade altas, predominando desta forma os grupos etários mais jovens. Cerca de 48% da população está abaixo dos 15 anos de idades, 49,4% estão entre os 15 e os 64 anos e apenas 2,6% têm idade acima dos 64 anos de idade.

A esperança de vida é em média de 52 anos de idade.

Existe uma instituição do governo que presta assistência ao idoso; o Ministério de Assistência e Reinserção Social (MINARS) com 15 lares de assistência a pessoas idosas e 3 centros de dia distribuídos pelo País.

O maior desafio na atenção à pessoa idosa, é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver com a máxima qualidade possível.

Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Infelizmente, parte das dificuldades das pessoas idosas está relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita.

As doenças crónicas não transmissíveis (DCNT) podem afectar a funcionalidade das pessoas idosas. Estudos mostram que a dependência para o desempenho das actividades de vida diária (AVD) tende a aumentar cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os com 90 ou mais anos.

É nesse contexto que a denominada “avaliação funcional” torna-se essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequado, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas. É um parâmetro que, associado a outros indicadores de saúde, pode ser utilizado para determinar a efectividade e a eficiência das intervenções.

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo, por isso é essencial informar e convencer os indivíduos e respectivas famílias de que, as medidas de promoção da saúde e de prevenção da doença devem ser tomadas com antecedência, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que se envelhece.

Pelo exposto, o PNDS prevê organizar e oferecer cuidados específicos para os idosos, baseados em medidas de prevenção atempada, pelo menos desde a idade produtiva e tratamento oportuno e adequado no nível de atenção mais próximo do seu local de residência.

Para implementar estas medidas o programa conta com os seguintes instrumentos legais (i) Regulamento das Condições de Instalação e Funcionamento dos Lares de Assistência a Pessoa Idosa: Decreto nº 14/06 de 19 de Maio; (ii) Política Nacional de Saúde: Decreto Presidencial nº 262/10 de 24 Novembro de 2010, (iii) Regulamento das Condições de Instalação e Funcionamento dos Centros de Dia de Assistência à Pessoa Idosa e Portadora de Deficiência: Decreto nº 13/06 de 17 de Maio.

Estratégias operacionais

1. Elaboração de um Plano Estratégico para a atenção à pessoa idosa;
2. Elaboração de um Programa de atenção integral à saúde do idoso;
3. Formação de profissionais especialistas em atenção à saúde do idoso;
4. Intensificação das campanhas de sensibilização e mobilização da sociedade para a promoção do envelhecimento activo e saudável;
5. Promoção do acesso da pessoa idosa aos medicamentos essenciais.

Metas

1. Até 2015, criar o Programa de Atenção à Saúde dos Idosos;
2. Até 2015, elaborar e implementar normas e protocolos de atenção ao idoso;
3. A partir de 2014, realizar campanhas anuais de sensibilização Nacional, Municipal e Comunitária sobre a saúde do idoso;
4. Até 2017, ter pelo menos uma Unidade Sanitária que ofereça cuidados ao idoso em cada Município;
5. Até 2025, ter pelo menos dois profissionais de saúde capacitados em cada Unidade Sanitária com serviços de cuidados ao idoso.

Actividades e intervenções

1. Elaborar e implementar o Plano Estratégico para Atenção e Assistência ao Idoso;
2. Integrar o Programa de assistência ao idoso no Sistema Nacional de Saúde de modo a sistematizar o apoio do Serviço Nacional de Saúde às Instituições para os idosos;

3. Elaborar protocolos e normas para atenção e assistência ao idoso, incluindo sobre menopausa e andropausa;
4. Adequar as unidades sanitárias às necessidades dos idosos.
5. Elaborar e implementar a caderneta do idoso;
6. Produzir programas de comunicação e materiais de IEC para a comunidade e profissionais de saúde com vista à atenção e assistência ao idoso;
7. Promover uma alimentação saudável, prática de actividade física e de lazer para a população idosa;
8. Constituir equipas sócio-sanitárias nos Centros de Saúde para atenção integrada à saúde da pessoa idosa;
9. Prover recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde do idoso, a nível primário.

Resultados esperados

1. Campanhas regulares de sensibilização para a atenção aos idosos a todos os níveis realizadas;
2. Profissionais a nível dos centros de saúde capacitados para o atendimento aos idosos;
3. Programa de atenção à saúde dos idosos criado;
4. Condições humanas, técnicas e materiais para atendimento aos idosos nos centros de saúde criadas;
5. Programa de atenção à saúde do idoso instalado em 100% das Províncias;
6. Normas e protocolos elaborados e validados;
7. Material IEC produzido e divulgado;
8. Sensibilização da sociedade e profissionais de saúde para a atenção à saúde dos idosos.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Departamento de Saúde Reprodutiva/DNSP;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: CECOMA, Gabinete de Promoção para a Saúde, Hospitais/Serviços, centros e postos de saúde, DPS, RMS;
3. Parceiros a nível Nacional: Ministério da Educação, Ministério da Família e Promoção da Mulher, Ministério da Comunicação Social, Ministério do Interior, Ministério da Justiça; MINARS, ONGs Nacionais e Associações para o idoso;
4. Parceiros internacionais: OMS; UNFPA, USAID, Banco Mundial, PNUD.

Indicadores de avaliação

1. Número de unidades sanitárias com serviços de assistência aos idosos criados;
2. Número de unidades sanitárias com pelo menos dois profissionais de saúde capacitados para o atendimento de idosos;
3. Número de protocolos e normas elaborados e validados;
4. Número de campanhas regulares de sensibilização realizadas;
5. Número de visitas de supervisão/formativas efectuadas;
6. Número de casos de doenças crónicas degenerativas notificadas.

Mecanismos de avaliação

1. Relatório trimestral e anual das actividades implementadas;
2. Visitas de supervisão trimestrais aos serviços de atenção ao idoso;
3. Realização de relatórios de desempenho das actividades programadas.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política do Executivo;
2. Existência de uma Política Nacional de Saúde;
3. Existência de programa dirigido a pessoas idosas dependente do MINARS e INSS;
4. Existência do programa de revitalização dos serviços de saúde municipais.

Pontos fracos

1. Deficientes condições físicas, humanas e de gestão na rede de unidades sanitárias para o atendimento do utente idoso;
2. Insuficiente sensibilidade dos profissionais da saúde e da população sobre a necessidade dos idosos em matéria de assistência de saúde específica.

Condicionantes ambientais

1. Programa económico e financeiro do País;
2. Resistência à mudança (boa ou má aceitação do programa no seio dos profissionais de saúde).

Pesquisa operacional

1. Inquérito demográfico da população idosa;
2. Estudo para conhecimento e avaliação da cobertura sanitária da população idosa.

PROGRAMA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

O programa de cuidados primários e assistência hospitalar é composto por cinco subprogramas e respectivos projectos a seguir listados:

Subprograma de promoção para a saúde de hábitos e estilos de vida saudáveis

Projectos:

- Projecto 21:* Promoção para a saúde e hábitos de estilos de vida saudáveis
- Projecto 22:* Luta contra o tabagismo em Angola
- Projecto 23:* Luta contra o alcoolismo
- Projecto 24:* Luta contra as drogas
- Projecto 25:* Informação, Educação e Comunicação para Saúde
- Projecto 26:* Saúde Escolar
- Projecto 27:* Monitorização dos factores ambientais impicantes na saúde humana

Subprograma operacionalização da prestação de cuidados e serviços de saúde

- Projecto 28:* Municipalização da atenção primária (cuidados primários)
- Projecto 29:* Cuidados paliativos e cuidados continuados
- Projecto 30:* Operacionalização da atenção secundaria
- Projecto 31:* Operacionalização da atenção terciária a nível regional e Nacional
- Projecto 32:* Gestão e Desenvolvimento do Subsistema de Saúde Privado
- Projecto 33:* Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde
- Projecto 34:* Medicina Tradicional

Subprograma de segurança transfusional

- Projecto 35:* Revitalização do Serviço Nacional de Sangue

Subprograma de gestão e desenvolvimento da rede Nacional de laboratórios

Projecto 36: Gestão e desenvolvimento da rede Nacional de laboratórios

Subprograma de assistência pré-hospitalar

Projecto 37: Gestão e desenvolvimento da assistência pré-hospital prestada pelo INEMA

Subprograma de promoção para a saúde de hábitos e estilos de vida saudáveis

Projecto 21: Promoção para a saúde e hábitos e estilos de vida saudáveis

Situação actual

A Estratégia de Desenvolvimento a longo Prazo, “Angola 2025” e a Política Nacional de Saúde, identificam a promoção para a saúde como peça fundamental para a mudança de comportamentos e adopção de estilos de vida saudáveis, realçando o envolvimento e capacitação das famílias e comunidades para a obtenção de resultados sustentáveis, no processo do desenvolvimento sanitário do País.

A promoção para a saúde é um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e comunidades para controlarem a sua saúde e melhorá-la através da elaboração de políticas públicas saudáveis. É também considerada um meio de reorientação dos serviços de saúde, com ênfase na prevenção e nas necessidades das pessoas em aumentar a participação individual e colectiva nas acções sanitárias que permitem reduzir a prevalência e incidência das doenças, e aumentar o nível de bem-estar físico, mental e social, como contribuição na melhoria das determinantes sociais da saúde.

Actualmente, tem-se reconhecido a necessidade de se abordar não só os factores comportamentais e os estilos de vida, mas também as determinantes sociais de saúde de natureza socioeconómica, física e biológica que concorrem para o desempenho do sistema de saúde e o bem-estar das comunidades, como a educação, condições sociais, o desenvolvimento económico, o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, o ambiente, a equidade e a boa governação, entre outros.

A promoção da saúde ocorre através da associação de acções de educação sanitária, para o desenvolvimento de competências familiares, construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis e organizacionais, nos programas orientados para a saúde e para a prevenção da doença. Entre outros métodos de promoção da saúde, enumera-se a informação, a educação e a comunicação, a mobilização social e a advocacia. Estes métodos são particularmente importantes para mobilizar outros sectores públicos, privados e parceiros, de forma a contribuírem no desenvolvimento sanitário.

As acções de promoção para a saúde em Angola têm sido desenvolvidas de forma vertical no âmbito dos Programas do VIH e SIDA, da Malaria, da Tuberculose, das Doenças Negligenciadas, da saúde materna e infantil, e das Jornadas de Vacinação com destaque contra a Poliomielite. Não existe ainda uma abordagem integrada, seja intrassectorial, intersectorial e holística.

A Política Nacional de Saúde identifica o Agente Comunitário como o principal elo de ligação entre os indivíduos, famílias e comunidades e os serviços de saúde. Em Angola, as Províncias de Luanda, Huambo e Huíla, têm desenvolvido esta iniciativa com o apoio dos Governos Locais. Contudo, há necessidade de se desenvolver um instrumento legal para o suporte desta estratégia.

O Programa de Promoção para a Saúde tem um lugar de destaque na implementação da Política Nacional de Saúde e na Reforma do Sistema de Saúde, de forma a integrar actividades promocionais em todos os programas específicos intra-sectoriais e intersectoriais. Neste sentido, é pertinente a elaboração da Política de Promoção para a Saúde e a Estratégia intersectorial, que sirvam de instrumentos de coordenação das intervenções e do mecanismo de coordenação e seguimento da implementação das acções em todos os níveis.

As acções de promoção da saúde, devem estar orientadas para contribuir significativamente para a consecução dos objectivos dos projectos prioritários do PNDS, nomeadamente:

- a) Prevenção das doenças transmissíveis prioritárias, como VIH/SIDA, Malária, Tuberculose, Tripanossomiase, Lepra, e Doenças Tropicais Negligenciadas;
- b) Prevenção e promoção da saúde materna e sobrevivência infantil;
- c) Prevenção das doenças não transmissíveis prioritárias, como as doenças mentais, doenças cardiovasculares, diabetes, câncer;
- d) Redução dos factores de risco, como as situações e comportamentos que expõem as pessoas ao VIH e as ITS, o uso do tabaco, drogas e álcool;
- e) Promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis de bem-estar físico, social e emocional, como a prática de dietas saudáveis e o exercício físico;
- f) Promoção e aumento do uso eficaz dos serviços de saúde existentes, estimulando a procura dos serviços pela população.

Estratégias operacionais

1. Apoio aos programas e projectos de saúde prioritários para alcançar os objectivos definidos;
2. Promoção de acções de saúde em todo o País mobilizando e capacitando as comunidades para a sua participação activa na promoção da saúde integrada de forma contínua durante toda a vida;

3. Desenvolvimento e implementação de intervenções de Promoção da Saúde através de uma abordagem holística, abrangente, eficaz e multisectorial para aumentarem o reconhecimento da saúde enquanto componente essencial do desenvolvimento socioeconómico;
4. Estabelecimento de um sistema eficaz de coordenação e de mecanismos de gestão de promoção da saúde a todos os níveis;
5. Melhoria do financiamento e alocação de recursos para a Promoção da Saúde, bem como a sua utilização de forma eficaz e sustentável.

Metas

1. Até 2014, criar a Comissão Nacional Multisectorial para a Promoção da Saúde;
2. Até 2014, elaborar e aprovar a Política Nacional do Agente Comunitário;
3. Até 2014, elaborar o Plano Estratégico Nacional Multisectorial de Promoção e Comunicação para a Saúde, para prevenção das Doenças Transmissíveis, Crónicas não Transmissíveis, incluindo segurança rodoviária e violência e de Promoção de Hábitos e Estilos de Vida Saudáveis;
4. Até 2014, elaborar, em conjunto com o Departamento de Saúde Reprodutiva, a Estratégia Nacional de Comunicação para a Saúde Reprodutiva baseada na Redução da Mortalidade Materna, Infantil, Neonatal incluindo as doenças crónicas degenerativas da mulher e saúde da mulher reclusa;
5. Até 2015, elaborar e aprovar a Política Nacional de Promoção para a Saúde;
6. Até 2015, criar a *Semana Nacional de Promoção* para a Saúde, com acções integradas de Promoção da saúde materna e infantil e prevenção das doenças transmissíveis e crónicas não transmissíveis;
7. Até 2017, estabelecer os *critérios padrão* para acreditação de ambientes saudáveis, dando prioridade às escolas;
8. Até 2017, desenvolver acções de advocacia para o aumento de impostos sobre os produtos que prejudicam a saúde, como álcool e tabaco.

Actividades e intervenções

1. Criar a Comissão Nacional Multisectorial de Promoção e Comunicação para a Saúde;
2. Elaborar e divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;
3. Elaborar e divulgar a Política do Agente Comunitário;
4. Elaborar e divulgar o Plano Estratégico Nacional Multisectorial integrado de promoção e comunicação sobre a Saúde Reprodutiva, Infantil, Neonatal, a prevenção das Doenças Transmissíveis e Crónicas não Transmissíveis, incluindo segurança rodoviária e violência e a Promoção de Hábitos e Estilos de Vida Saudáveis;
5. Elaborar e publicar os critérios padrão para acreditação de ambientes saudáveis, dando prioridade aos Municípios;
6. Implementar a *Semana Nacional de Promoção para a Saúde*, com acções integradas de Promoção e prevenção relativas a saúde materna e infantil doenças transmissíveis e crónicas não transmissíveis;
7. Elaborar e distribuir materiais de informação, educação e comunicação para a promoção de saúde materna, infantil, doenças transmissíveis e crónicas não transmissíveis, incluindo prevenção de acidentes rodoviários, violência e promoção de hábitos de estilo de vida saudáveis, como o exercício físico, a alimentação saudável, a luta contra o tabaco e o álcool.

Resultados esperados

1. Comissão Nacional para a Promoção da Saúde, criada e funcional;
2. Política Nacional de Promoção para a Saúde elaborada, aprovada e divulgada;
3. Política Nacional do Agente Comunitário elaborada, aprovada e divulgada;
4. Estratégia intersectorial de Promoção para a Saúde elaborada;
5. Plano Nacional Estratégico de Comunicação para a Saúde Reprodutiva baseada na Redução da Mortalidade Materna, Infantil, Neonatal incluindo as doenças crónicas degenerativas da mulher, saúde da mulher presidiária e do género, elaborado;
6. Plano Estratégico Nacional de acções Integradas de Promoção da Saúde e prevenção das Doenças Transmissíveis e Crónicas não Transmissíveis, incluindo segurança rodoviária e violência, elaborado;

7. Plano Estratégico Nacional de prevenção e comunicação de Hábitos e estilos de vida saudável elaborado;
8. Critérios para acreditação de ambientes saudáveis estabelecidos e divulgados;
9. *Semana Nacional de Promoção para a Saúde* implementada.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Departamento de Promoção para a Saúde / DNSP;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Hospitais/Serviços, centros e postos de saúde; INLS, INCCT;
3. Parceiros a nível Nacional: DPS, RMS, Ministério da Educação, Ministério da Família e Promoção da Mulher, Ministério da Comunicação Social, Ministério do Interior, Ministério da Justiça; Ministério da Juventude e Desportos, MINARS, ONGs Nacionais, Associações de Jovens, Ministério do Comércio, Ministério do Ambiente, Ministério da Indústria, Ministério do Urbanismo, Ministério da Agricultura; comunidades, Comissão Nacional de Jornalistas, ordens e associações profissionais de saúde e Rede Nacional de Crenças para a Promoção da saúde (CICA), Igrejas e Organizações Baseadas na Fé (OBFs);
4. Parceiros internacionais: OMS; UNFPA, UNICEF, USAID, Banco Mundial, PNUD.

Indicadores de avaliação

1. Número de reuniões realizadas pela Comissão Nacional de Promoção para a Saúde;
2. Número de Municípios acreditados;
3. Número de Semanas Nacionais de Promoção para a Saúde realizadas;
4. Número e tipo de material de IEC elaborado, produzido e distribuído;
5. Indicadores de tendências das principais causas de morte, incluindo por exemplo a taxa de mortalidade por acidentes rodoviários.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatório de actividades da Comissão Nacional de Promoção para a Saúde;
2. Relatório do grau de implementação dos planos estratégicos;

3. Relatórios de acreditação dos espaços saudáveis;
4. Relatório de actividades da Semana Nacional de Promoção para a Saúde;
5. Relatórios de actividades do Programa Nacional de Promoção Para a Saúde;
6. Relatórios de supervisão às Províncias e Municípios.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Compromisso do Governo para a Promoção da Saúde;
2. Existe uma preocupação crescente sobre a reorientação dos serviços de saúde;
3. Existência de ONG's, Igrejas, OBFs e de outros parceiros de implementação no País que trabalham na comunicação em saúde com habilidades e competências que devem ser aproveitadas;
4. Existência de programas de Comunicação Social de Massa;
5. Interesse por parte dos doadores e agências internacionais para apoiar a Promoção da Saúde.

Pontos fracos

1. Inexistência de Política Nacional de Promoção de Saúde;
2. Ausência de uma Autoridade Única, de dimensão multisectorial, para a coordenação Nacional das acções de Promoção de Saúde;
3. Ausência de um Plano Estratégico Nacional Integrado de Promoção de Saúde;
4. Poucos programas de saúde são direccionados para o reforço de capacidades ao nível das comunidades;
5. A participação comunitária é limitada e pontual;
6. Limitada coordenação entre as diferentes organizações que realizam Promoção de Saúde.

Condicionantes ambientais

1. Aspectos culturais, e religiosos;
2. Recursos financeiros limitados.

Pesquisa operacional

1. Realização de estudos CAP;
2. Estudo de satisfação dos utentes sobre os serviços prestados nas unidades sanitárias.

Projecto 22: Luta contra o tabagismo em Angola

Situação actual

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. A OMS estima que um terço da população mundial adulta, isto é, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas, sejam fumadores.

Em Angola os fumadores surgiram em 1876 em Luanda após o surgimento da primeira grande unidade fabril de tabaco. Naquela época esta indústria era sustentada por matéria-prima (folhas do tabaco) plantada principalmente nas Províncias de Kwanza Norte e Malanje.

Em 2009, uma empresa multiNacional assumiu o controlo, como accionista, das Empresas angolanas FTU e SITAL, estabelecendo filiais em quase todas as Províncias, através das quais comercializa as diferentes marcas do tabaco produzido fora do país.

Actualmente, as indústrias de tabaco do País, apenas comercializam o produto internamente devido às elevadas taxas aplicadas sobre a produção e ao consumo.

O total de mortes devido ao uso do tabaco no mundo atingiu a cifra de 4,9 milhões de mortes anuais, o que corresponde a mais de 10 mil mortes por dia. Em Angola, pretende-se contribuir para a redução das mesmas, pelo que se têm feito alguns estudos que ajudarão a conhecer melhor a situação no país.

Dos vários inquéritos e estudos realizados com grupos de jovens constatou-se o seguinte:

- Grande número de jovens, declarou não fumar por não possuir meios financeiros próprios para sustentar o vício.
- Alguns jovens consomem como alternativa produtos do tabaco, de fabrico caseiro.
- Que o cigarro ordinário que qualquer popular pode comprar e consumir custa 5 AKZ cada o corresponde a 0,05 USD, comparativamente aos bens alimentares essenciais, tais como: (1 kg de açúcar a 175 AKZ o equivalente a \$1.75), (1 litro de leite a 250 AKZ o equivalente a \$2.50), etc.

Pelo que se depreende que a demanda do tabaco pelos adultos é grande devido à acessibilidade do preço do cigarro que é muito mais baixo do que qualquer alimento.

Outros desenvolvimentos no âmbito do controlo do tabagismo incluem o seguinte:

- Em 2010 foi criado o Centro de Controlo de Tabaco em África (CCTA) com a sede em Kampala.

- Em 2012 com o apoio da OMS, realiza acções de sensibilização multisectorial em Angola sobre a luta contra o tabagismo.
- Em 2012, o CCTA convida Angola para fazer parte dos 5 Países de África priorizados para um Projecto financiado por Bill Melinda Gate para Luta Anti-Tabaco;
- Em 2012, Angola é sugerida a criar e Coordenar o Centro de Investigação de apoio ao Controlo do Tabaco nos PALOP;
- Em 2012, Angola com o apoio do CCTA, faz um estudo sobre a interferência da Indústria Tabaqueira nas Políticas do Estado;
- Em 2012, uma Delegação Ministerial participou na Conferência da SADC sobre as “Consequências Económicas do Tabaco” em Gaborone. Angola foi considerado um País consumidor e não produtor do tabaco;
- Em 2013, CCTA e OMS, apoiam Angola a realizar uma avaliação das Capacidades do País para a implementação da Convenção Quadro da OMS de Luta Anti-Tabaco.
- Em 2014 (17-21 de Fevereiro), Angola com o apoio do CCTA promoveu o debate sobre as linhas de orientação para um Plano Intersectorial de Luta contra o Tabaco em Angola e o esboço da Lei Angolana contra o tabagismo.

Deparamo-nos assim, com um enorme desafio pois Angola se enquadra no grupo de países da SADC consumidores de tabaco, com uma população alvo maioritariamente jovem e com todas as consequências que o vício acarreta para a sua saúde.

O País conta já com alguns instrumentos legais para apoiar na alteração do quadro actual como: (I) Lei n.º 02/05, de 28 de Fevereiro, Capítulo 24, página 369, que estabelece taxas de 10% sobre os cigarros de produção Nacional e 30% de todos outros produtos do tabaco (ver a actual pauta aduaneira); (II) Resolução n.º 48/05 De 8 de Novembro publicado no Diário da República, Série A 214 através da qual Angola subscreve a Convenção Quadro de Luta Contra o Tabaco; (III) Carta de Ratificação da Convenção Quadro de Luta Contra o Tabaco por Despacho Presidencial em 4 de Junho de 2007; (IV) Decreto Presidencial n.º 43/09 publicado no Diário da República no 172/09 que proíbe fumar em locais públicos (tem em protecção colectiva). Em fase final de discussão pela assembleia Nacional, está a Lei Angolana contra o tabaco.

Estratégias operacionais

1. Pôr em funcionamento o Instituto Nacional de Luta Contra as Drogas;
2. Inclusão de abordagens de Luta contra o Tabaco nas estratégias dos Cuidados Primários de Saúde (TB, DCNT);
3. Criação do Centro de Controlo do Tabaco em Angola em parceria com a Universidade Agostinho Neto;
4. Promoção de Políticas de Prevenção e de controlo da prevalência do Tabagismo;
5. Incentivar iniciativas locais de combate ao Tabagismo;
6. Advocacia para o empenho político e financeiro sustentável em prol do controlo do tabagismo;
7. Redução da procura e disponibilidade do tabaco;
8. Reforço do mecanismo de controlo fiscal do tabaco.

Metas

1. Em 2013, criar o Instituto Nacional de Luta Contra as Drogas;
2. Até 2014, contribuir para a adequação e aprovação da Lei Angolana Contra o Tabaco;
3. Até 2014, elaborar o Plano Nacional Integrado de Luta Contra o Tabaco em conformidade com as directrizes CQLT;
4. A partir de 2014, monitorar o uso do Tabaco e Estratégias de Prevenção;
5. A partir de 2014, fazer acções de informação, educação e comunicação de rotina sobre as consequências do consumo do tabaco no meio urbano e rural em todos os Municípios;
6. Até 2014, criar um mecanismo de fiscalização para a aplicação do Decreto Presidencial nº43/09 que proíbe fumar em locais públicos;
7. Em 2015, elaborar a Política Nacional da Luta Contra o Tabaco;
8. Até 2016 criar o Centro de Controlo do Tabaco em Angola;
9. Até 2017 promover a discussão da legislação para a criação do Fundo de Promoção da Saúde, a partir das tributações aplicadas ao álcool e ao tabaco;
10. Até 2017 garantir a implementação plena da legislação contra o tabaco;
11. Até 2015, ter elaborado e aprovado instrumentos legais que proibam a publicidade e o patrocínio do tabaco, e a obrigatoriedade das advertências sobre os perigos do tabaco;
12. Até 2025, promover a disponibilidade dos substitutos de nicotina;

Actividades e intervenções

1. Criar o Instituto Nacional de Luta Contra as drogas;
2. Realizar o estudo para a adequação da Lei Angolana Contra o Tabaco;
3. Elaborar o Plano Nacional Integrado de Luta Contra o Tabaco em conformidade com às directrizes da CQLT;
4. Avaliar da capacidade Nacional para a implementação das recomendações da CQLT;
5. Criar o Centro de Controlo do Tabaco na Universidade Agostinho Neto;
6. Elaborar da Política Nacional da Luta Contra o Tabaco;
7. Advogar para a criação do Fundo de Promoção da Saúde, a partir das tributações aplicadas ao tabaco;
8. Advogar para a implementação plena da legislação contra o tabaco;
9. Realizar estudos de prevalencia do uso do tabaco na população de 15 anos e mais idade;
10. Criar um mecanismo de fiscalização para a aplicação do Decreto Presidencial nº43/09 que proíbe fumar em locais públicos;
11. Implantar serviços de apoio ao dependente do tabaco nos hospitais municipais, provinciais e centrais;
12. Formar anualmente 4 técnicos por unidade sanitária;
13. Elaborar e fazer aprovar instrumentos legais que proíbam a publicidade e o patrocínio do tabaco, e a obrigatoriedade das advertências sobre os perigos do tabaco;
14. Fazer acções de informação, educação e comunicação de rotina sobre as consequências do consumo do tabaco no meio urbano e rural em todos os Municípios;
15. Realizar campanhas semestrais nacionais de comunicação (Mass Média) contra o tabagismo.

Resultados esperados

1. Instituto Nacional de Luta Contra as Drogas criado e em funcionamento;
2. Lei Angolana contra o Tabaco adequada, aprovada e regulamentada;
3. Plano Nacional Integrado de Luta contra o Tabaco elaborado e aprovado;
4. Centro de Controlo do Tabaco em Angola criado e funcional;
5. Fundo para a Promoção de Saúde aprovado;
6. Uso do tabaco e Estratégias de Prevenção monitorados;
7. Mecanismo de fiscalização para a aplicação do Decreto Presidencial nº43/09 que proíbe fumar em locais públicos criado;

8. Oferta de serviços de tratamento da dependência ao tabaco em 80% das unidades sanitárias do nível primário, secundário e terciário;
9. Instrumentos legais que proíbem a publicidade e o patrocínio do tabaco, e a obrigatoriedade das advertências sobre os perigos do tabaco elaborados e aprovados;
10. Acções de informação, educação e comunicação de rotina sobre as consequências do consumo do tabaco nos meios urbanos e rurais realizadas em todos os Municípios.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Departamento de Promoção para a Saúde / DNSP; INALUD;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Hospitais/Serviços, centros e postos de saúde; Programa Nacional de Doenças Crónicas e não Transmissíveis, Programa Nacional de Saúde Mental, Inspeção Geral da Saúde;
3. Parceiros a nível Nacional: Ministério da Justiça, DPS, RMS, Ministério da Educação, Ministério do Ensino Superior, Ministério da Família e Promoção da Mulher, Ministério da Comunicação Social, Ministério do Interior, Ministério da Juventude e Desportos, MINARS, Igrejas, ONGs Nacionais e Internacionais, OBFs, Associações de Jovens, Ministério do Comercio, Ministério do Ambiente, Ministério da Industria, Ministério do Urbanismo, Ministério da Agricultura, Ministério da Administração Publica, Trabalho e Segurança Social, comunidade, Comissão Nacional de Jornalistas, ordens e associações profissionais de saúde e Rede Nacional de Crentes para a Promoção da saúde (CICA);
4. Parceiros internacionais: OMS; UNFPA, UNICEF, USAID, Banco Mundial, PNUD, Centro de Controlo do Tabaco em Africa.

Indicadores de avaliação

1. Número de reuniões realizadas pelo Grupo Multisectorial de Luta Contra o Tabagismo (LCT);
2. Número de diplomas legais aprovados;
3. Número de diplomas legais regulamentados;
4. Plano Nacional integrado elaborado e aprovado;
5. Plano Nacional integrado implementado;
6. Centro de Controlo do Tabaco criado;

7. Centro de Controlo do Tabaco em funcionamento;
8. Fundo de Promoção da Saúde criado.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios do Grupo Multisectorial de Luta Contra o Tabagismo (LTC);
2. Relatório do grau de implementação do Plano Intersectorial;
3. Relatórios de avaliação regular da implementação dos Planos.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Carta de Ratificação da Convenção Quadro de Luta Contra o Tabaco por Despacho Presidencial em 4 de Junho de 2007;
2. A Lei n.º 02/05, de 28 de Fevereiro, Capítulo 24, página 369, que estabelece taxas de 10% sobre os cigarros de produção Nacional e 30% de todos outros produtos do tabaco;
3. A Resolução n.º 48/05 de 8 de Novembro publicado no Diário da República, Série A 214 através da qual Angola subscreve a Convenção Quadro de Luta Contra o Tabaco;
4. Decreto Presidencial n.º 43/09 publicado no Diário da República no 172/09 que proíbe fumar em locais públicos (tem em protecção colectiva);
5. Na fase final de discussão pela Assembleia Nacional, está a Lei Angolana contra o Tabaco;
6. Vontade política para a criação do Instituto Nacional de Luta contra as Drogas;
7. Indicação de Angola para a criação do Centro de Controlo do Tabaco em representação dos PALOP;
8. Indicação de um Ponto Focal Ministerial para a Luta contra o Tabaco.

Pontos fracos

1. Inexistência de uma Estrutura Nacional de Luta Contra o Tabaco;
2. Ausência de um Plano Intersectorial;
3. Poucos recursos humanos e financeiros para desenvolver acções de combate ao tabagismo;
4. Falta de informação que incentive iniciativas para o combate ao tabagismo.

Condicionantes ambientais

1. Prioridades concorrentes;
2. Recursos financeiros limitados.

Pesquisa operacional

1. Realização de estudos anuais sobre incidência e prevalência do Tabagismo em Angola;
2. Estudo sobre iniciativas de cessação de consumo.

Projecto 23: *Luta contra o alcoolismo*

Situação actual

O consumo de álcool é um importante problema de saúde e segurança pública. Contribui significativamente para uma série de consequências adversas tais como a violência, negligência e abuso de crianças, síndrome alcoólico-fetal, absentismo no trabalho, incluindo ainda problemas académicos, sociais, estimulando actividade sexual não desejada e desprotegida, agressão física e sexual, aumento de risco de suicídio, complicações neuro psiquiátricas, redução da performance, acidentes de viação relacionados com a ingestão de álcool, e outras lesões não intencionais, tais como queimaduras, quedas e afogamentos, a morte de intoxicação por álcool, crimes de violência e de propriedade, e a necessidade de tratamento da dependência alcoólica, assistindo-se o declínio da produtividade da população.

Pelo menos 2,5 milhões (3,7%) de pessoas morrem por ano no mundo devido a problemas relacionados ao consumo de álcool segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com o mesmo documento, o álcool é a quinta causa de morte prematura e de incapacidade no mundo e é a causa de 4,4% das doenças em todo o planeta. Além disso o álcool tem sido relacionado com 6,1% das mortes em todo o mundo em homens e de 1,1% entre mulheres.

Em termos globais, o efeito nocivo de álcool relaciona-se estreitamente com transtornos neuropsiquiátricos (34,3%), cirrose hepática (10,2%), doenças cardiovasculares (9,8%), câncer (9%), sendo estas doenças ligadas ao hábito. Se apenas as mortes forem consideradas, as três principais categorias ligadas ao álcool, são os acidentes (25%), as doenças cardiovasculares (22%) e o câncer (20%) (OMS).

No entanto, dados mais recentes da OMS revelam que cerca 320 000 jovens com idade entre os 15 e 29 anos morrem anualmente por causas relacionadas com o álcool, resultando em 9% das mortes nessa faixa etária.

Dados obtidos do Boletim Patológico Anual do Hospital Psiquiátrico de Luanda 2011-2012, apontam que os *Transtornos Mentais* devidos ao consumo excessivo do álcool ocupam o segundo lugar com 13,9% dos casos, depois da Psicose Sintomática (15,4%).

Em 2012 foi apresentado os resultados do Inquérito Mundial sobre o Consumo Excessivo de Álcool em que foi identificado que em Angola cerca de 8,7 milhões de pessoas são potenciais consumidores de álcool “pesado”; nos 12 meses antecedentes ao inquérito cerca de 21,79% homens e 16,07% mulheres consumiam uma média de 19,56 litros por ano; as mortes atribuíveis ao álcool rondam os 3,0% entre os homens e 1,4% entre as mulheres; em termos de doenças, o alcoolismo contribui anualmente em 1,8% das doenças registadas em Angola.

As principais causas de morte atribuíveis ao álcool são as seguintes:

- Tuberculose (14,9%)
- VIH e SIDA (3,7%)
- Infecções Respiratórias (baixas) (37,3%)
- Baixo peso ao nascer (0,9%)
- Cancro (18,3%)
- Transtorno neuropsiquiátricos (7,6%)

- Doenças cardiovasculares (33,7%)
- Cirrose hepática (10,6%)
- Traumatismos não intencionais (49,0%)
- Traumatismos intencionais (24,0%)

Segundo o Inquérito Mundial, as bebidas mais consumidas em Angola são: (1) Cerveja (64,3%), (2) Vinho (13,7%), (3) Espirituosas (17,4%), e (4) Outros (4,7%).

Uma entrevista para sondagem de opinião, realizada por ocasião de fim de ano de 2012 no Município de Rangel na Província de Luanda, identificou uma tendência para o consumo excessivo e rotineiro de álcool.

O consumo excessivo de álcool é nocivo. Nos grupos mais jovens da população (adolescentes e adultos jovens) o consumo tende a ser maior e por consequência mais graves os reflexos sobre a saúde e o comportamento social.

A legislação vigente que regula o consumo, o comércio e a publicidade de bebidas alcoólicas, tem pouca aplicação prática:

- O Decreto 5/08 de 29 de Setembro que aprova o código de estrada estabelece o limite de alcoolemia em 0,5%;
- A Lei da Publicidade (Lei n.º 9/02 de 30 de julho), na sua secção IV, artigo 22º, estabelece as medidas protectivas dos efeitos da publicidade de álcool em menores de idade e os horários que a publicidade de bebidas deve passar na rádio e televisão;
- A resolução WHA63.13 da OMS que orienta as estratégias e acções para a redução dos efeitos nocivos do álcool nos países membros.

Para além desta legislação, não existem leis e políticas públicas específicas que regulem o consumo de álcool, nem mesmo um instrumento legal que interdita a venda de álcool a menores de 18 anos. Contudo, existem diversas iniciativas da sociedade civil que desenvolvem acções de combate ao alcoolismo, como por exemplo: a Associação Cultural de Jesus Cristo, que tem como acções recuperar e reabilitar os toxicodependentes nas comunidades e inseri-los no mercado de trabalho, a Associação Nacional de Luta contra as Drogas (ANLD) que realiza as actividades de sensibilização e educação das pessoas afectadas; os Alcoólicos Anónimos que é um grupo de alcoólicos em recuperação, que se esforçam para conseguir manterem-se sóbrios os alcoólatras que aderem ao grupo.

O PNDS identifica a necessidade da existência de legislação e de acções com uma abordagem intersectorial (justiça, saúde, educação, comunicação social, interior, trabalho, reinserção social, família e promoção da mulher) para mitigar as consequências do consumo excessivo do álcool em Angola, já que os efeitos do consumo excessivo do álcool têm um custo bastante elevado para a sociedade de uma forma geral.

Estratégias operacionais

1. Elaboração de um Plano Estratégico Multisectorial para a prevenção e controlo dos factores de risco à saúde associados ao consumo excessivo de álcool;

2. Pôr em funcionamento o Instituto Nacional de Luta Contra as Drogas;
3. Promoção da Campanha Nacional de Informação, Educação e Comunicação (IEC) contra os factores de risco e consequências do álcool sobre a saúde;
4. Criação do Programa Nacional de Combate ao Alcoolismo no Ministério da Saúde;
5. Advocacia para a criação e aplicação de legislação e políticas intersectoriais de regulação do consumo de álcool;
6. Regulamentar o mercado do álcool;

Metas

1. Até ao fim 2014, elaborar o protocolo e realizar a pesquisa CAP sobre os factores de risco do consumo excessivo de álcool para a saúde;
2. Até ao fim de 2014, harmonizar o Plano Estratégico de Luta Anti-Drogas com o PNDS para a prevenção e controlo dos factores de risco sobre a saúde associados ao consumo excessivo de álcool;
3. A partir de 2014, advogar a existência de instrumentos legais para apoiar de forma mais efectiva a luta contra o álcool em Angola;
4. A partir de 2014, advogar para a elaboração do projecto de lei que interdita o consumo de álcool a menores de 18 anos;
5. A partir de 2014, advogar para a elaboração da Lei Angolana Contra o Álcool (tendo em conta: proibição, preços, restrições, alcoolémia, publicidade, advertências, produção);
6. A partir de 2014, advogar para a revisão da Lei da Publicidade (Lei n.º 9/02 de 30 de Julho);
7. A partir de 2014, promover campanhas de Informação, Educação e Comunicação sobre os riscos e consequências do consumo excessivo do álcool;
8. A partir de 2014, criar mecanismos para monitorizar a implementação do Plano Estratégico Multisectorial para a prevenção e controlo dos factores de risco sobre a saúde associados ao consumo excessivo de álcool;
9. Até 2015, criar normas, directrizes e protocolos de apoio aos profissionais de saúde para o diagnóstico e acompanhamento de pessoas acometidas pelo uso excessivo do álcool;
10. A partir de 2015, capacitar anualmente 4 técnicos em todos os centros de saúde e hospitais municipais em matéria de abordagem de casos das toxicodependências.

Actividades e intervenções

1. Elaborar o protocolo da pesquisa operacional CAP;
2. Realizar a pesquisa CAP anualmente;
3. Elaborar a documentação necessária para a criação do Programa Nacional de Combate ao Alcoolismo;
4. Harmonizar o Plano Nacional de Luta Anti-Drogas com o PNDS para a prevenção e controlo dos factores de risco sobre a saúde associados ao consumo excessivo de álcool;
5. Disseminar informação no âmbito da educação e sensibilização do público sobre os riscos que acarretam para a saúde o consumo abusivo do álcool, dos benefícios e dos estilos de vida sem álcool;
6. Promover campanhas de Informação, Educação e Comunicação sobre os riscos e consequências do consumo excessivo do álcool;
7. Advogar para a existência de instrumentos legais para apoiar de forma mais efectiva a luta contra o álcool em Angola;
8. Advogar para a elaboração do projecto de lei que interdita o consumo de álcool a menores de 18 anos;
9. Advogar para a elaboração da Lei Angolana Contra o Álcool (tendo em conta: proibição, preços, restrições, alcoolemia, publicidade, advertências, produção);
10. Advogar para a revisão da Lei da Publicidade (Lei n.º 9/02 de 30 de Julho);
11. Implementar planos de formação para capacitar trabalhadores de saúde, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), assistentes sociais, profissionais de comunicação, educadores e decisores, sobre a problemática do álcool;
12. Capacitar anualmente 4 técnicos em todos os centros de saúde e hospitais municipais em matéria de abordagem de casos das toxicodependências;
11. Desenvolver normas, directrizes e protocolos de apoio aos profissionais de saúde para a diagnose e acompanhamento de pessoas acometidas pelo uso excessivo do álcool.

Resultados esperados

1. Diagnóstico CAP em relação aos factores de risco do consumo excessivo de álcool sobre a saúde conhecido;
2. Plano Estratégico de Luta Anti-drogas harmonizado, aprovado e implementado;
3. Programa Nacional de Combate ao Alcoolismo criado e em funcionamento;

4. População informada e consciente dos riscos do consumo excessivo de álcool sobre a saúde;
5. Normas, directrizes e protocolos em vigor para apoiar os profissionais de saúde;
6. Instrumentos legais e políticas públicas elaboradas e aprovados para apoiar o combate ao alcoolismo.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de Execução: Departamento de Promoção em Saúde/DNSP; INALUD;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: INLS, Agentes Comunitários de Saúde, Programa Nacional de Doenças Crónicas e não Transmissíveis, Programa Nacional de Saúde Mental, Gabinete Jurídico; Direcções Provinciais de Saúde, Repartições Municipais de Saúde; Hospitais Públicos;
3. Parceiros do nível Nacional: Ministério da Comunicação Social, Ministério da Educação, Ministério da Família e Promoção da Mulher, Ministério do Interior, Ministério da Justiça, Ministério da Juventude e Desportos, Ministério do Comércio, Ministério da Indústria, Ministério da Assistência e Reinserção Social, Ministério da Administração Pública, Trabalho e Segurança Social, Associações Profissionais de Saúde, Conselho das Igrejas Cristãs de Angola, Comissão Nacional de Jornalistas, fabricantes de bebidas alcoólicas não registadas, grupos teatrais, líderes comunitários;
4. Parceiros internacionais: OMS, UNICEF, FNUAP, PNUD.

Indicadores de avaliação

1. Estudo CAP redigido e publicado;
2. Plano Estratégico harmonizado e número de planos de acção intersectoriais implementados;
3. Programa Nacional de Combate ao Alcoolismo criado e em funcionamento;
4. Número de programas e projectos de campanha de IEC na *media* previstos/ número de programas executados;
5. Número de legislações e regulamentos contra o consumo excessivo de álcool publicados;
6. Mortalidade por doença (causada pelo álcool);
7. Mortalidade por acidente devido ao consumo excessivo do álcool;
8. Número de técnicos capacitados anualmente;
9. Número de planos de formação implementados.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios de publicação dos resultados das pesquisas de CAP;
2. Relatórios do grau de implementação do Plano Estratégico;

3. Relatórios do grau de cumprimento dos planos de IEC na *media* e na comunidade;
4. Relatórios de actividades mensais, trimestrais, semestrais e anuais do Programa Nacional de Combate ao Alcoolismo.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Existência do Instituto Nacional de Luta Anti-Drogas (INALUD);
2. Centro de Desintoxicação do Bengo criado;
3. Existência da Lei n.º 9/02 de 30 de julho, que restringe a publicidade de bebidas alcoólicas, e estabelece as medidas protectivas dos efeitos da publicidade;
4. Existência de Associações e Iniciativas da sociedade civil de luta contra as consequências do consumo excessivo do álcool;
5. Resolução da OMS que orienta as estratégias e acções globais de combate dos efeitos nocivos do álcool nos países membros.

Pontos fracos

1. Aplicação limitada ou ausência de legislação relacionada com o álcool;
2. Falta de políticas que restrinjam a disponibilidade do álcool e acessibilidade;
3. Ausência de programas educativos e de formação de fabricantes e vendedores de bebidas alcoólicas, pais e encarregados de educação, professores bem como a população em geral;
4. Extensão da indústria do álcool e patrocínio a eventos da comunidade;
5. Extensão da publicidade de bebidas alcoólicas;
6. Falta de dados e sistemas de rastreio em relação aos riscos do álcool sobre a saúde em Angola.

Condicionantes ambientais

1. Conflito de interesses económicos com provedores;
2. Fraca percepção dos riscos.

Pesquisa operacional

1. Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (CAP) sobre os factores de risco do consumo excessivo do álcool sobre a saúde nas comunidades, sociedade civil, decisores e provedores;
2. Avaliação do impacto das mensagens disseminadas à população;
3. Estudo para identificar a problemática da produção e o consumo de álcool não registado em Angola;
4. Estudo para identificar a prevalência da população toxicodependente em Angola.

Projecto 24: Luta contra as drogas

Situação actual

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), droga é qualquer substância que, introduzida no organismo, interfere no seu funcionamento. Consequentemente as drogas tanto podem ser consideradas substâncias psicotrópicas, como também certos medicamentos e o álcool, entre outras.

O que varia é como actua no organismo de cada indivíduo, bem como a finalidade com que é usada pois, quando a droga é consumida com finalidade terapêutica, ela passa a denominar-se medicamento, sendo que todo medicamento é droga, mas nem toda droga é medicamento (1).

A problemática do uso de drogas psicotrópicas constitui uma preocupação mundial. De acordo ainda com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoactivas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder de aquisição (OMS relatório 2011).

Os dados epidemiológicos disponíveis sobre o uso de drogas ilícitas em alguns Países Africanos, mostram que com as mudanças nas estruturas políticas, económicas e sociais, de muitos países africanos têm-se tornado mais vulneráveis ao tráfico e ao uso abusivo de drogas.

Com base em pesquisas realizadas em 1994 em alguns desses países africanos, o uso actual de drogas ilícitas como a liamba (cannabis sativa) variaram de 2 a 9% entre adolescentes, e entre os adultos era de 2%, a cocaína/Crack (0,3%), o mandrax/sedativos (0,3%), estimulantes/anfetamina (0,2%), os opiáceos (0,1%), e alucinogénios (0,1%); Em consequência do seu consumo no período em estudo, foram admitidos nos Centros de Tratamento devido à liamba (cannabis) 16,9%, à anfetamina 12,8%, cocaína/crack 9,6%, associação da liamba e mandrax 3,4%, heroína/opiáceos 9,2%, e as drogas com receita médica e medicamentos isentos de prescrição 2,6%. Trabalhos de pesquisa mais recentes revelaram também o aumento substancial de admissões para tratamento de consumidores nesses mesmos países.

Embora a prevalência de uso de drogas ilícitas nesses estudos pareça relativamente baixo em comparação com os Países Desenvolvidos, chama atenção de que as políticas de prevenção e de intervenção devem ser projectadas visando particularmente as populações de maior risco.

Em Angola, segundo os dados do Comité Interministerial de Luta Anti-Droga (CILAD), a liamba (cannabis sativa), droga ilícita proibida por Lei, porém produzida em muitas regiões, é a mais consumida no nosso País. A cocaína, assim como outras das drogas ilícitas são igualmente muito consumidas no nosso seio.

A mesma fonte refere ainda que os actuais níveis de consumo de drogas ilícitas incluindo as psicotrópicas são preocupantes, devido ao número elevado de consumidores jovens (12 a 33 anos) idades com grande impacto no processo de reconstrução e desenvolvimento do País.

Ainda com relação ao panorama do uso das drogas ilícitas em Angola, as acções de combate ao fenómeno constam no Decreto Presidencial n.º 236/12, coordenadas pelo Comité Interministerial de Luta Anti-Droga e Toxicoddependência vinculado ao Ministério da Justiça e Direitos Humanos que tem como principal responsabilidade definir políticas de luta anti-droga no período de 2013-2017.

Sob a Resolução n.º 13/01 de 21 de Setembro, neste Comité faz parte de entre muitos outros sectores, o Ministério da Saúde, sendo que a sua prestação consta na definição dos termos do n.º 1 do artigo 1.º do mesmo Diploma, colocando assim mais um desafio a este sector que é o ponto de intersecção de todos os outros intervenientes na luta anti-droga.

Neste contexto e em termos de distribuição das responsabilidades do âmbito intersectorial de luta anti-droga, o Ministério da Saúde assume de modo articulado na prevenção, tratamento, reabilitação dos consumidores, como um problema de saúde pública e não apenas criminal.

Na abordagem de luta anti-droga há a considerar que muitas drogas ilícitas usadas de forma abusiva com consequências negativas na saúde dos seus consumidores há uma grande variedade de substâncias psicoativas presentes em todas as classes farmacológicas tais como: sedativos, estimulantes, alucinogénios utilizados em medicina. Desses incluem algumas formas de cocaína, a diamorfina, as anfetaminas, a metanfetaminas, os opiáceos, os barbitúricos, a ketamina e muitos outros quer sejam naturais ou sintéticos.

Fazendo uma incursão na história remota de utilidade médica de drogas ilícitas por uso abusivo, encontramos que muitas delas são de prescrição médica até os tempos actuais, desde que seja observada a indicação de doses compatíveis ao funcionamento normal do organismo humano quando usadas para o alívio de uma condição que afecta a saúde ou para efeitos de tratamento de doenças específicas.

A utilização dessas drogas como fármacos na medicina, constitui um tópico muito discutido, pondo-se frequentemente em dúvida o seu potencial em benefício à saúde humana se forem usados fora de um ambiente controlado.

Reafirmamos que o abuso e a dependência às drogas ilícitas é um problema de saúde pública que implica consequências sociais e na saúde dos indivíduos, incluindo questões que afectam às sociedades tais como; o aumento da criminalidade, a violência, as infecções por VIH, por Virus de Hepatite B, acidentes de viação e outros factores associados.

A dependência começa com o uso abusivo quando o consumidor faz uma escolha “consciente” de usar drogas, mas a dependência não é apenas "o uso de grande quantidade de drogas".

Estudos científicos demonstram que as drogas psicoactivas não somente interferem com o funcionamento do cérebro criando sensações de prazer, mas também tem efeitos a longo-prazo no metabolismo do mesmo, e em determinado momento, as mudanças que ocorrem no cérebro podem transformar o abuso em dependência que dependendo da toxicidade da substância, da via de administração, a dose utilizada e a rapidez com que é introduzida no organismo, interfere diretamente no risco de complicações agudas em diversos graus, variando desde quadros clínicos de ansiedade leve, até a *overdoses* com evolução para o óbito.

Sabe-se ainda que o seu uso prolongado provoca lesões em órgãos vitais danificando-os em doenças reversíveis do Sistema Nervoso Central, e de outros órgãos, sendo os mais afectados os dos sistemas pulmonar, cárdio-circulatório, gastrointestinal e ainda a saúde reprodutiva como a síndrome de abstinência neonatal. Estes danos requerem frequentemente intervenção médica de alta complexidade, o que implica que a sua abordagem assistencial é de responsabilidade exclusiva do Ministério da Saúde.

Há outros danos como a toxicodependência que é tratável com Terapias comportamentais que requerem abordagens multidisciplinares e intersectoriais. As terapias comportamentais podem ajudar a envolver as pessoas no tratamento do abuso de drogas, fornecendo incentivos para que eles se mantêm abstinentes, modificar suas atitudes e comportamentos relacionados ao abuso, aumentando suas habilidades de vida para lidar com situações estressantes que podem desencadear o desejo intenso de consumo drogas.

Para o efeito, estão uma série de terapias comportamentais eficazes no tratamento de abuso de substâncias psicoactivas. Dessas terapias mencionamos às aplicadas aos dependentes do álcool e as drogas psicoactivas, sendo das mais recomendadas citamos as que se aplicam às mudanças cognitivas ligadas ao comportamento, à motivação as abordagens do comunitário e familiar.

Tendo em consideração que já existem directrizes nacionais sobre a abordagem integrada e intersectorial de luta contra as drogas coordenada pelo Comité Interministerial de Luta Anti-Droga CILAD, visando o alcance de metas que conduzam à abstinência.

Dentro das políticas já estabelecidas, o Ministério da Saúde contribuirá participando activamente nos programas de promoção dos estilos de vida saudáveis, educação em saúde, tratamento de alta complexidade dentro das estratégias complementares e não concorrentes.

Estratégias operacionais

1. Integração do subcomité da Saúde de luta anti-droga no CILAD;
2. Elaboração dos Termos de Referência sobre a definição dos problemas de saúde resultantes do uso abusivo de drogas ilícitas baseando-se em evidências clínicas e terapêuticas;
3. Integração das estratégias de prevenção, tratamento e reabilitação no Plano Nacional Estratégico Multisectorial do CILAD, incluindo as intervenções específicas do Ministério da Saúde;
4. Integração de conteúdos, técnicas de comunicação nos planos de Campanhas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) contra os factores de risco e consequências do uso abusivo de drogas sobre a saúde;
5. Integração da abordagem assistencial dos doentes consumidores de drogas na rede dos Cuidados Primários de Saúde e nas intervenções terapêuticas de alta complexidade,
6. Integração das acções complementares de assistência psico-social nos serviços de assistência à Saúde Mental;
7. Integração dos Agentes Comunitários de Saúde, na promoção de cuidados do nível comunitário, para redução de danos;
8. Advocacia para a criação de legislação e políticas intersectoriais de regulação do consumo de drogas.

Metas

1. Até 2014, institucionalizar o Subcomité da Saúde de luta Anti-droga no INALUD;
2. Até 2014, integrar as estratégias e as acções complementares do Ministério da Saúde no Plano Estratégico Nacional Multisectorial do INALUD;
3. A partir de 2015, elaborar e fazer aprovar os Termos de referência do documento sobre a definição dos problemas médicos resultantes das consequências do uso abusivo de drogas;
4. A partir de 2015, elaborar e fazer aprovar os documentos sobre directrizes, protocolos, normas, materiais de IEC, manuais de formação e guiões de orientação do Ministério da Saúde de apoio às acções intersectoriais do INALUD;
5. Até 2015, concluir, apresentar e fazer aprovar o documento de estratégias de integração da abordagem assistencial dos doentes consumidores de drogas na rede dos Cuidados Primários de Saúde e nas intervenções terapêuticas de alta complexidade;

6. Até 2016, participar na avaliação do processo de implementação do Plano Estratégico Multisectorial para a prevenção e controlo dos factores de risco sobre a saúde associados ao consumo abusivo às drogas;
7. Até 2017, participar na re-planificação das actividades do INALUD, 2017-2025.

Actividades e intervenções

1. Elaborar o documento de definição das responsabilidades do Subcomité de saúde de luta contra as drogas integrado no CILAD;
2. Fazer um levantamento sobre os problemas de saúde mais frequentes nos consumidores de drogas no nosso País e elaborar o ToR/Vadmecum/Compêndio de orientação;
3. Elaborar um protocolo de colaboração com CILAD nas áreas de responsabilidade específica do Ministério da Saúde (Ex. terapias de alta complexidade, Saúde Mental);
4. Elaborar conteúdos específicos de saúde, de apoio às campanhas de Informação, Educação e Comunicação promovidas e realizadas pelo CILAD;
5. Promover campanhas de informação específicas que proporcionem os ganhos de qualidade de vida saudáveis, direccionadas aos consumidores, famílias e comunidades;
6. Formar recursos humanos na perspectiva multi-profissional de apoio à rede de assistência dos Cuidados Primários de Saúde, incluindo os Agentes comunitário de saúde;
7. Capacitar recursos humanos específicos para o manuseio de casos de consumidores que necessitem de terapias de alta complexidade;
8. Elaborar normas, protocolos, directrizes específicas, manuais de formação de apoio à assistência psico-social no âmbito de assistência à Saúde Mental;
9. Elaborar e incluir indicadores de avaliação das intervenções de saúde, no Plano Estratégico Interministerial do CILAD;
10. Elaborar conteúdos de saúde de carácter jurídico a integrar na Legislação anti-droga.

Resultados esperados

1. Documento da definição das responsabilidades do Subcomité da Saúde aprovado e divulgado;
2. Documento dos ToR/Vadmecun/compêndio de referência aprovado e publicado;
3. Protocolo de colaboração para as terapias de alta complexidade aprovado e assinado;
4. Conteúdos de apoio às campanhas aprovadas e integrados;

5. Campanhas específicas de promoção de estilos de vida saudáveis implementadas;
6. Documento de estratégia da integração de assistência nos Cuidados Primários de Saúde aos consumidores de drogas;
7. Directrizes, normas, protocolos de abordagem à assistência dos doentes consumidores de drogas elaborados, aprovados;
8. Conteúdos e manuais de apoio à capacitação específica de recursos humanos, elaborados, aprovados;
9. Directrizes, normas, protocolos de apoio aos profissionais de saúde na abordagem às terapias de alta complexidade elaborados, aprovados e implementados;
10. Lista de indicadores de avaliação elaborados e incluídos no Plano do CILAD;
11. Conteúdos jurídicos sobre saúde elaborados e incluídos na legislação anti-droga.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de Execução: Departamento de Promoção em Saúde/DNSP; INALUD;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: INLS, Programa Nacional de Doenças Crónicas e não Transmissíveis, Programa Nacional de Saúde Mental, Agentes Comunitários de Saúde; Gabinete Jurídico; Direcções Provinciais de Saúde, Repartições Municipais de Saúde;
3. Parceiros nacionais: Ministério da Comunicação Social, Comissão Nacional de Jornalistas, Ministério da Educação, Ministério da Família e Promoção da Mulher, Ministério do Interior, Ministério da Justiça, Ministério da Juventude e Desportos, Ministério do Comércio, Ministério da Indústria, Ministério da Assistência e Reinserção Social, Ministério da Administração Pública, Trabalho e Segurança Social, Associações Profissionais de Saúde, Conselho das Igrejas Cristãs em Angola, Comunidades, Consumidores de drogas, Grupos Teatrais;
4. Parceiros internacionais: OMS, UNICEF, FNUAP, PNUD.

Indicadores de avaliação

1. O documento das responsabilidades do Subcomité da Saúde previsto/aprovado;
2. O documento dos ToR/Vadmecun/Compêndio previsto/aprovado;
3. Protocolo com CILAD previsto/aprovado;

4. N.º de conteúdos previstos/N.º conteúdos elaborados e aprovados;
5. N.º de Protocolos, normas, directrizes previstas/n.º de doc. Elaborados e aprovados;
6. N.º de campanhas de IEC estilos de Vida Saudáveis/N.º de Campanhas realizadas;
7. N.º de Manuais de capacitação planificados/N.º manuais elaborados e aprovados;
8. N.º de cursos de Formação planificados/ N.º de formações realizadas;
9. Lista de indicadores previstos/ indicadores aprovados;
10. Conteúdos jurídicos de saúde, previstos/conteúdos elaborados, aprovados e integrados.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Actas de reuniões de trabalho e relatórios sobre elaboração de documentos;
2. Relatórios do grau de implementação das actividades integradas no CILAD;
3. Relatórios do grau de cumprimento das campanhas de IEC na *média* e na comunidade;
4. Relatórios de actividades mensais, trimestrais, semestrais e anuais do Plano Estratégico Nacional de Luta Anti-droga do CILAD.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Combate às Drogas consta no Programa do Governo 2012-2017;
2. Existência do Decreto Presidencial n.º 236/12, coordenadas pelo Comité Interministerial de Luta Anti-Droga e Toxicoddependência vinculado ao Ministério da Justiça e Direitos Humanos;
3. Existência de Associações e Iniciativas da sociedade civil de luta anti-droga;
4. Resoluções da OMS que orientam as estratégias e acções globais de combate dos efeitos nocivos das drogas nos países membros.

Pontos fracos

1. Acesso às drogas;
2. Envolvimento directo de jovens no tráfico de drogas;
3. Desemprego;
4. Vulnerabilidade e pobreza dos jovens e suas famílias;
5. Mudanças rápidas de estilos de vida e de padrões de consumo;
6. Estigma social sobre pessoas com toxicoddependentes.

Condicionantes ambientais

1. Conflito de interesses económicos com provedores;
2. Fraca percepção dos riscos pelos consumidores.

Pesquisa operacional

1. Pesquisa CAP para avaliação do impacto das mensagens disseminadas à população.

Projecto 25 *Informação, Educação e Comunicação para Saúde*

Situação actual

O conceito de IEC (Informação, Educação e Comunicação) foi desenvolvido e usado principalmente pelos planificadores em saúde na década de 60. Inicialmente IEC foi aplicado no campo da Saúde Reprodutiva e do Planeamento Familiar, visando criar demanda, orientar os prestadores e utilizadores desses serviços.

Naquela época, o objectivo inicial de IEC foi de reduzir o fosso que existia entre os níveis de "conhecimento" sobre os benefícios do Planeamento Familiar, comparativamente a baixa "prática" na utilização dos serviços existentes.

Fazendo jus que o uso combinado de *educação e informação* (baseada no conhecimento), e (actividades baseadas na comunicação e motivação), IEC resolveria o problema uma vez que estaria voltada para a mudança de comportamento e de atitude com relação ao uso dos Serviços e posteriormente na alteração de algumas normas sociais com relação às questões de saúde.

Posteriormente ficou demonstrado que IEC não funciona apenas na criação de demanda de serviços, mas também na melhoria da qualidade dos serviços, assim como serve de instrumento de advocacia que visa obter o apoio das comunidades, o compromisso político, a percepção do público sobre a utilidade dos serviços e ainda na avaliação das razões que levam a diminuição da demanda e da desistência dos serviços. Por essa razão, actualmente IEC passou a ser aplicado aos outros sectores de população de forma mais abrangente.

Aplicando o conceito de IEC na prática mostra-nos que é um componente obrigatório de qualquer programa Nacional. Visa alcançar comportamento e atitudes mensuráveis entre grupos alvo específicos; IEC faz-se com base nas necessidades bem definidas e bem pesquisadas dos grupos alvo; IEC exige intervenções planificadas e multiculturais que combinam a informação, os processos educacional e a motivação; IEC precisa ser bem sincronizado e articulado com a prestação de serviços e fornecimento produtos relevantes para o grupo alvo; IEC requer habilidades, técnicas e métodos de várias disciplinas, tais como: informação, relações públicas; psicologia e linguística aplicada; pesquisa de audiências para a comunicação de massa; artes multimédia; educação não formal e educação de adultos; mobilização comunitária, publicidade e marketing; pesquisa de audiências; antropologia, sociologia e ciências políticas.

Em Angola, o uso de IEC como um dos métodos de trabalho na área de Promoção da Saúde monta de 2002 quando a OMS aprovou a estratégia de Promoção da Saúde para a Região Africana, a qual teve a participação activa de Angola na sua elaboração. Nesse ano, o Programa Nacional de Educação Para Saúde (PNEPS) criado em 1979, como principal estratégia dos Cuidados Primários de Saúde, mas muito verticalizado, foi transformado numa área transversal de Promoção da Saúde como Gabinete de apoio a todas as áreas prioritárias do sector da Saúde, em particular a Direcção Nacional de Saúde Pública.

Estruturalmente IEC se revê em todas as áreas do sector de saúde e outros sectores afins incluindo ONGs e Instituições Religiosas, onde este instrumento metodológico e estratégico de trabalho é aplicado, porém não existe nenhuma estrutura Nacional que zele pelo seu funcionamento coordenado.

Na prática IEC em Angola, granjeou ganhos incomensuráveis. Começando pelo Ministério da Saúde, o maior instrumento de IEC/Marketing Social em mobilização Social foi produzido em 1999 designado por “Estrelinha Kuia”, símbolo de vacinação de sucesso na actualidade quiçá em África.

Outro sim na área de produção de materiais de IEC coordenados pelo Departamento de Promoção da Saúde, destacamos os de apoio à mobilização social de resposta à epidemias que têm assolado o País: de 1999 a 2013 produziu-se mais de 2.000.000 de exemplares de materiais diversos de IEC de apoio às JNV; 2005 mais de 300.000 brochuras durante a epidemia de Marburg; em 2008 produziu-se mais de 600.000 exemplares de materiais de IEC incluindo material publicitário de apoio às actividades de mobilização social do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose; em 2011 mais de 700.000 folhetos sobre a Gripe H1N1, em 2013 a produção de 1.000.000 de folhetos de IEC contra Dengue, para além de spots de Rádio, TV e Jornais e outros materiais de outras áreas de saúde pública como VIH e SIDA e também formação de *Agentes de Mudança* “Agentes Comunitários de Saúde” incluindo jornalistas, ao nível sectorial e intersectorial (com um investimento de quase 2 milhões de dólares, relatório do GPS 2010) quer nas instituições nacionais como nas internacionais com o apoio financeiro do Governo, da OMS e do UNICEF. Reconhecemos que ao longo da nossa experiência de trabalho com IEC não foram tão eficazes as nossas intervenções porque não tivemos muito em conta as pesquisas de audiência, a segmentação da população alvo, a planificação participativa. Em parte porque fomos sendo pressionados pelas situações de emergência, por outro devido à deficiência de actividades de IEC de rotina estruturadas e coordenadas.

Neste âmbito o Ministério da Saúde colabora com os seguintes Ministérios:

Ministério da Educação: desde os anos 90 que através do Programa de Saúde Escolar, a Direcção Nacional de Saúde Pública trabalha com o INIDE na introdução de matérias relacionadas com os Cuidados Primários de Saúde nos curriculum escolares. Exemplos mais recentes é a inclusão de conteúdos sobre IEC/VIH/SIDA e Malária nos materiais didácticos do 1º Nível de Ensino e nos módulos de alfabetização respectivamente e também na produção do Manual de Educação Nutricional para as escolas.

Ministério da Comunicação Social: há a realçar o apoio incondicional de todos os tempos na veiculação dos materiais de IEC, incluindo as iniciativas de carácter institucional (mascote Jejê) e a existência de programas (incluindo em línguas Nacionais da rádio) específicos de TV e de Rádio dirigidos às questões de Saúde embora não coordenados técnica e metodologicamente pelo Ministério da Saúde.

Ministério da Família e Promoção da Mulher: existe uma colaboração activa e de sucesso na área de IEC no que toca à educação das famílias num Projecto conjunto de cobertura Nacional com o Ministério da Saúde apoiado pelo UNICEF. Desta cooperação foram produzidos mais de 15.000 manuais designados “Receita da Felicidade” sobre as práticas essenciais de saúde nas famílias. E muito recentemente a abordagem da Saúde na questão da violência contra a mulher.

Ministério de Agricultura: existe uma cooperação activa particularmente durante as epidemias de origem zoonótica em que se faz um trabalho conjunto incluindo a produção de materiais de IEC.

Este Ministério desenvolve também programas de extensão rural onde estão incluídos conteúdos de IEC para saúde das populações com relação às doenças transmitidas pelos animais.

Ministério do Ambiente: dispõe de vários Institutos com programas integrantes de IEC ligada à Saúde e Ambiente, de goza de apoio de muitas ONGs que trabalham na área de ambiente incluindo as questões de Saúde muitas delas de cariz social forte e sustentável, como é o caso da “Juventude Ecológica” (Conferência Africana sobre Saúde e Ambiente, 2010).

Ministério da Juventude e Desporto: através do Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e outras Organizações Juvenis activas que têm desenvolvido iniciativas de IEC na área de Saúde Reprodutiva e prevenção das ITS, particularmente na prevenção de gravidezes indesejadas na adolescência, ITS/VIH/SIDA, as questões de violência, do gênero e das drogas incluindo o álcool e o tabagismo.

Ministério do Interior: realiza um trabalho conjunto com o Ministério da Saúde desde 2009 sobre a Segurança Rodoviária, no qual estão incluídas matérias sobre a prevenção de traumas em que IEC é a componente principal, assim como desenvolve actividade de Informação e de Educação com audiência específica de crianças de um determinado grupo etário e as campanhas de “media”.

Pela sua importância no processo de ensino aprendizagem temos como referência o papel das *Universidades com Institutos Superiores de Ciências de Saúde e Ambiente, cursos de Medicina e das Escolas Técnicas de Saúde*, estão incluídos disciplinas de Promoção de Saúde sendo a componente IEC é que domina os conteúdos programáticos.

No que se refere a Informação, Educação e mobilização comunitárias, as ONGs e as Instituições Religiosas assumem a liderança na cobertura das actividades de IEC ao nível Nacional, com apoio dos “Agentes Comunitários de Saúde”. Reconhecemos os ganhos em matéria de implementação das actividades de IEC neste sentido porém, não há um controlo técnico nem metodológico por parte do Departamento de Promoção da Saúde.

Em conclusão, IEC em Saúde, é um instrumento de trabalho e um método estratégico que tem como objectivo principal ajudar as instituições que lidam directa ou indirectamente com a população contribuírem na promoção dos factores determinantes da saúde tendo como base as necessidades das audiências ou dos grupos alvo através de estudos operacionais sistemáticos. Tendo em conta as prioridades expressas no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012-2025, neste Projecto almejamos integrar as acções de IEC em todas as actividades de carácter social, económico, cultural, político que tenham como principal foco a população.

Neste contexto, a visão neste Projecto é de fazer uma abordagem das etapas do ciclo de vida da pessoa ou de grupos populacionais tendo em conta o seu grupo etário, os factores determinantes de saúde em cada etapa do ciclo de vida, assim como as instituições e entidades influentes que intervêm na criação de ambientes favoráveis à sua saúde.

Estratégias operacionais

1. Criação de uma Estrutura de Coordenação das actividades de IEC em Saúde em Angola;
2. Criação de uma Unidade de Pesquisa Sistemática de audiências de grupos alvo de IEC e de Produção e Documentação de Materiais de IEC em Saúde;
3. Inserção de IEC/Saúde, em programas, planos, projectos de intervenções em todas as Instituições Público-Privadas, organizações filantrópicas e as de base Comunitária;
4. Indicação de um Ponto Focal de IEC em todas as instituições públicas, privadas e parceiros de base comunitária;
5. Criação em cada Unidade Sanitária um Serviço de IEC e Aconselhamento em Saúde;
6. Inclusão de IEC/Saúde/Ciclo de Vida nos Curricula dos diferentes Níveis de Ensino, incluindo o ensino superior;
7. Criação de um Fórum de Informação Pública Periódica em saúde;
8. Inclusão nas Instituições de Educação não formal, os conteúdos de Educação para Saúde;
9. Promoção de Redes de Comunicação Tradicional;
10. Inclusão de Tecnologias de Informação nos Projectos de IEC em Saúde;
11. Institucionalização de Feiras de Saúde de carácter Nacional;
12. Envolvimento de parcerias público-privadas na distribuição da logística (materiais) de IEC ao nível Nacional.

Metas

1. Até 2014, fazer o levantamento da capacidade nacional para a implementação abrangente das actividades de IEC;
2. Até 2014, realizar o Fórum Nacional sobre abordagens em IEC e estruturas de implementação;
3. A partir de 2014, todos os Municípios deverão desenvolver acções IEC;
4. A partir de 2014, capacitar as estruturas de base comunitária para o suporte às redes comunitárias de IEC;
5. Até 2015, realizar a primeira pesquisa de audiências e segmentação dos grupos alvo de intervenções em IEC;
6. Até 2015, elaborar a Estratégia Nacional Integrada de IEC;

7. Até 2016, dar início a capacitação institucional faseada para o processo de inclusão de IEC nos Planos, Programas e Projectos das Instituições;
8. Até 2017 e 2025, pelo menos 30% e 90% das instituições visadas já tenham incluído e implementado acções de IEC nas suas intervenções.

Actividades e intervenções

1. Identificar uma estrutura de coordenação do Projecto de IEC no País;
2. Elaborar Termos de Referência para a estrutura de coordenação do projecto de IEC;
3. Identificar Instituições especializadas para a realização de pesquisas sistemáticas de audiências em IEC;
4. Elaborar um Plano Nacional de Produção de Materiais de IEC;
5. Incluir a documentação de IEC no Centro de Documentação do MINSA, nas bibliotecas convencionais e virtuais já existentes;
6. Adoptar a Política Nacional de IEC;
7. Legislar e Regulamentar a institucionalização de IEC;
8. Elaborar os Termos de Referência para os Pontos Focais de IEC em cada instituição;
9. Elaborar conteúdos de IEC a serem incluídos nos currícula dos diferentes níveis do Ensino Geral, Institutos, Escolas de Saúde, Universidades, e outras;
10. Elaborar Manuais de formação, normas, protocolos, de apoio às actividades de IEC nas instituições assim como indicadores de monitorização e avaliação;
11. Criar um Fórum de Jornalistas, Editores e outros Profissionais de Comunicação para divulgação pública regular de Informação em Saúde;
12. Identificar empresas especializadas para realizar projectos de marketing dos produtos e serviços de prestação de cuidados de saúde;
13. Capacitar as estruturas de base comunitária para o suporte às redes comunitárias de IEC;
14. Realizar o Fórum Nacional sobre abordagens em IEC e estruturas de implementação;
15. Elaborar léxicos em português e Línguas nacionais de apoio às redes comunitárias de IEC;
16. Capacitar grupos de teatro de referência comunitária sobre os conteúdos básicos de IEC;
17. Elaborar projectos específicos e produzir materiais de IEC, adaptados à população iletrada, rural e reclusa;

18. Identificar capacidades locais de reprodução de matérias de IEC;
19. Identificar empresas público-privadas para o transporte e distribuição de materiais de IEC da Unidade de Produção para o nível local.

Resultados esperados

1. Levantamento das capacidades nacionais realizado;
2. Fórum Nacional de IEC realizado;
3. Primeira Pesquisa de Audiências e segmentação da População alvo realizada;
4. Estratégia Nacional Integrada realizada;
5. Capacitação Institucional faseada para inclusão de IEC realizada;
6. Estrutura de coordenação identificada e funcional;
7. Instituição especializada em pesquisa de audiências identificada e funcional;
8. Plano Nacional de Produção de materiais elaborado e implementado;
9. Centro de documentação de IEC incluído no do MINSA e Bibliotecas;
10. Política Nacional de IEC elaborada e aprovada;
11. Institucionalização de IEC legislado e regulamentado;
12. Termos de Referencia dos Pontos focais de IEC aprovados;
13. Conteúdos de IEC incluídos nos Curricula de ensino;
14. Manuais, normas e indicadores de monitorização elaborados e aplicados;
15. Fórum de Jornalistas para informação pública regulamentado e funcional;
16. Empresas de Marketing em Saúde, funcionais;
17. Projectos “uso de tecnologias de informação” funcionais;
18. Redes comunitárias de IEC estabelecidos;
19. Grupos de Teatro comunitário capacitados e funcionais;
20. Materiais de IEC para grupos específicos produzidos e distribuídos;
21. Transporte e distribuição da logística de IEC feito regularmente.

Organismos e Instituições Responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Departamento de Promoção para a Saúde / DNSP;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Unidades sanitárias; programas e projectos nacionais de Saúde Pública;

3. Parceiros a nível Nacional: DPS, RMS, Ministério da Educação, Ministério da Família e Promoção da Mulher, Ministério da Comunicação Social, Ministério do Interior, Ministério da Justiça; Ministério da Juventude e Desportos, MINARS, Ministério da Defesa Nacional, Igrejas, ONGs, OBFs, Associações de Jovens, Ministério do Comércio, Ministério do Ambiente, Ministério da Indústria, Ministério do Urbanismo, Ministério da Agricultura, Pescas e Desenvolvimento Rural; Ministério dos Petróleos; Universidades, comunidade, Comissão Nacional de Jornalistas, ordens e associações profissionais de saúde e Rede Nacional de Crenças para a Promoção da saúde (CICA);
4. Parceiros internacionais: OMS; UNFPA, UNICEF, USAID, Banco Mundial, PNUD.

Indicadores de avaliação

1. Número de reuniões realizadas;
2. Número de documentos produzidos;
3. Existência da legislação regulamentada;
4. Existência do documento da Estratégia;
5. Existência do documento de Política;
6. Existência do Plano de Produção de Materiais;
7. Existência de Manuais, Normas, Indicadores;
8. Percentagem das instituições visadas que já tenham incluído IEC nas suas intervenções;
9. Percentagem das instituições que tenham incluído e implementado acções de IEC nas suas actividades;
10. Número de curriculum de ensino com conteúdos de IEC;
11. Número de capacitações institucionais realizadas sobre IEC.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios;
2. Indicadores de monitorização;
3. Relatórios de avaliação regular da implementação dos Planos.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. IEC é prioridade da Política Nacional de Saúde;
2. Existência do Departamento de Promoção da Saúde com experiência de trabalho em IEC;
3. Experiência ensina-nos que IEC funciona quando correctamente aplicada;
4. A Parceria com a “media” ajuda-nos a colocar os assuntos de Saúde na agenda Pública de abrangente através de IEC;
5. Existência de práticas e politicas liderado pelo Ministério do Ambiente sobre saneamento total liderado pela comunidade;
6. Parceria com diversos ministérios em questões relacionadas com IEC.

Pontos fracos

1. Não entendimento dos princípios aplicados no desenvolvimento e implementação de IEC;
2. IEC frequentemente é percebido como uso “ad hoc” de mass media e produção de materiais gráficos, esquecendo os estudos de audiência e segmentação da população;
3. Os grupos alvo são vistos como público em geral;
4. A formação específica do pessoal é esporádico, exemplo apenas nas campanhas;
5. A maior parte das mensagens são desenvolvidas centralmente;
6. Nem sempre as campanhas de IEC são acompanhadas de serviços de saúde disponíveis;
7. Barreiras que forem encontradas no sucesso de IEC traduz-se na criação de falsas expectativas.

Condicionantes ambientais

1. A pobre percepção dos benefícios de IEC pelas Instituições;
2. IEC pode não ser prioridade para muitas instituições.

Pesquisa operacional

1. Pesquisa das audiências;
2. Realização de estudos CAP;
3. Estudo sobre iniciativas de IEC;

4. Estudo sobre a capacidade Nacional para a implementação abrangente das actividades de IEC.

Projecto 26: Saúde Escolar

Situação actual

A maior parte dos problemas de saúde e de comportamentos de risco, associados ao ambiente e aos estilos de vida, pode ser prevenida ou significativamente reduzida através de Programas de Saúde Escolar efectivos. A efectividade e sustentabilidade das intervenções de saúde escolar dependem da integração da promoção da saúde no currículo das escolas.

O Programa de Saúde Escolar desenvolve-se prioritariamente nos estabelecimentos de educação e ensino do Ministério da Educação, nas instituições particulares de solidariedade social, bem como noutros estabelecimentos cuja população seja considerada vulnerável ou de risco e tem como finalidade a contribuição para a promoção e protecção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo das crianças e dos jovens escolarizados, devendo as suas actividades estarem orientadas para dar resposta a quatro áreas prioritárias a saber: (1) Saúde individual e colectiva; (2) Inclusão Escolar; (3) Ambiente Escolar; e (4) Promoção de estilos de vida saudáveis.

O Programa Nacional de Saúde Escolar foi iniciado em 1987 com o objectivo principal de contribuir para a consciencialização de professores sobre os valores da educação da saúde para o bom desenvolvimento da criança, capacitando-os no domínio de técnicas simples de prevenção e promoção da saúde.

Para que a saúde escolar fosse sistematizada, procedeu-se à elaboração de um Manual que tem sido utilizado até à presente data e constitui a base de ensinamento dos professores, pois contém os princípios básicos para a educação da saúde, integrando os seguintes temas:

- Técnicas e meios de comunicação
- O que é a Saúde- Saúde e Doença
- Conceito holístico de saúde
- A Escola Promotora de Saúde
- O Professor e a Promoção da Saúde
- Higiene e Saneamento
- A Água
- Diarreia
- O Paludismo e o Mosquito
- Vacinação
- Tose Convulsa
- Sarampo
- Noções sobre Alimentação e Nutrição
- Bilharziose
- Sarna
- Tinha
- Piolhos
- Higiene Buço-Oral
- SIDA
- Prevenção dos Acidentes Rodoviários
- Instrução aos Professores sobre problemas da visão e audição
- A Postura

- Fadiga e Repouso
- O Exercício Físico

Entre 1994 a 1996, com apoio da OMS e UNICEF, foram capacitados cerca de 200 professores das Províncias do Bengo, Benguela, Huíla, K.Sul, Luanda, Nambe, Malanje e Huambo e formadas equipas provinciais constituídas por dois elementos do MED e um do MINSA.

Ainda no ano de 1994, os Ministérios da Saúde e da Educação firmaram um Protocolo de Cooperação no âmbito da saúde escolar, onde foram delineados os objectivos, as estratégias e as áreas de acção para uma colaboração inter-sectorial que visava a mobilização de esforços comunitários para a constituição de projectos de desenvolvimento integrados, sendo implementadores por parte do Ministério da Educação, a Direcção Nacional de Acção Social Escolar (DNASE) e por parte do Ministério da Saúde a Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP).

Com o fim do apoio financeiro da UNICEF e da OMS, os dois Ministérios passaram apenas a realizar acções esporádicas e não estruturadas para a materialização do Protocolo com recurso aos fundos do OGE, quando disponíveis, que se tem limitado à vacinação, palestras em algumas dActas e desparasitação nas escolas. Contudo, existe uma boa relação entre os dois sectores e um ambiente favorável de trabalho no campo da saúde escolar.

Não obstante a isso, nota-se uma fraca colaboração e articulação inter-sectorial agravada pela ausência de legislação que defina de forma clara o reitor da Saúde Escolar bem como as responsabilidades, atribuições e actividades a serem desenvolvidas pelos dois Ministérios chave (MED/MINSA) a todos os níveis de execução (Nacional, Provincial e Municipal).

Relativamente às normas ou instrumentos legais sente-se a necessidade da produção de instrumentos que definam a política e a estratégia para a saúde escolar em Angola. O Protocolo de Cooperação assinado em 1994, carece já de actualização, o qual pensamos que deveria assumir, salvo melhor opinião, o carácter de um Decreto/Despacho Conjunto (MINSA/MED), que contenha a política e as estratégias da saúde escolar (PNSE), com os consequentes regulamentos.

Para além do Protocolo acima referido, existem os seguintes instrumentos sectoriais para apoiar a saúde escolar (i) Plano de Acção de Saúde Escolar elaborado pela DNASE; (ii) Orientações Metodológicas para as Escolas elaboradas pela DNASE; (iii) Manual de Formação de Professores; (iv) Educar para a Saúde – Proposta de desenvolvimento de um Programa para a Saúde Escolar (Agosto 2013- DNASE).

A Organização Mundial da Saúde recomenda que “As políticas e programas escolares devem enfatizar a adopção da alimentação saudável e actividade física. Incentivam-se as escolas a proporcionar aos alunos educação física diária e elas devem ter instalações e equipamentos adequados. Estimulam-se os governos a adoptar políticas que enfatizem a alimentação saudável na escola e restrinjam a disponibilidade de produtos ricos em sal, açúcar e gorduras.”

Modelo de Política Escolar, implementação da Estratégia Global da OMS para Alimentação, Actividade Física e Saúde. OMS 2008

Segundo ainda a OMS uma escola promotora de saúde deve:

- Proporcionar espaços limpos, seguros e atraentes;
- Dispor de um curriculum de educação para a saúde;
- Estimular a participação dos alunos na definição dos programas e medidas da escola relacionadas com a saúde;
- Envolver famílias como parceiros na vida da escola;
- Promover e participar em programas de âmbito comunitário;
- Conhecer os diferentes padrões culturais dos alunos e respectivas famílias, valorizando-os;
- Estabelecer relações entre o que é ensinado e o dia-a-dia dos alunos;
- Os professores devem assumir-se como modelos em termos de hábitos saudáveis.

Tendo em consideração o que atrás foi descrito, conclui-se que o Programa de Saúde Escolar existe desde os anos 90, tanto a nível do MINSa como no MED embora com funcionamento irregular e débil, pelo que parece carecer somente de relançamento, apoiado em instrumentos legais. O PNDS preconiza o desenvolvimento de um Projecto de Saúde Escolar sustentável, assente em instrumentos legais que orientem a sua plena implementação e interligação entre os dois ministérios chave (MINSa/MED).

Estratégias operacionais

1. Elaboração da Política Nacional de Saúde Escolar considerando as seguintes esferas de actuação: (i) reconhecimento das escolas; (ii) currículo escolar; (iii) merenda escolar; (iv) espaço físico; (v) prevenção da doença e promoção da saúde para o pessoal da escola; (vi) serviços de saúde escolar;
2. Reactivação do Programa Nacional de Saúde Escolar;
3. Colaboração com a Associação dos Professores Angolanos, estudantes, pais e encarregados de educação;
4. Garantir recursos financeiros para a implementação do Programa;
5. Elaboração do Plano Estratégico de Saúde Escolar;
6. Mobilização do colectivo escolar para a promoção da saúde.

Metas

1. Até 2014, elaborar a Política Nacional de Saúde Escolar;
2. Até 2014, elaborar o Regulamento Sanitário Escolar;
3. Até 2015, ter elaborado o Plano Estratégico de Saúde Escolar;
4. Até 2015, ter reactivado o Programa Nacional de Saúde Escolar;
5. Até 2015, rever os manuais do professor no âmbito da saúde escolar;

6. Até 2015, que todas as Províncias tenham núcleos de formação de saúde escolar;
7. Até 2017 e 2025, que 60% e 100% das escolas do 1º e 2º ciclo tenham implementado o Programa de Saúde Escolar, respectivamente;
8. Até 2015, divulgar o instrumento legal para a padronização das infraestruturas escolares de cada nível;
9. Até 2025, que todas as infra-estruturas escolares estejam padronizadas;
10. A partir de 2015, fazer monitoria e avaliação do Programa de Saúde Escolar;
11. Até 2015, ter o colectivo escolar mobilizado para a promoção da saúde.

Actividades e Intervenções

1. Actualizar e harmonizar todos os instrumentos existentes;
2. Elaborar a Política Nacional de Saúde Escolar;
3. Elaborar o Regulamento Sanitário Escolar;
4. Elaborar a documentação para a reactivação do Programa de Saúde Escolar;
5. Elaborar o Plano Estratégico de Saúde Escolar;
6. Rever o manual do professor sobre a saúde escolar seguindo as recomendações da OMS e a estratégia do Executivo para a prevenção das doenças prioritárias e promoção da saúde;
7. Capacitar professores do ensino primário e secundário (1º e 2º ciclos) sobre o Programa de Saúde Escolar;
8. Criar núcleos provinciais de formação de saúde escolar;
9. Criar clínicas e equipas móveis escolares de atenção primária em todos os Municípios.

Resultados esperados

1. Política Nacional da Saúde Escolar elaborada e aprovada;
2. Regulamento Sanitário Escolar elaborado e implementado;
3. Programa de saúde escolar reactivado
4. Plano estratégico de saúde escolar elaborado e implementado;
5. Manual do Professor sobre a saúde escolar elaborado, implementado e disseminado;
6. Professores capacitados para o ensino dos conteúdos de saúde escolar;

7. Núcleos provinciais de formação de saúde escolar criados e em funcionamento;
8. Clínicas e equipas móveis escolares de atenção primária criadas em todos os Municípios.

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Direcção Nacional de Acção Social Escolar; Direcção Nacional de Saúde Pública; Direcção Nacional dos Serviços de Saúde;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Hospitais, Centros e Postos de Saúde, DPS, RMS; DPE; RME;
3. Parceiros a nível Nacional: Ministério da Comunicação Social, Ministério do Ambiente, Ministério da Energia e Águas, Ministério da Justiça; Ministério da Juventude e Desportos; Associação dos Professores de Angola; ONGs; Conselho Nacional da Criança, Conselho Nacional da Juventude, Associações de Jovens (escuteiros); Ministério da Administração do Território; Ministério da Defesa.
4. Parceiros internacionais: OMS, UNICEF, USAID, Banco Mundial, FNUAP.

Indicadores de avaliação

1. Política Nacional de Saúde Escolar elaborada;
2. Política Nacional de Saúde Escolar aprovada;
3. Programa Nacional de Saúde Escolar relançado;
4. Manual do professor elaborado;
5. Número de núcleos provinciais criados;
6. Número de escolas que implementaram o Programa Nacional de Saúde Escolar;
7. Número de escolas que cumpriram com o Programa Nacional de Saúde Escolar;
8. Número de visitas e equipas e/ou clínicas móveis às escolas que implementaram o Programa Nacional de Saúde Escolar.

Mecanismos de avaliação

1. Actas
2. Relatórios trimestrais e anuais das actividades de saúde escolar implementadas;
3. Visitas de supervisão semestrais às escolas que implementaram o Programa de Saúde Escolar.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Bom relacionamento entre os Ministérios da Educação e Saúde;
2. Existência de instrumentos para a saúde escolar;
3. Vontade política para colaboração interministerial para a execução do projecto;
4. Existência de ONG's Igrejas e de outros parceiros de implementação no País que trabalham na comunicação em saúde com habilidades e competências que devem se aproveitadas.

Pontos fracos

1. Inexistência de uma política Nacional de saúde escolar;
2. Escassez de recursos humanos qualificados em saúde escolar;
3. Falta de padronização das infraestruturas escolares.

Condicionantes ambientais

1. Insuficiência de Recursos financeiros;
2. Falta de espaços físicos adequados em algumas escolas para a implementação do programa;
3. Aspectos culturais e religiosos.

Pesquisa operacional

1. Estudo sobre as condições das infraestruturas escolares para a sua priorização visando a implementação da política Nacional de saúde escolar bem como as diferenças geográficas, demográficas e culturais.

Projecto 27: Monitorização dos factores ambientais implicantes na saúde humana

Situação Actual

Um ambiente limpo é essencial para a saúde e bem-estar das pessoas. No entanto, a interacção entre a saúde humana e o ambiente é complexa e difícil de avaliar, o que torna a utilização do princípio de protecção ambiental e de monitorização da qualidade ambiental e dos indicadores de saúde especialmente útil. Os factores ambientais que mais causam impactos negativos na saúde estão relacionados com a poluição atmosférica, a fraca qualidade da água e as condições sanitárias insuficientes.

Reconhecendo que o processo de desenvolvimento económico mundial está assente na industrialização e no desenvolvimento tecnológico, tendo aumentado o uso de substâncias químicas e radioactivas, torna-se cada vez mais importante monitorar e mitigar os efeitos destas substâncias perigosas no ambiente e na saúde humana.

Outros problemas ambientais e de saúde humana emergentes estão relacionados com o impacto das alterações climáticas na vida das populações, a destruição da camada de ozono estratosférico, a perda de biodiversidade e a degradação dos solos, sendo estes factores de risco ambiental tradicionais e emergentes para a saúde humana.

O País conta com instrumentos legais para a protecção ambiental que são importantes para garantir melhor saúde e hábitos e estilos de vida saudáveis, tais como:

- A Lei 5/98, de Bases do Ambiente, que determina o sistema gestão ambiental do País, o Decreto Presidencial 51/04, de 23 de Julho sobre Avaliação de Impacte Ambiental, que obriga as todas as iniciativas e actividades com impactos ambientais a avaliarem e mitigarem os impactes; o Decreto Presidencial 261/11 de 6 de Outubro sobre a Qualidade da Água, que determina as responsabilidades e os mecanismos de garantia da qualidade da água; o Decreto 196/12 de 30 de Agosto aprova o Plano Estratégico de Gestão de Resíduos Urbanos (PESGRU) e o Decreto n 190/12 de 24 de Agosto aprova o Regulamento sobre Gestão de Resíduos, que estabelecem as metas e os programas para melhoria da gestão de resíduos no País, e o Decreto Presidencial 194/11 de 07 de Julho, que aprova o Regulamento sobre Responsabilidade por Danos Ambientais, estabelecendo assim medidas sancionarias para os responsáveis de danos ambientais.

Ao mesmo tempo, a promoção da Educação Ambiental através do *Programa de Saneamento Total Liderado pelas Comunidades* e a implementação do *Programa de Educação e Consciencialização Ambiental* são

mecanismos importantes de promoção de hábitos de higiene, de saneamento e de gestão de resíduos que visam contribuir para a melhoria dos indicadores da saúde da população.

Em 2010 realizou-se a II Conferência Interministerial sobre Saúde e Ambiente em Luanda tendo os Ministros da Saúde e os Ministros do Ambiente de África recomendado as seguintes acções: (1) criar uma Aliança Estratégica entre Saúde e o Ambiente, que servira de base para planos de acção concertados; e (2) acelerar a implementação da Declaração de Libreville integrando a relação de Saúde e Ambiente nas Políticas, Estratégias, Regulamentação e Planos de Desenvolvimento Nacionais e Regionais, de modo a valorizar e utilizar com eficácia as ligações entre a Saúde e o Ambiente na protecção e promoção da saúde pública e da integridade dos ecossistemas, tendo em vista a consecução dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

Estratégias operacionais

1. Reforço da Aliança Estratégica da Saúde e Ambiente para Implementação da Declaração de Libreville;
2. Desenvolvimento do Plano Nacional de Acção Conjunta sobre Saúde e Ambiente;
3. Estabelecimento dos sistemas integrados de vigilância ambiental e sanitária;
4. Reforço dos serviços nacionais de laboratório para apoiarem a investigação das interligações entre saúde e o ambiente;
5. Melhoria das técnicas de educação ambiental e sanitária para as comunidades nas campanhas de sensibilização de saúde pública, realçando os factores de risco e as consequências de um ambiente degradado.

Metas

1. Até 2015 elaborar e aprovar o Plano Nacional de Acção Conjunta sobre a Saúde e o Ambiente;
2. Até 2017 elaborar técnicas de Educação Ambiental e sanitárias a serem usadas nas campanhas de sensibilização sobre Saúde e Ambiente nas comunidades;
3. Até 2018 reforçar os Serviços Nacionais de Laboratório de apoio as interligações entre a Saúde e o Ambiente;

4. Até 2020 implementar as principais recomendações da Declaração de Libreville;
5. Até 2020 implementar o programa de Saneamento Total Liderado pela Comunidade e Escolas ao nível Nacional.

Actividades e intervenções

1. Actualizar o *Relatório sobre Saúde e Ambiente* do País;
2. Elaborar o *Plano de Acção Conjunto sobre a Saúde e o Ambiente* como requisito da Declaração de Libreville;
3. Promover a realização da *III Conferência Interministerial sobre Saúde e o Ambiente* em África e a dinamização da Aliança Estratégica para Saúde e Ambiente;
4. Estabelecer relações estreitas de colaboração e de trocas de experiencias com os serviços similares de outros países principalmente países vizinhos no que toca a implementação desta declaração;
5. Elaborar um modelo de vigilância que permita correlacionar condições de saúde com a qualidade do ar, qualidade da água, qualidade dos solos entre outros elementos;
6. Desenvolver estudo sobre os impactos das alterações climáticas no ambiente e na saúde no País;
7. Elaborar e publicar um boletim de divulgação de informação sobre ambiente e saúde;
8. Divulgar as legislações existentes a nível Nacional, através de seminários.

Resultados esperados

1. Reforçada a Aliança Estratégica entre a Saúde e o Ambiente;
2. *Plano Nacional de Acção Conjunta sobre a Saúde e o Ambiente* elaborado e implementado;
3. Estabelecido o sistema Nacional integrado de vigilância ambiental e sanitária, permitindo a monitorização continua da correlação da qualidade do ar, da qualidade da água, da qualidade dos solos entre outros elementos com os indicadores de saúde publica;

4. Técnicas de educação ambiental e sanitária integradas nas campanhas de sensibilização de saúde pública, e aumento dos níveis de consciência das comunidades para boas práticas ambientais;
5. Reforçada a cooperação interNacional para formação e capacitação do quadro de pessoal na área de saúde ambiental, saúde pública ou outras áreas similares;
6. Aumento de profissionais especializados em saúde e ambiente a nível Nacional.
7. Redução das doenças causadas por factores ambientais;

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Ministério do Ambiente, DNSP;
2. Organismos de apoio a implementação do Ministério da Saúde: DPS, DIS;
3. Parceiros nacionais: Ministério do Interior, Ministério da Defesa Nacional, MINEA, Ministério da Agricultura, Ministério da Educação, Governos Provinciais, ONGs nacionais, sector privado;
4. Parceiros internacionais: OMS, UNEP, UNICEF, ONGs internacionais.

Indicadores de avaliação

1. Relatório Nacional de Saúde e Ambiente;
2. Frequência de publicação do boletim Ambiente e Saúde;
3. Normas e regulamentos elaborados aprovados;
4. Número de profissionais qualificados em Saúde e Ambiente;
5. Taxa de mortalidade materna;
6. Taxa de mortalidade e morbidade infantil.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios de actividades de programas de promoção para a Saúde e o Ambiente;

2. Relatórios trimestrais das unidades sanitárias;
3. Relatório de visitas trimestrais, e anuais de supervisão das campanhas de sensibilização.

Sustentabilidade: pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Angola é signatária da Declaração de Libreville;
2. Compromisso do Governo para promoção do programa Saúde e Ambiente;
3. Existência de instrumentos legais que promovem a protecção ambiental e a monitorização dos impactes ambientais que afectam a saúde humana.

Pontos fracos

1. Ausência de um *Plano de Acção Integrado sobre Saúde e Ambiente*;
2. Poucos programas de promoção e divulgação da temática saúde e ambiente;
3. Fraca sensibilização sobre os factores ambientais que afectam a Saúde humana.

Condicionantes ambientais

1. Limitados recursos humanos especializados na área de Saúde Ambiental e áreas equivalentes;
2. Pouco conhecimento da temática saúde e ambiente a todos os níveis;
3. Saneamento básico deficiente;
4. Difícil acesso geográfico as aldeias;
5. Constrangimentos orçamentais.

Pesquisa operacional

1. Estudo sobre os impactos das alterações climáticas no ambiente e na saúde no País.

Subprograma da operacionalização da prestação de Cuidados Primários e de Serviços de Saúde

Projecto 28: Municipalização da atenção primária (cuidados primários)

Situação actual

O modelo de organização e gestão do Sistema Nacional de Saúde, deve possibilitar uma melhoria sustentável da qualidade e desempenho do Serviço Nacional de Saúde, particularmente para os Cuidados Primários de Saúde.

A Municipalização é um domínio privilegiado para intervenções integradas e de cruzamento e articulação de políticas públicas (Programas Integrados), permitindo construir progressivamente um modelo de organização e gestão do tipo matricial, pelas suas relações intrasectoriais e intersectoriais.

O Sistema de Saúde a Nível Municipal engloba serviços de diferentes actores, envolvidos na prestação de cuidados, tais como a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a reabilitação, cujo objectivo é o de melhorar o estado de saúde da população, respondendo às suas expectativas e procurando a criação de uma sustentabilidade financeira. O documento de base sobre o funcionamento, organização e gestão do sistema municipal de saúde, foi validado num fórum destacando-se a participação dos administradores municipais, Directores municipais e provinciais (Anexo 2: Atribuições, competências e despesas das Administrações municipais e Repartições Municipais de Saúde).

A Repartição Municipal de Saúde (RMS) constitui a autoridade sanitária a nível Municipal, que depende administrativamente da Administração Municipal e metodologicamente da Direcção Provincial de Saúde e do Ministério da Saúde, em articulação intra e intersectorial com outros organismos. A RMS é o órgão responsável pela organização e gestão dos recursos e pela prestação de cuidados a esse nível.

De acordo com o Decreto-Lei Número 2/07, de 3 de Janeiro, a Repartição Municipal da Saúde é o serviço desconcentrado da Administração Municipal, incumbido de executar as suas competências específicas na área da Saúde. Desde 2011, as Repartições Municipais recebem fundos do OGE, transferidos para a Administração Municipal, destinados a garantir a prestação dos Cuidados Primários de Saúde, no valor anual de Dezanove Milhões de Kwanzas (NKZ 19.000.000,00). Estes fundos foram utilizados de acordo com as necessidades expressas de cada Município.

Quanto à acessibilidade aos serviços, a rede primária sanitária é constituída por dois níveis de atenção: (i) O nível de postos de saúde, que deve cobrir uma população de 5 a 20.000 mil habitantes, e de centros de saúde, incluindo os centros materno-infantil (CMI), que deve cobrir uma população de 75.000 mil habitantes; (ii) O nível de Centro de Saúde de Referência ou Hospital Municipal, que deve cobrir uma população de 150.000 habitantes em zona rural e 500.000 habitantes em zona urbana. As unidades com Cuidados Obstétricos de Urgência Completos deverão cobrir uma população de 500.000 habitantes e suportados por quatro unidades de Cuidados Obstétricos Básicos. As unidades deste nível prestam serviços de promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico e tratamento. As equipas móveis prestam os serviços com ênfase para a prestação de serviços de promoção e de prevenção.

O maior número de Unidades Sanitárias em Angola pertence ao Sistema Nacional de Saúde. A rede de prestação de cuidados de saúde funcional do SNS, é constituída por 1.305 Postos de Saúde, 291 Centros de Saúde, 34 Centros Materno-infantis, 146 Hospitais Municipais, 22 Hospitais Provinciais, 20 Hospitais

Centrais e 36 Unidades diversas sem tipificação. A maioria destas Unidades Sanitárias beneficiaram de obras de reabilitação e outras foram construídas de raiz.

Importa ainda referir que em termos de distribuição por população, o número de unidades do primeiro nível é satisfatório na grande maioria das Províncias, tendo em conta o Regulamento Geral das unidades sanitárias. Contudo, muitas unidades carecem ainda de condições básicas de funcionamento. Por exemplo, o Serviço Nacional de Saúde conta ainda com 22% de unidades funcionais de construção não definitiva e 51% não dispõem de água potável.

Outros constrangimentos ao funcionamento normal das unidades sanitárias estão ligados à inexistência de energia, rede de esgotos e de tratamento e gestão de lixos.

Descrever a rede sanitária em Angola implica falar-se das assimetrias existentes, devido à sua diversidade geográfica e demográfica. Assim, a acessibilidade das unidades sanitárias mais periféricas às unidades de referência é de cerca de 75 Km nas Províncias da Lunda-Norte, Lunda-Sul, Moxico e Namibe e de cerca de 122 Km no Kuando-Kubango, sendo a média no País de 48Km. Outra questão relacionada com a acessibilidade aos serviços de saúde tem a ver com a distribuição da população. Existem em Angola regiões com populações muito dispersas, nomeadamente nas Províncias do Leste (Lunda-Sul, Lunda-Norte e Moxico) e do Sul (Namibe, Cunene e Kuando-Kubango) com uma densidade populacional de cerca de 6 habitantes por Km².

Relativamente aos serviços prestados à população, 50% das unidades sanitárias periféricas não oferecem ainda o pacote integrado de cuidados e serviços de saúde. Segundo o Mapa Sanitário, apenas 18% oferecem Planeamento Familiar e 31% Puericultura. Contudo, houve um aumento, nos últimos anos, de unidades com oferta de consultas (94%). Quanto aos cuidados obstétricos básicos, estes estão disponíveis em apenas 166 unidades e os cuidados obstétricos completos em 51 unidades.

A rede primária de atenção conta com 674 médicos, 108 técnicos superiores, 5.367 técnicos médios e 15.933 técnicos básicos. É de notar a enorme carência em médicos e técnicos médios, se tiver em conta o previsto no Regulamento Geral das unidades sanitárias.

Com base nas Prioridades de Actuação Nacionais, as intervenções e acções, no quadro do PNDS, para tornar funcional e eficiente a prestação de cuidados e serviços no nível primário de atenção, incidirão sobre: (i) O aumento do acesso aos serviços de saúde das populações, particularmente as mais vulneráveis e desfavorecidas, através da reestruturação da rede primária de atenção com capacidade resolutive, incluindo a intervenção de equipas móveis e avançadas em áreas de difícil acesso; (ii) a Disponibilização do Pacote Integrado de Serviços para a promoção da saúde, prevenção das doenças transmissíveis e não transmissíveis, tratamento e reabilitação; (iii) a Dotação de recursos humanos capacitados e de recursos materiais e financeiros; (iv) a Criação do programa de formação permanente; (v) Implantação de sistemas de incentivo à fixação de quadros; (vi) a Capacitação de equipas municipais para a gestão e administração da saúde na sua área de jurisdição; (vii) a Promoção da participação comunitária e do desenvolvimento de externalidades positivas, através da coordenação com outros sectores públicos, privados e com a sociedade civil.

Apesar de não existir ainda a Política do Agente Comunitário, este elemento é fundamental por constituir o elo de ligação entre as unidades sanitárias e a comunidade. Destacamos na Tabela em anexo os serviços prestados por tipo de Unidade (Anexo 1).

Estratégias operacionais

1. Elaboração de Planos Municipais de Desenvolvimento Sanitário em todo o País;
2. Aumento do acesso e da disponibilidade de serviços de saúde com qualidade às populações, dotando as unidades sanitárias com capacidade resolutive contínua, por nível de atenção (PS,CS,CSR/HM), incluindo equipas móveis;
3. Dotação de recursos humanos capacitados ao Município, baseada numa eficiente planificação de recursos necessários por tipo de unidade sanitária e serviços de gestão (US e Reparação Municipal);
4. Aumento da qualidade dos serviços prestados, através da capacitação/formação de técnicos de saúde, incluindo AIDI e Saúde Materna integrada, aplicação de protocolos de tratamento, de supervisão e de formação permanente dos profissionais;
5. Disponibilização contínua do Pacote Integrado de Cuidados e Serviços de Saúde por tipo de Unidade Sanitária;
6. Melhoria dos mecanismos de articulação entre os diferentes componentes da rede (unidades sanitárias e as de referência) e a gestão dos serviços municipais, através da integração num único plano de acção, orçamento e sistema de monitorização;
7. Reforço da intra e intersectorialidade, através dos mecanismos de coordenação estabelecidos nos Municípios, nomeadamente os Conselhos de Auscultação e Concertação Social, para a organização das intervenções em saúde com outros sectores (sociais e económicos);
8. Reforço da participação comunitária através do desenvolvimento de estruturas de apoio às acções de saúde, nomeadamente os Comitês de Saúde e os Agentes Comunitários.

Metas

1. Até 2015, elaborar e publicar os Planos Municipais de Desenvolvimento Sanitários (2013-2017), de todos Municípios;
2. Até 2014, aprovar e publicar as normas, regras e procedimentos do funcionamento do Sistema de Saúde a nível Municipal;
3. Até 2013, tornar operacional a disponibilidade contínua do pacote integrado de cuidados e serviços, em todas as unidades sanitárias e equipas móveis;

4. A partir de 2013, iniciar a especialização de técnicos, fundamentalmente formação integrada de parteiras, técnicos em Assistência Integrada das Doenças da Infância (AIDI) e em Gestão e Administração em Saúde;
5. A partir de 2014, implantar o Programa Integrado de Melhoria de Qualidade dos Serviços, através da criação de Programas de Formação Permanente nos Municípios, aplicação dos protocolos de tratamento e de supervisão;
6. A partir de 2014, elaborar e publicar instrumentos para a melhoria de gestão dos serviços, incluindo fluxogramas de atendimento e de urgências das unidades do primeiro nível de atenção;
7. Até 2016, elaborar e publicar instrumentos para a acreditação de unidades do primeiro nível de atenção;
8. A partir de 2014, reforçar as acções de coordenação intersectorial para a organização das intervenções em saúde nos Conselhos de Auscultação e Concertação Social;
9. Até 2020, manter a contratação de médicos e técnicos de saúde, fundamentalmente especialistas em Saúde Familiar, Ginecologia-Obstetrícia, Cirurgia e Pediatria para a prestação de serviços de saúde e participação na capacitação dos quadros a nível local;
10. A partir de 2015, tornar operacional a ligação dos serviços a nível primário com outros níveis de atenção da pirâmide sanitária, através de mecanismos de referência e contra-referência;
11. A partir de 2017, dotar o País de uma rede de serviços de saúde com qualidade, incluindo equipas móveis e Cuidados Obstétricos de Emergência que assegurem o acesso das populações à atenção primária;
12. Até 2020, dotar os Municípios com recursos humanos capacitados, de acordo com o quadro-tipo de profissionais de saúde por serviços, incluindo os serviços de gestão;
13. Até 2017, ter funcional e sustentável o Projecto de Agentes Comunitários.

Actividades e intervenções

1. Realizar o mapeamento das comunidades sob a responsabilidade de cada unidade sanitária;
2. Elaborar o plano de expansão da rede sanitária de atenção primária;
3. Planificar e distribuir medicamentos, equipamentos e meios necessários às unidades sanitárias e com equipas móveis;

4. Prever e intervir de imediato, com equipas móveis e avançadas, junto às populações com baixa cobertura de serviços de saúde, particularmente nas Províncias do Leste e do Sul;
5. Prever e dotar todos os Municípios com serviços de saúde sexual reprodutiva, incluindo capacidade e meios para realizarem cirurgias obstétricas, incluindo um banco de sangue certificado;
6. Prover e dotar todas as unidades sanitárias de abastecimento regular de água, energia e tratamento dos lixos hospitalares;
7. Redistribuir e contratar equipas mínimas de profissionais capacitados por tipo de unidade sanitária e Repartições Municipais para garantirem a gestão do sistema de saúde a esse nível, com base no perfil estabelecido pelo MINSÁ;
8. Contratar médicos e técnicos especialistas em ginecologia-obstetrícia, cirurgia e pediatria, instrumentistas e anestesistas para a prestação de serviços e participação na capacitação de quadros a nível local;
9. Elaborar o plano de formação de especialização de técnicos, dando prioridade à parteiras, técnicos em pediatria, estomatologistas, oftalmologistas, técnicos de saúde mental, nutricionistas, instrumentistas, anestesistas e gestores de saúde;
10. Organizar o sistema de formação permanente e aplicar os protocolos de tratamento e de supervisão das actividades, garantindo a qualidade dos serviços prestados;
11. Organizar e manter funcional a rede de laboratórios, de hemoterapia e a cadeia de frio;
12. Implantar o sistema de informação, monitorização dos indicadores e vigilância epidemiológica, incluindo a busca activa na comunidade;
13. Organizar o funcionamento dos Comités de Auditoria de Mortes Maternas e Perinatais a nível municipal e institucional, para investigação de mortes maternas e implementação das recomendações;
14. Organizar a rede logística e de aprovisionamento;
15. Organizar e implementar a referência e a contra-referência entre as unidades periféricas e as de referência a nível Municipal e entre estas e a Província;
16. Organizar a rede de transporte sanitário e de comunicação;
17. Dar forma legal e publicar a estratégia, normas, regras e procedimentos para o funcionamento do Sistema Municipal de Saúde;

18. Elaborar a Política dos Agentes Comunitários de Saúde, com vista a estabelecer o seu enquadramento;
19. Formar os Agentes Comunitários e organizar os comités de saúde;
20. Fazer advocacia para a co-responsabilidade na melhoria da qualidade de vida das populações, em coordenação com os outros sectores, sociedade civil e privados nos Conselhos de Auscultação e Concertação Social;
21. Elaborar o Plano Municipal de Desenvolvimento Sanitário 2013-2017, incluindo o orçamento e fontes financiamento.

Resultados esperados

1. Planos Municipais de Desenvolvimento Sanitário elaborados para os diferentes Municípios;
2. Normas, regras e procedimentos do Sistema Nacional de Saúde a Nível Municipal publicados;
3. Rede sanitária de atenção primária, incluindo equipas móveis, cobrindo 85% da população, assente num sistema organizado e funcional, com recursos humanos capacitados, com medicamentos, meios e equipamentos, com sistema de informação, com financiamento, operacional e com capacidade resolutiva dos problemas de saúde;
4. Conjunto de cuidados essenciais integrados e implementados em todos os Municípios;
5. Qualidade de cuidados primários melhorada;
6. Intervenções de saúde discutidas nos CACS e as recomendações implementadas;
7. Comitês de Auditoria de Mortes Maternas e Perinatais a funcionar regularmente;
8. Comitês de Saúde com a participação activa das comunidades a funcionar regularmente;
9. Agentes Comunitários de Saúde enquadrados e a implementar actividades junto às comunidades.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: DNSS, DNSP, RMS;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: CECOMA, Gabinete de Promoção para a Saúde, Hospitais/Serviços, centros e postos de saúde; DNRH, Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística; DNME; Institutos do SIDA, Saúde Pública, do Sangue, Tripanossomíase;

3. Parceiros nacionais: Direcções Provinciais, Administrações Municipais e Repartições Municipais, ONGs Nacionais e Internacionais, Igrejas e OBFs, MINFIN, MAT, Ministério da Administração Pública e Segurança Social, Ministério do Urbanismo e Construção; Ministério de Energia e Águas, MINDEF, Universidade Agostinho Neto, Faculdades de Medicina, Escolas Superiores de Enfermagem, Institutos Médios de Enfermagem;
4. Parceiros internacionais: Banco Mundial, UNICEF, OMS, FNUAP, União Europeia, Cooperação Cubana.

Indicadores de avaliação

1. Número de Municípios com Planos Municipais de Desenvolvimento Sanitários elaborados;
2. Número de Municípios com mapeamento, definição de áreas de abrangência, definição da referência e contra-referência concluídos e operacionais;
3. Número de unidades sanitárias reabilitadas, ampliadas e construídas;
4. Número de unidades sanitárias por tipo de atenção, incluindo equipas móveis com serviços e cuidados essenciais;
5. Número de unidades sanitárias com disponibilidade contínua do pacote integrado de cuidados e serviços, em todas as unidades sanitárias e equipas móveis;
6. Número de Municípios com necessidades essenciais em recursos humanos satisfeitas;
7. Número de técnicos especializados: parteiras, técnicos em Assistência Integrada das Doenças da Infância (AIDI) e em Gestão e Administração em Saúde;
8. Número de Municípios com Programas de Formação Permanente implantados;
9. Número de Municípios com sistema de informação implantados;
10. Número de Municípios com Comitês de Auditoria e Prevenção de Mortes Maternas e Perinatais Municipais e Institucionais operacionais;
11. Número de Comitês Municipais de Saúde operacionais;
12. Número de Municípios com o Programa de Agentes Comunitários estabelecido, operacional e sustentável financeiramente.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Planos Provinciais e Municipais de Desenvolvimento Sanitário;
2. Relatórios trimestrais e anuais das Direcções Provinciais de Saúde, com inclusão dos relatórios Municipais;
3. Dados Administrativos de cobertura dos Programas de Saúde Pública;
4. Relatório de inquérito sobre canais de entrega.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Prioridade absoluta para os cuidados primários de saúde;
2. Existência de orientações estratégicas para o Sistema Municipal de Saúde;
3. Fase de implementação do processo de contratação de médicos especialistas expatriados para os Municípios;
4. Existência de financiamento para os Cuidados Primários de Saúde a nível Municipal.

Pontos fracos

1. Insuficiência de recursos humanos capacitados em todos os Municípios, com maior incidência nos Municípios rurais e nas Províncias do Leste e Sul (Cunene, Namibe e Kuando-Kubango);
2. Insuficiência de recursos humanos capacitados para a gestão e administração da saúde;
3. Deficiente aplicação de normas e procedimentos;
4. Deficiente coordenação e integração dos diferentes níveis de prestação de serviços de saúde e gestão.

Condicionantes ambientais

1. Limitado saneamento do meio ambiente;
2. Limitado abastecimento de água potável;
3. Limitados meios de comunicação (estradas secundárias, telefone e internet);
4. Limitada organização da sociedade civil;
5. Práticas culturais nefastas à saúde.

Projecto 29: Cuidados paliativos e cuidados continuados

Situação actual

Entende-se por cuidados integrados continuados o conjunto de intervenções sequenciais de saúde, seguido de um processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, promovendo a melhoria e a qualidade de vida em pessoas vulneráveis, através do acompanhamento do seu tratamento, reabilitação e reinserção social. Cuidados paliativos são cuidados prestados em que as componentes essenciais são o alívio dos sintomas, o apoio psicológico, espiritual e emocional do doente.

Dentro da reforma do Sistema de Saúde, Angola deverá iniciar o processo para a criação da rede de cuidados integrados continuados e de cuidados paliativos intra-hospitalares para colmatar as necessidades não satisfeitas na saúde e no apoio social às pessoas em situação de dependência, particularmente as pessoas com doenças crónicas e pessoas idosas.

Os cuidados integrados continuados têm duas grandes finalidades: (i) actuar sobre o estado de saúde dos cidadãos, prevenindo o seu agravamento; (ii) actuar sobre a capacidade funcional através da reabilitação e da prestação de cuidados personalizados.

Actualmente em Angola, não existe um Serviço de Cuidados Integrados Continuados e dos Cuidados Paliativos. No quadro da implementação do PNDS, dever-se-á iniciar o processo para a sua criação que deverá ser implementado a nível hospitalar e nos Cuidados Primários de Saúde, em articulação com os Órgãos do Poder Local e o MINARS.

Estratégias operacionais

1. Elaboração de um estudo para a criação dos Serviços de Cuidados Integrados Continuados e dos Cuidados Paliativos;
2. Definição, a nível hospitalar e no âmbito dos cuidados de saúde primários, de equipas multidisciplinares para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio, quer em articulação com as unidades sanitárias;
3. Definição das unidades de aconselhamento e internamento de Cuidados Paliativos dentro dos hospitais para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes em situação clínica complexa;
4. Capacitação de RH necessários para implementação da rede de cuidados continuados e de cuidados paliativos a nível hospitalar;

5. Definição dos materiais e do financiamento necessários para a implementação da rede de cuidados continuados e de cuidados paliativos a nível hospitalar.

Metas

1. Até 2013, realização de um estudo para conhecer a viabilidade do estabelecimento dos Serviços de Cuidados Integrados Continuados e dos Cuidados Paliativos;
2. Até 2013, elaboração do Plano Estratégico para a organização e implantação dos Serviços de Cuidados Integrados Continuados e dos Cuidados Paliativos;
3. A partir de 2014, iniciar o estabelecimento dos Serviços de Cuidados Integrados Continuados com pelo menos uma equipa por Centro de Saúde;
4. A partir de 2014, iniciar o estabelecimento dos Serviços de Cuidados Paliativos com pelo menos uma equipa por hospital;
5. Até 2016, estabelecer os Serviços de Cuidados Integrados Continuados a nível de todos os Centros de Saúde do País, e de Cuidados Paliativos a nível de todos os Hospitais (centrais, provinciais e municipais).

Actividades e intervenções

1. Elaborar o estudo para conhecer a viabilidade do estabelecimento dos Serviços de Cuidados Integrados Continuados e dos Cuidados Paliativos, incluindo o diagnóstico de situação;
2. Elaborar o Plano Estratégico para a organização e implantação de Serviços de Cuidados Integrados Continuados e dos Cuidados Paliativos;
3. Mobilizar os recursos humanos, materiais e financeiros necessários;
4. Capacitar os recursos humanos multidisciplinares;
5. Criar as equipas multidisciplinares.

Resultados esperados

1. Estudo de viabilidade para o estabelecimento dos Serviços de Cuidados Integrados Continuados e dos Cuidados Paliativos, incluindo o diagnóstico de situação, concluído;
2. Plano Estratégico para a organização e implantação dos Serviços de Cuidados Integrados Continuados e dos Cuidados Paliativos elaborado;
3. Rede de Cuidados Integrados Continuados a nível de todos os Centros de Saúde do País e de Cuidados Paliativos a nível de todos os Hospitais (centrais, regionais, provinciais e Municipais) estabelecida.

Organismo e Instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: DNSS;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: DNRH,CECOMA, DNME, GEPE, DNSP, INLS, INEMA, hospitais centrais, provinciais e municipais, incluindo centros de saúde;
3. Parceiros Nacionais: MINARS; DPS, Administrações Municipais, RMS;
4. Parceiros Internacionais: OMS.

Indicadores de avaliação

1. Número de equipas de cuidados integrados contínuos de suporte domiciliário;
2. Número de equipas intra-hospitalares de suporte de cuidados paliativos.¹³

Mecanismos de avaliação e seguimento

1. Relatórios dos Serviços de Cuidados Integrados Continuados a nível Municipal e dos Cuidados Paliativos a nível hospitalar (Hospitais centrais, provinciais e municipais);
2. Relatórios sobre as visitas de supervisão;
3. Relatórios dos estudos efectuados sobre a qualidade da rede de cuidados integrados continuados a nível Municipal e dos cuidados paliativos a nível hospitalar.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política;
2. Algumas iniciativas em curso, nomeadamente do Hospital Militar e do Instituto Nacional de Luta contra o SIDA.

Pontos fracos

1. Limitados recursos humanos, financeiros e materiais;
2. Inexistência de recursos humanos especializados em Cuidados Paliativos, geriatria, e fisioterapia.

Condicionantes ambientais

1. Difícil acesso geográfico às aldeias;
2. Bairros não urbanizados.

¹³ Uma equipa intra-hospitalar por cada 250.000 habitantes

Projecto 30: Operacionalização da atenção secundária

Situação actual

Segundo a Política Nacional de Saúde, o nível secundário de atenção deve estar perfeitamente articulado, no quadro de um sistema de referência e contra-referência, para o atendimento, principalmente das urgências cirúrgicas com destaque para as complicações obstétricas, neonatais e pediátricas.

A atenção secundária é constituída por Hospitais Gerais (HG), com a função de prestarem atenção polivalente de média complexidade, numa gama maior de prestação de serviços, em complementaridade à atenção primária. Segundo o Regulamento Geral das unidades sanitárias do Primeiro Nível de Atenção (REGUSAP), o HG atende uma população de cerca de 250.000 a 500.000 habitantes, com uma capacidade de 250 a 400 camas.

Este tipo de unidade sanitária, geralmente está situada na sede Provincial, assume a dupla função de hospital de referência para as unidades do primeiro nível de atenção de toda a Província e tem um papel fundamental na realização de actividades de formação permanente e na garantia da qualidade de procedimentos clínicos.

O País conta com vinte e dois Hospitais Gerais, sendo três na Província da Huíla, dois nas Províncias do Bié, Namibe e Uíge e um nas restantes catorze Províncias. O sistema de referência e contra-referência entre os diferentes níveis de atenção é muito débil. Existe uma descentralização financeira das unidades de segundo nível. Contudo, o modelo de financiamento existente é insuficiente, cuja atribuição não é feita com base nos indicadores de produção e nas necessidades de investimentos necessários para o desenvolvimentos das unidades, numa perspectiva de criação de novos serviços em função da demanda, do quadro epidemiológico que se vai implantando no País, particularmente com o aumento das Doenças Crónicas não Transmissíveis e traumatismos provocados pelo aumento de acidentes rodoviários.

No domínio das tecnologias de informação o sector da saúde carece ainda de um sistema integrado para a gestão da informação hospitalar.

As unidades de segundo nível, debatem-se também com a falta de quadros especializados principalmente nas áreas fundamentais de Medicina, Pediatria, Ginecologia- obstetrícia e Cirurgia. Mas é ainda mais grave nas áreas de Cardiologia, Cuidados Intensivos, Neurologia, Anestesia, Imagiologia, Instrumentação Cirúrgica, Endocrinologia e Saúde Mental.

Outros problemas para o bom funcionamento das unidades sanitárias, prendem-se com o débil abastecimento regular de energia eléctrica e água potável.

A prestação de cuidados secundários previstos pelo PNDS terá um nível técnico e meios suficientes para resolver com eficácia os problemas de saúde de média complexidade, a nível Provincial, do ponto de vista de diagnóstico, tratamento, e seguimento. Os hospitais Provinciais, fortalecidos nas suas capacidades técnicas e tecnológicas, devem garantir um “conjunto de cuidados e serviços secundários essenciais” nas seguintes vertentes: (i) referência e contra-referência nos diversos domínios, (ii) serviços diferenciados e atendidos por médicos especialistas, para as quatro especialidades básicas Cirurgia, Medicina, Pediatria, Ginecologia e Obstétrica, (iii) serviços especializados de traumatologia, doenças infecciosas, estomatologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, psiquiatria, serviços de hemoterapia, fisioterapia, unidade de cuidados intensivos ou intermediários anexa ao banco de urgência ou bloco operatório, (iv) Exames complementares de diagnóstico e terapêutica: laboratório, exames de rotina e especializados, radiologia, ecografia e electrocardiograma, (v) apoio técnico e de formação às unidades do primeiro nível (vi) Apoio em cuidados preventivos e programas de saúde comunitária.

Estratégias operacionais

1. Reforço da rede de assistência secundária a nível do País com unidades de até 250 camas;
2. Dotação de recursos necessários, incluindo quadro-tipo de profissionais e gestores, equipamentos, aparelhos, e meios financeiros de acordo com a demanda, para o desempenho eficiente dos serviços;
3. Criação de condições para a fixação dos técnicos nos hospitais Gerais;
4. Melhoria dos mecanismos de gestão, incluindo o sistema de informação das unidades hospitalares do nível secundário com o reforço da capacidade institucional;
5. Criação de cursos de especialização médica e de enfermagem em todas as Provinciais;
6. Incrementação da pesquisa e investigação nas unidades assistenciais;
7. Implementação do intercâmbio entre as unidades do segundo nível de atenção e outras congéneres a nível Nacional e no exterior do País através de Telemedicina;
8. Implementação do “conjunto de cuidados e serviços secundários essenciais” em todas as unidades do nível secundário;
9. Definição e implementação de um modelo de financiamento tendo em conta a demanda dos serviços;
10. Elaboração, aprovação e publicação de documentos legais de Referência e Contra-referência;

11. Elaboração de critérios e normas de avaliação interna e externa, acreditação e certificação das unidades sanitárias secundárias.

Metas

1. Até 2013, advogar para o pagamento de incentivos para a fixação de quadros nas Províncias;
2. Até 2013, dotar os Hospitais Provinciais de recursos humanos, técnicos e financeiros para a oferta do “conjunto de cuidados e serviços secundários essenciais”, incluindo capacidade diagnóstica em todas as unidades do nível secundário;
3. Até 2013, implantar o Programa Integrado de Melhoria de Qualidade dos Serviços, através da criação de Programas de Formação Permanente e aplicação dos protocolos de tratamento;
4. Até 2013, elaborar e publicar instrumentos para a melhoria de gestão dos serviços incluindo fluxogramas de atendimento e de urgências;
5. Até 2013, tornar operacional a ligação dos serviços a nível secundário com outros níveis do SNS, através da elaboração, revisão, publicação e implementação de normas e procedimentos de referência e contra-referência;
6. Até 2013, estudar um novo modelo de funcionamento de acordo com a demanda e perfil epidemiológico;
7. Até 2013, criar condições e estimular o desenvolvimento de pesquisa e investigação nas unidades assistenciais;
8. Até 2014, elaborar e publicar critérios e normas de avaliação interna e externa, para a acreditação e certificação das unidades sanitárias secundárias;
9. Até 2015, ter um sistema de informação hospitalar para facilitar a gestão de todos hospitais secundários e o intercâmbio de dados entre eles;
10. Prosseguir, até 2015, com a contratação de médicos e técnicos de saúde, fundamentalmente especialistas;
11. Até 2015, implementar a telemedicina em todas as unidades sanitárias do segundo nível de atenção;
12. Até 2021, criar em todas as Províncias condições para a implementação de cursos de especialização médica nas áreas prioritárias e de enfermagem.

Actividades e intervenções

1. Fazer advocacia e mobilizar recursos para a fixação de técnicos necessários para o bom funcionamento das unidades sanitárias;

2. Contratar especialistas de acordo com as necessidades;
3. Reforçar toda a rede hospitalar de segundo nível;
4. Dotar as unidades de equipamento compatível com as suas valências;
5. Dotar as unidades sanitárias com capacidade resolutiva com destaque para o diagnóstico e tratamento de doenças infecciosas, parasitárias e doenças crónicas não transmissíveis;
6. Implementar o Programa de Formação Permanente e aplicar os Protocolos de Diagnóstico e Tratamento;
7. Elaborar, publicar e implementar normas e procedimentos de referência e contra-referência;
8. Elaborar, e publicar instrumentos de gestão em todas unidades assistenciais, nomeadamente: Estatuto Orgânico e quadro de pessoal, regulamento interno por serviços, fluxos de atendimento com maior realce para as urgências, funcionamento das comissões técnicas para melhoria de gestão, qualidade do atendimento e segurança do paciente e do trabalhador da saúde, manuais e protocolos de actuação na gestão clínica, gestão logística de insumos e de materiais, gestão dos custos hospitalares;
9. Dotar as unidades sanitárias de meios para o desenvolvimento de pesquisa e investigação, incluindo a definição de linhas de pesquisa para todas doenças com grande peso epidemiológico;
10. Estabelecer e indicar o Órgão Central do MINSa responsável pela coordenação da Telemedicina;
11. Estabelecer protocolos com instituições e dotar as unidades sanitárias de meios para a implementação da telemedicina;
12. Estabelecer e indicar o Órgão Central do MINSa responsável pela acreditação das unidades sanitárias;
13. Elaborar e publicar os critérios e normas de avaliação interna e externa, para a acreditação e certificação das unidades sanitárias secundárias;
14. Dotar as unidades sanitárias de meios, recursos humanos e financeiros para a implementação de cursos de especialização médica, de enfermagem, e de diagnóstico e terapêutica;
15. Estabelecer o sistema de informação hospitalar nos hospitais secundários e elaborar normas e procedimentos para o seu funcionamento;
16. Estudar o modelo de financiamento para o funcionamento de cada Unidade Sanitária deste nível, de acordo com a demanda, o perfil epidemiológico, indicadores hospitalares, custos por área de assistência e por procedimento, incluindo a identificação de fontes de financiamento para a sustentação do funcionamento regular dos hospitais.

Resultados esperados

1. Incentivos para a fixação de quadros nas Províncias publicados e implementados;
2. Unidades de segundo nível dotadas de recursos humanos necessários à oferta do “conjunto de cuidados e serviços secundários essenciais”, de acordo com os critérios estabelecido pelo MINSAs;
3. Unidade de segundo nível equipadas;
4. Rede hospitalar de segundo nível a funcionar com eficiência;
5. Programa de Formação Permanente criado e funcional;
6. Unidades do Serviço Nacional de Saúde funcionando em rede com referência e contra-referência;
7. Instrumentos para a melhoria da gestão e de funcionamento das unidades sanitárias elaborados e publicados;
8. Unidades do segundo nível dotadas de um orçamento de funcionamento suficiente para atenderem a demanda com base no estudo;
9. Trabalhos de investigação realizados nas unidades de segundo nível;
10. Todas as unidades sanitárias do segundo nível de atenção com telemedicina funcional;
11. Acreditação e certificação das unidades sanitárias secundárias implementadas;
12. Cursos de especialização médica e de enfermagem implementados em todas as unidades de segundo nível, priorizando as especialidades de maior carência e de acordo com o quadro nosológico do País;

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: DNSS, Hospitais Gerais;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: DNRH, CECOMA, DNME, GEPE, INEMA, DPS;
3. Parceiros nacionais: MINFIN, Governos Provinciais;
4. Parceiros internacionais: OMS e hospitais de referência internacionais.

Indicadores de avaliação

1. Número de unidades reforçadas, ampliadas, construídas e apetrechadas com meios técnicos e tecnológicos;
2. Número de evacuações para Luanda e número de evacuações para o exterior;

3. Indicadores de desempenho hospitalares, principalmente o número de internamentos, cirurgias, de consultas externas, tipo de exames laboratoriais realizados, de cesarianas, de transfusões sanguíneas, e de partos;
4. Taxa de mortalidade nas primeiras 24 horas, 48 horas, 7 dias, e 30 dias;
5. Taxa de mortalidade específica;
6. Taxa de letalidade específica;
7. Número de especialistas por Província e por unidade;
8. Número de unidades com telemedicina implementada;
9. Número de pesquisas e investigações realizadas;
10. Número de cursos de especialização abertos nas unidades de segundo nível;
11. Número de técnicos especializados nas unidades de segundo nível;
12. Número de instrumentos para a melhoria de gestão e do sistema de referência e contra-referência elaborados;
13. Número de unidades acreditadas;
14. Número de unidades com orçamento de funcionamento atribuído de acordo com as suas necessidades.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios mensais, trimestrais e anuais de actividades e financeiro das unidades de segundo nível;
2. Relatórios de Acreditação das unidades sanitárias;
3. Instrumentos legais, normativos e de procedimentos elaborados e publicados;
4. Relatórios dos cursos de especialização;
5. Relatórios de investigação;
6. Relatórios de supervisão.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Oferta de serviços de saúde como prioridade do Executivo angolano;
2. Orientação política para a implementação de programas assistenciais nos três níveis de assistenciais;
3. Em curso a contratação dos técnicos expatriados;

4. Em curso a formação de médicos e enfermeiros nas universidades nacionais e no estrangeiro;
5. Iniciados cursos de especialização em Angola;
6. Estabilidade macroeconómica do País;
7. Ambiente de paz e consolidação da democracia no País;
8. Investimento estrangeiro no País com linhas de crédito.

Pontos fortes

1. Limitados recursos humanos capacitados;
2. Não existência de políticas e de mecanismos de atração de fixação de quadros a nível das Províncias, principalmente as mais carenciadas;
3. Limitado financiamento;
4. Limitada capacidade de gestão a nível das unidades sanitárias;
5. Deficiente organização do sistema de referência e contra-referência;
6. Deficiente aplicação de normas e procedimentos;
7. Deficiente coordenação e integração dos diferentes níveis de prestação de serviços de saúde e gestão.

Condicionantes ambientais

1. Limitado saneamento do meio ambiente;
2. Limitado abastecimento de água potável às unidades sanitárias e população;
3. Limitados meios de comunicação (estradas secundárias, telefone e internet);
4. Limitado abastecimento de energia às unidades sanitárias.

Projecto 31: Operacionalização da atenção terciária a nível regional e Nacional

Situação actual

Segundo a Política Nacional de Saúde, o nível terciário deve oferecer serviços mais diferenciados aos doentes referidos de todas as Províncias, sendo a sua organização e função de âmbito e referência Nacional, constituída por Hospitais Centrais. No País, os serviços terciários são oferecidos pelas seguintes unidades: Josina Machel, Américo Boavida, Prenda, Maternidade Lucrecia Paim, Psiquiátrico de Luanda, Sanatório de Luanda, Centro Nacional de Oncologia, Instituto Oftalmológico Nacional de Angola, Centro Ortopédico de Viana, Centro de Medicina Física e Reabilitação de Luanda, Centro Nacional de Sangue.

Os Hospitais Centrais (HC) são institutos públicos de regime especial, dotados de órgãos, serviços e património próprios e gozam de autonomia administrativa e financeira¹⁴. Desenvolvem a sua actividade em articulação com os Serviços Centrais do Ministério da Saúde e os Hospitais Provinciais e, futuramente, os novos Hospitais Centrais de carácter Regional, nas Províncias de Cabinda, Benguela (Benguela, K. Sul), Huambo (Huambo, Bié e Parte de Benguela), Huíla (Huila, K.Kubango, Namibe e Cunene) e Malanje (Malanje, Lunda Norte, Lunda Sul e Moxico), onde existem também as novas Faculdades de Medicina.

O desenvolvimento dos cuidados terciários, pela abrangência Nacional de que se revestem, deverá basear-se na complementaridade entre estas instituições e outras iniciativas privadas. Tal como preconizado na Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo, “Angola 2025”, a rede terciária poderá estar aberta à iniciativa privada, passando a situar-se no quarto patamar de prioridade Nacional, sempre em regime de Parcerias Público-Privada (PPP), dando-se prioridade às especialidades onde se registam maiores evacuações de doentes para o estrangeiro. Deste modo, é de se estimular o desenvolvimento no sector privado de instituições de assistência hospitalar terciária. Neste âmbito, o MINSa tem vindo a desenvolver parcerias, em situações específicas, tais como em cirurgia cardíaca infantil e Hemodiálise com algumas instituições públicas com gestão privada, nomeadamente com o Hospital Girassol e Multiperfil. No entanto, o sector privado de assistência terciária e secundária, não constitui para já uma complementaridade ao SNS, por deficiente regulamentação.

Houve no País, nos últimos anos, um investimento significativo na atenção terciária, nas seguintes áreas: cardiologia intervencionista, cirurgia cardiotorácica, cirurgia oftalmológica, serviços de hemodiálise, hemato-oncologia, cirurgia plástica e reconstrutiva, cirurgia da anca, neurocirurgia e cuidados intensivos, onde as respostas dadas nos HC têm permitido a resolução técnica atempada. No entanto, ainda é

¹⁴ Decreto Presidencial Número 260/10 de 19 de Novembro.

insuficiente a resposta às necessidades destes cuidados no âmbito Nacional, pois o sector debate-se ainda com limitados recursos humanos especializados e qualificados nestas áreas. Registam-se ainda deficiências em áreas como a Cirurgia Vascular, a Neurocirurgia, a Cirurgia Torácica, a Técnica de Bronco pneumologia, os Cuidados Intensivos, e a Anestesiologia.

Por outro lado, a oferta de alguns serviços de alta complexidade, nomeadamente a hemodiálise, oncologia e a cirurgia cardíaca, é insuficiente, porque estes serviços estão localizados apenas na Província de Luanda (onde também são ainda insuficientes), acarretando outros problemas de ordem logística e social, pela deslocação e instalação de pacientes em Luanda. De referir o caso concreto dos pacientes com Insuficiência Renal Crónica que necessitam de hemodiálise, dos pacientes oncológicos e de outras patologias, incluindo a reabilitação física especializada para determinadas patologias, nomeadamente as sequelas de trauma e de acidentes vasculares cerebrais.

Estes serviços permitiram a resolução no País de casos que anteriormente requeriam a evacuação para o exterior. Contudo, ainda se verifica a necessidade de se recorrer a estes serviços, sobretudo para aqueles casos em que os serviços do nível terciário não conseguem dar resposta técnica e pela ainda limitada capacidade dos serviços face à enorme demanda.

A nível dos serviços terciários registam-se ainda dificuldades na gestão hospitalar e no desenvolvimento da investigação, por falta, principalmente, de pessoal qualificado. Outras deficiências prendem-se com o débil apetrechamento em meios técnicos e tecnológicos de alta complexidade, dispositivos médicos, medicamentos, manutenção de infra-estruturas e de equipamentos, e com o fornecimento irregular de energia e água.

No domínio das tecnologias de informação o sector da saúde carece ainda de um sistema integrado para a gestão da informação hospitalar.

A referência e contra-referência são identificadas como um importante instrumento de integralidade e continuidade da assistência, nos três níveis de oferta de serviços. Apesar dos instrumentos normativos existentes fazerem alusão à sua existência, ela não está suficientemente regulamentada e conseqüentemente, não são aplicadas de maneira institucional e regular, provocando uma procura desordenada dos serviços por parte da população, criando assim dificuldades na gestão dos serviços.

Por outro lado, o modelo de financiamento existente é muitas vezes insuficiente, pois a sua atribuição não é feita com base nos indicadores de produção e na demanda resultante da alteração do quadro epidemiológico que se vai implantando no País, sobretudo com o aumento das Doenças Crónicas não Transmissíveis e do Trauma, como resultado do número elevado de acidentes rodoviários.

A formação de quadros especializados em ciências da saúde, sendo responsabilidade exclusiva do MINSA, não se tem implementado com o ritmo desejado, em resultado, por um lado, do insuficiente número de candidatos para algumas especialidades e, por outro lado, do limitado número de vagas disponíveis por concurso público.

Muito recentemente foi publicado o Decreto Presidencial 260/10 de 19 Novembro, sobre o Regime Jurídico de Gestão Hospitalar. Este instrumento classifica os diversos tipos de hospitais, orienta a sua regulamentação, bem como estabelece a sua superintendência administrativa e metodológica. Foram igualmente publicados Decretos Executivos do Ministro da Saúde, nomeadamente: as Normas sobre Biossegurança, a Criação do Processo Clínico e a Humanização dos Serviços. Contudo, torna-se ainda necessária a elaboração de mais instrumentos legais, com realce para a Referência e Contra-Referência, Hospitais Centrais de carácter regional (HCR), Modelos de Gestão e Financiamento que incluam as Parcerias Público-Privadas (PPP) e a Lei de Transplante de Tecidos e Órgãos.

Assim o PNDS prevê o reforço da oferta dos serviços terciários já existentes e a sua descentralização para os HCR com estatuto de HC, numa perspectiva de ofertas de serviços de média e alta complexidade, reduzindo a necessidade de evacuação interna e externa de pacientes, principalmente nas áreas de Hemodiálise, Hemato-oncologia, Cuidados Intensivos, com componente coronária e pediátrica e Reabilitação Física Especializada.

Estratégias operacionais

1. Requalificação e publicação em diploma legal dos hospitais centrais com carácter regional (HCR);
2. Especialização de profissionais nas áreas prioritárias para reforçar as equipas a nível dos HC já existentes e formar equipas para os HCR;
3. Melhoria dos mecanismos de gestão, através da elaboração de instrumentos normativos e do reforço da capacidade institucional para a área de gestão;
4. Dotação dos HC e HCR de capacidade diagnóstica e terapêutica em função do perfil epidemiológico identificado no País;
5. Aumento progressivo de serviços a nível Regional para responder às situações mais complexas de doença (Hemodiálise, Oncologia) e às necessidades de Reabilitação Física Especializada;
6. Criação em todos os HC e HCR de unidades de Cuidados Intensivos com componente Coronária e Pediátrica;
7. Melhoria dos mecanismos de gestão, incluindo o sistema de informação das unidades hospitalares do nível terciário com o reforço da capacidade institucional;

8. Incremento da investigação clínica;
9. Implementação do intercâmbio entre as unidades do terceiro nível de assistência e com outras congêneres no exterior do País, através de Telemedicina;
10. Aprovação e publicação da Lei do Transplante de Tecidos e Órgãos
11. Criação progressiva de serviços para o transplante de tecidos e órgãos, principalmente renais, por constituir a terapia de eleição;
12. Definição e implementação de um modelo de financiamento baseado nas valências da Unidade Sanitária e na demanda de serviços;
13. Elaboração, revisão e publicação de documentos legais de Referência e Contra-referência;

Metas

1. A partir de 2013, incrementar os cursos de especialização dos recursos humanos para cobrir os hospitais centrais e de carácter regional nas áreas mais necessitadas;
2. A partir de 2013, fazer advocacia e mobilizar recursos para a fixação de quadros nos Hospitais Centrais de Carácter Regional;
3. Até 2013, aprovar a proposta de Lei sobre o Transplante de Tecidos e Órgãos¹⁵;
4. Até 2013, estudar um novo modelo de financiamento de acordo com a demanda e o perfil epidemiológico;
5. Até 2014, elaborar e publicar instrumentos para a melhoria de gestão dos serviços, incluindo fluxogramas de atendimento e urgência;
6. Até 2014, tornar operacional a ligação dos serviços a nível terciário com outros níveis do SNS, através da elaboração, revisão, publicação e implementação de normas e procedimentos de referência e contra-referência;
7. A partir de 2014, criar serviços de hemodiálise a nível regional¹⁶;
8. A partir de 2014, criar unidades de cuidados intensivos em todos os Hospitais Centrais, particularmente para a componente coronária¹⁷ e pediátrica;
9. Até 2014, criar serviços de oncologia¹⁸ nos Hospitais Centrais de Carácter Regional;
10. A partir de 2014, ter profissionais empenhados na investigação clínica a nível dos Hospitais Centrais;

¹⁵ Ver Projecto 10: Prevenção e tratamento da doença Renal Crónica.

¹⁶ Ver Projecto 10: Prevenção e tratamento da doença Renal Crónica.

¹⁷ Ver Projecto 9: Prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares.

¹⁸ Ver Projecto 14: Prevenção e tratamento dos tumores malignos.

11. Até 2014, ter um sistema de informação hospitalar para facilitar a gestão de todos hospitais terciários e o intercâmbio de dados entre eles;
12. Até 2015, criar serviços de Reabilitação Física Especializada¹⁹ nos hospitais centrais de carácter regional;
13. Até 2017, dotar os cinco Hospitais Centrais de Carácter Regional, e reforçar os restantes Hospitais Centrais, de recursos humanos, capacidade técnica e tecnológica para oferecerem serviços mais especializados e de alta complexidade;
14. Até 2017, instalar e implementar telemedicina em 100% das unidades terciárias;
15. Até 2021, reduzir as evacuações a nível regional para Luanda em 80% e para o exterior do País em 90%.

Actividades e intervenções

1. Reforçar, ampliar e construir Hospitais Centrais, tendo em conta a demanda e o perfil epidemiológico;
2. Requalificar e publicar em diploma legal os novos Hospitais Centrais de Carácter Regional;
3. Dotar os HC de condições humanas, técnicas e financeiras para aumentar a sua capacidade resolutive, com destaque não só para o diagnóstico e o tratamento de doenças infecciosas, parasitárias e doenças crónicas não transmissíveis, como também de cuidados intensivos, cardiologia de intervenção, cirurgia cardiotorácica, neurocirurgia, cirurgia plástica reconstrutiva, serviços de ortotraumatologia especializada em cirurgia da coluna e artoplastia e transplantes e ainda de reabilitação física especializada;
4. Criar condições humanas, técnicas e financeiras para o funcionamento dos serviços de hemodiálise, oncologia, cuidados intensivos e reabilitação física especializada nos HCR;
5. Organizar a formação especializada de médicos para os HCRs, com destaque para Hemodiálise, Oncologia, Cuidados Intensivos, Anestesiologia e Reabilitação Física Especializada;
6. Organizar a formação especializada de enfermeiros para os HCRs, com destaque para instrumentistas e anestesiológicos;
7. Dotar os Hospitais Centrais de capacidade docente para formação de médicos, priorizando: Urgências e Emergências, Cuidados Intensivos, Medicina Interna, Cirurgia Geral, Cirurgia Cardiotorácica, Neurocirurgia, Ortoplastia, Neurologia, Anestesiologia, Cardiologia, Imagiologia, Instrumentação Cirúrgica, Endocrinologia, Saúde Mental e Fisioterapia;

¹⁹ Ver Projecto 17: Reabilitação para a pessoa com deficiência sensório-motora

8. Elaborar, publicar e implementar normas e procedimentos de referência e contra-referência;
9. Aprovar e publicar a Lei sobre o Transplante de Tecidos e Órgãos;
10. Elaborar e publicar instrumentos de gestão em todas as unidades assistenciais, nomeadamente: Estatuto Orgânico e Quadro de Pessoal, Regulamento Interno por Serviços, Fluxos de Atendimento, com maior realce para as urgências, funcionamento das Comissões Técnicas para Melhoria da Gestão de Qualidade e Segurança do Paciente e do Trabalhador da Saúde, manuais e protocolos de actuação na gestão clínica, gestão logística de insumos e de materiais, gestão dos custos hospitalares;
11. Dotar as unidades sanitárias de meios para o desenvolvimento de pesquisa e investigação;
12. Estabelecer protocolos com instituições e dotar as unidades sanitárias de meios para a implementação da telemedicina;
13. Estabelecer o sistema de informação hospitalar nos hospitais terciários e elaborar normas e procedimentos para o seu funcionamento;
14. Estudar o modelo de financiamento compatível para o funcionamento sustentável dos HCR.

Resultados esperados

1. Cinco novos Hospitais Centrais de Carácter Regional criados e funcionais;
2. Hospitais Centrais e de Carácter Regional com Recursos Humanos especializados recrutados e com meios de diagnóstico e terapêuticos;
3. Hospitais Centrais com unidades de cuidados intensivos criadas e funcionais;
4. Lei sobre o Transplante de Tecidos e Órgãos aprovada e publicada;
5. Investigação clínica em implementação;
6. Telemedicina implementada em 100% das unidades terciárias;
7. Instrumentos para a melhoria de gestão dos serviços elaborados e publicados e cumprimento do Decreto Presidencial Número 260/10 de 19 de Novembro;
8. Referência e contra-referência operacional;
9. Hospitais Centrais e de Carácter Regional dotados de um orçamento suficiente para atenderem à demanda.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: DNSS, Hospitais Centrais;

2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: DNRH, CECOMA, DNME, GEPE, INEMA, DPS;
3. Parceiros nacionais: MINFIM, Governos Provinciais;
4. Parceiros internacionais: OMS e hospitais de referência internacionais.

Indicadores de avaliação

1. Número de Hospitais Centrais de carácter Regional criados, ampliados, e apetrechados em meios técnicos e tecnológicos;
2. Número de evacuações para Luanda e para o exterior do País;
3. Número de serviços criados de hemodiálise, cuidados intensivos, oncologia, cardiologia de intervenção, cirurgia cardioráxica, neurocirurgia, cirurgia plástica reconstrutiva, serviços de ortotraumatologia especializada em cirurgia da coluna e artoplastia e transplante;
4. Indicadores de desempenho hospitalares, principalmente o número de internamentos, número e tipo de intervenção cirúrgica, número de consultas externas e por especialidade, número e tipo de exames laboratoriais realizados, número de hemodiálises, número de tratamentos de oncologia e número de pacientes atendidos em cuidados intensivos;
5. Taxa de mortalidade nas primeiras 24 horas, 48 horas, 7 dias, e 30 dias;
6. Taxa de mortalidade específica;
7. Taxa de letalidade específica;
8. Número de unidades que realizam TAC e Ecografia;
9. Número de especialistas formados e recrutados por Hospital Central e de Carácter Regional;
10. Número de unidades com telemedicina implementada;
11. Número de pesquisas e investigações realizadas;
12. Número de cursos de especialização abertos nos Hospitais Centrais;
13. Número de técnicos especializados e recrutados por Hospital Central e de carácter Regional;
14. Número de instrumentos para a melhoria de gestão e de referência e contra-referência elaborados;
15. Número de unidades com orçamento de acordo com as suas necessidades atribuído.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios mensais, trimestrais e anuais de actividades e financeiro dos Hospitais Centrais e de carácter Regionais;

2. Relatórios das evacuações médicas;
3. Instrumentos legais, normativos e de procedimentos elaborados e publicados;
4. Relatórios dos cursos de especialização;
5. Relatórios de investigação.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política para melhorar a qualidade dos serviços a nível terciário;
2. Crescimento e diversidade da capacidade de resposta do SNS;
3. Em curso a contratação de técnicos expatriados;
4. Abertos cursos de especialização em Angola.

Pontos fracos

1. Reduzido número de técnicos especializados nas diversas áreas prioritárias;
2. Não existência de políticas e de mecanismos de fixação de quadros a nível das Províncias, principalmente nas mais carenciadas;
3. Limitado financiamento;
4. Limitada capacidade de gestão a nível das unidades sanitárias;

Condicionantes ambientais

1. Falta de energia eléctrica;
2. Abastecimento irregular de água;
3. Tratamento de resíduos hospitalares;
4. Meios de comunicação deficientes, incluindo o sistema de rádio e a internet.

Projecto 32: Gestão e desenvolvimento do subsistema de saúde privado

Situação actual

O Serviço Nacional de Saúde em Angola é garantido, de modo tendencialmente gratuito e universal, abrangendo todo o território Nacional pelo Estado Angolano. O artigo 77.º da Constituição da República, consagra o acesso à saúde como direito universal de todo o cidadão angolano.

A Constituição consagra, no seu artigo 77, a existência de iniciativas particulares e de cooperativas, com fins lucrativos ou não lucrativos, no domínio da saúde, competindo ao Estado regular e fiscalizar as actividades destas. O exercício da actividade privada no âmbito da prestação de serviços de saúde é regulamentado pela Lei 21-B/92, Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde.

A Política Nacional De Saúde prevê assim, a coexistência do Serviço Nacional de Saúde, onde o Estado é o principal prestador dos serviços de saúde a nível Nacional, e o Sistema Privado, composto por agentes privados que irão contribuir para complementar a actividade do Estado e permitir a melhoria do estado sanitário do país.

Em Angola, o Subsistema Privado de Saúde, apesar de não existir definição legal para este termo, é caracterizado, essencialmente, pela natureza comercial e contratual das relações entre as diferentes partes, o prestador e os utentes, ou ainda, o intermediário do prestador e a empresa onde trabalha o beneficiário último. Não descurando da existência de entidades privadas, de cariz religioso ou humanitário, que visam prestar serviços de saúde sem fins lucrativos, caso das Igrejas e hospitais, centros missionários e outras ONGs.

O Subsistema Privado apresenta dois tipos de segmentos, que podem ser agrupados do seguinte modo:

1. Serviços providos por estabelecimentos e profissionais liberais, onde se engloba as actividades desenvolvidas pelos Consultórios Médicos, Clínicas, Centros Médicos, Gabinetes Especializados, Postos de Enfermagem, Laboratórios, Farmácias, Empresas Importadoras de Medicamentos, Indústrias Farmacêuticas e Ervanárias. Integram também este grupo os serviços de medicina natural e tradicional.
2. Serviços suplementares, que implicam a intermediação de operadoras de seguros e planos de saúde. Os planos de saúde podem ser geridos por empresas privadas que têm um programa de assistência à saúde para os seus funcionários ou contratam uma empresa terceira para gerir o referido plano. Contudo, a base ocupacional destes planos leva a que não seja adequado classificá-los como sistema de seguro privado.

Quanto ao licenciamento e a inspecção, compete ao Ministério da Saúde velar pela regulamentação, planeamento, avaliação e inspecção dos serviços de saúde prestados, quer pelo Sector Público como o Privado.

No que respeita ao licenciamento das actividades exercidas por agentes privados, compete à Inspeção Geral da Saúde efectuar o licenciamento e inspecção dos serviços assistenciais privados. No que respeita às farmácias e outras empresas importadoras de medicamentos e dispositivos médicos, a competência da Inspeção Geral da Saúde recai apenas sobre a inspecção, ficando o licenciamento e a normatização ao

cargo da Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos (Decreto Presidencial nº 178/13 de 6 de Novembro).

A Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos só autoriza o licenciamento das farmácias de oficina, pois as hospitalares são licenciadas aquando do licenciamento da Unidade Sanitária como um todo.

Em termos de infraestruturas sanitárias privadas (Tabela 1), actualmente o País conta com 65 clínicas, 505 centros médicos, 125 consultórios, 125 gabinetes de especialização, 62 laboratórios, 627 postos de enfermagem, 197 importadores distribuidores, 1307 farmácias, 3 ervanárias e 5 projectos de fábricas. A Tabela 1 descreve as infraestruturas por Província excepto os dados sobre as empresas retalhistas e grossistas. Baseando-se nos registos da Inspeção Geral de Saúde (2013) e da Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos (2013), no geral, grande parte das instituições privadas que prestam serviços de saúde estão localizadas principalmente na Província de Luanda.

Tabela 1 Número e localização das infraestruturas privadas sanitárias lucrativas e não lucrativas (2013)

| | PROVÍNCIAS | Clinicas | Centro médico | Consultório | Gabinete de especialização | Laboratório | Posto de enfermagem | Importadores distribuidores | Farmácias | Ervanárias | Projectos de fábricas | Depósitos de medicamentos |
|----|----------------|-----------|---------------|-------------|----------------------------|-------------|---------------------|-----------------------------|-------------|------------|-----------------------|---------------------------|
| 1 | LUANDA | 35 | 352 | 109 | 35 | 35 | 218 | | 1485 | | | 235 |
| 2 | HUAMBO | 5 | 5 | 3 | 3 | 0 | 115 | | | | | 2 |
| 3 | BIÉ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | | | | | |
| 4 | CABINDA | 6 | 32 | 1 | | 5 | 16 | | 37 | | | 6 |
| 5 | KWANZA SUL | 1 | 25 | 1 | | 3 | 23 | | 1 | | | 1 |
| 6 | MOXICO | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 59 | | 7 | | | |
| 7 | LUNDA NORTE | 3 | 2 | | | 4 | 33 | | | | | 12 |
| 8 | HUÍLA | 8 | 50 | 5 | 7 | 10 | 71 | | 12 | | | 1 |
| 9 | KUANDO KUBANGO | 2 | 7 | | | | 28 | | 12 | | | 10 |
| 10 | BENGUELA | 5 | 27 | 6 | 3 | 5 | 37 | | 17 | | | |
| 11 | KWANZA NORTE | 0 | 3 | 0 | 0 | 0 | 18 | | | | | 1 |
| 12 | BENGO | | | | | | | | 1 | | | |
| 13 | UÍGE | | | | | | | | | | | |
| 14 | MALANGE | | | | | | | | 2 | | | |
| 15 | LUNDA SUL | | | | | | | | | | | |
| 16 | ZAIRE | | | | | | | | | | | |
| 17 | CUNENE | | | | | | | | | | | |
| 18 | NAMIBE | | | | | | | | | | | 5 |
| | TOTAL | 65 | 505 | 125 | 48 | 62 | 627 | 197 | 1574 | 3 | 5 | 273 |

Fonte: Relatório IGS e DNME 2013

No que respeita aos Recursos Humanos alocados às Unidades Sanitárias e às empresas retalhistas e grossistas estão registados 241 farmacêuticos, 631 técnicos médios de farmácia e 597 técnicos básicos de farmácia.

Quanto ao sistema de informação sanitária, este é deficiente. É recomendado que as unidades sanitárias privadas enviem informação às Direcções Provinciais de Saúde. Contudo, a falta de retro informação, desestimula o envio regular de informação, aliado à falta de meios técnicos e humanos para analisar a referida informação.

Os principais constrangimentos associados ao Subsistema de Saúde Privado estão relacionados principalmente com a insuficiência de legislação para regular a actividade de prestação de cuidados de saúde privados como parceiro do Estado para garantir a acessibilidade da população aos cuidados. Actualmente o Subsistema de Saúde Privado conta apenas com os instrumentos legais apresentados no Quadro ao lado, carecendo então de um regime jurídico único para o licenciamento dos prestadores privados de cuidados de saúde bem como diplomas específicos para alguns tipos de unidades sanitárias oferecendo serviços de saúde específicos (ex.: imagiologia, análises clínicas, medicina dentária).

O sistema também carece de um regulamento para o funcionamento da Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos como Entidade licenciadora, aliada à falta de recursos humanos e materiais.

Outros constrangimentos prendem-se com:

- A existência de Unidades Sanitárias Privadas ilegais;
- A existência de Estabelecimentos retalhistas e grossistas ilegais;
- O cumprimento deficiente da legislação vigente pelas unidades sanitárias privadas;
- A insuficiência de recursos humanos dos órgãos inspectivos para o acompanhamento de cada US da rede privada;
- A existência de profissionais com certificados duvidosos/falsos;
- A baixa qualificação de algumas equipas das Inspeções Provinciais e Municipais de Saúde;
- A falta de sistematização do Sistema de Informação Sanitária, quer por parte do sector privado como por parte das Direcções Provinciais de Saúde e dos órgãos do MINSA responsáveis;
- Conflitos potenciais resultantes do trabalho a tempo parcial no Serviço Nacional de Saúde e no sector privado.

- Decreto Presidencial 191/10 de 1 de Setembro, Regulamento do Exercício da Actividade Farmacêutica
- Decreto nº 34-B/92 de 17 de Julho, Regulamento do exercício da Medicina Privada
- Decreto Presidencial 180/10 de 18 de Agosto, Bases Gerais da Política Nacional Farmacêutica
- Decreto 48/92 de 11 de Setembro, Regulamento das Instituições Privadas e de assistência Médico-sanitária
- Lei 21-B/92, de 29 de Agosto, Lei de bases do Sistema Nacional de Saúde
- Decreto Presidencial 262/10 de 24 de Novembro, Política Nacional de Saúde
- Lei 5/87, de 23 de Fevereiro, Regulamento Sanitário (já submetida proposta de actualização)
- Decreto executivo 57/03, actualiza o valor das infracções
- Decreto Executivo 124/06, Regula a inspecção Pré-embarque (IPE)
- Decreto 5/06, Código aduaneiro (o novo código entra em vigor em Janeiro de 2014)
- Lei 1/07, Lei sobre as actividades comerciais
- Decreto 289/10, regula o comércio grossista
- Decreto-lei 2/08, pauta Aduaneira angolana
- Despacho 306/08, Contrafação de Produtos farmacêuticos
- Lei 20/10, Contratação pública
- Decreto 288/10, Licenciamento da actividade Comercial
- Lei 20/11, Lei do Investimento privado
- Decreto Presidencial 275/11, regulamento de análises laboratoriais
- Decreto presidencial 63/13 Isenta a IPE

Quanto ao sistema de seguros privados, actualmente Angola conta com apenas uma seguradora que oferece seguros de saúde. Prevê-se que enquanto o Sistema de Saúde Angolano for universal, e tendencialmente gratuito, o espaço de crescimento para o mercado dos seguros privados de saúde será limitado o que se prevê para que o crescimento deste mercado seja possível, outras procuras deverão ser

desenhadas como por exemplo o ajuste da idade máxima para a subscrição de seguros e a diversificação dos seus produtos.

Angola tem ainda um incipiente sector privado de saúde, que poderá expandir-se no futuro, especialmente no que diz respeito a cuidados de saúde em ambulatório. Contudo, o risco que se põe é o aumento da despesa privada em saúde não reembolsável, que representará um grande esforço *out of pocket* por parte do consumidor. Apesar de a Constituição consagrar que o acesso à saúde é um direito universal de todo o cidadão angolano, existem serviços que actualmente estão excluídos do Serviço Nacional de Saúde. Um exemplo é a medicina dentária cuja prestação e financiamento são maioritariamente privados.

Devido a diversas implicações de âmbito técnico e financeiro que o Subsistema de Saúde Privado tem na população, o PNDS prevê uma melhoria na articulação entre as instituições públicas de saúde e privadas, incluindo as seguradoras, para garantir o acesso da população aos Serviços de Saúde de qualidade tal como consagrado na Constituição.

Estratégias operacionais

1. Garantir o acesso da população aos Serviços de Saúde de qualidade;
2. Prestação dos cuidados de saúde pelo Subsistema Privado com fins de promoção das acções da saúde, de prevenção, diagnóstico e terapêutica da doença e de reabilitação;
3. Melhoria da articulação entre as instituições de saúde públicas e privadas, contribuindo para uma necessária prontidão, continuidade e qualidade na prestação dos cuidados de saúde bem como a equidade do acesso da população aos cuidados;
4. Melhoria na intervenção do Estado na administração dos cuidados de saúde, acompanhada de adequada rentabilização da capacidade instalada, com o aumento e diversificação da oferta dos prestadores privados com ou sem fins lucrativos, assumindo-se sempre o Estado como garante do princípio da acessibilidade de todos os cidadãos aos cuidados de saúde.
5. Aumentar a credibilidade do Serviço Nacional de Saúde e do Subsistema Privado de Saúde acautelando os aspectos potencialmente conflituantes que resultam da presença de profissionais do Serviço Nacional de Saúde no Sector Privado;
6. Garantir segurança ao investimento do sector privado e criar condições de estabilidade que permitam não só caminhar para a separação inequívoca dos sectores público e privado em benefício dos utentes mas também facilitar a opção pela profissão fora do Serviço Nacional de Saúde;
7. Reorganização dos órgãos de inspecção em todo o País para um bom funcionamento do Subsistema Privado;
8. Advogar para que o sistema de seguro privado aumente as áreas de prestação que actualmente não estão cobertas por seguros privados tais como a cobertura de doenças catastróficas e cuidados continuados.

Metas

1. Até 2014, identificar o número de residentes em Angola que têm um seguro de saúde privado;
2. A partir de 2014, advogar para a existência de benefícios fiscais às Instituições que prestam serviços de saúde à população em geral;
3. A partir de 2015, identificar a proporção e o tipo de consultas privadas em ambulatório;
4. A partir de 2015, identificar a proporção e o tipo de internamentos privados;
5. Até 2015, elaborar o Plano Estratégico para a gestão e o desenvolvimento do Subsistema de Saúde Privado;
6. Até 2015, ter definido o papel do sector privado no âmbito dos cuidados primários e assistência hospitalar, com ênfase na promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento, bem como garantir o dever em relação a responsabilidade social;
7. Até 2015, definir legalmente os pressupostos e os princípios do Subsistema de Saúde Privado;
8. Até 2015, rever o Decreto nº 34-B/92 de 17 de Julho, sobre o Regulamento do Exercício da Medicina Privada, e o Decreto 48/92 de 11 de Setembro, sobre o Regulamento das Instituições Privadas e de assistência Médico-sanitária;
9. Até 2015, reforçar o sistema de informação sanitária do Subsistema Privado de Saúde, criando uma plataforma com regras definidas para unir todos os subsistemas de saúde;
10. Até 2015, criar um sistema de retro-informação no Ministério da Saúde, Direcções Provinciais e Municipais de Saúde para os estabelecimentos privados de saúde;
11. A partir de 2015, criar parcerias público-privadas nas áreas da formação dos técnicos existentes;
12. A partir de 2015, melhorar a articulação entre as instituições de saúde Públicas e Privadas, no quadro das acções de referência e contra referência;
13. Até 2016, contribuir para a realização de estudos para redefinir o pacote essencial de saúde;
14. Até 2016, contribuir para a realização de estudos sobre os custos dos serviços de saúde, as fontes e mecanismos de financiamento, o modelo de gestão e a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde;
15. Até 2016, definir os pressupostos e princípios subjacentes à contractualização com o sector privado com fins lucrativos ou não lucrativos;
16. Até 2017, criar normas e instrumentos legais que regulem o custo dos serviços de saúde;
17. Até 2025, criar parcerias público-privadas para aumentar a cobertura dos serviços de saúde que actualmente têm uma baixa cobertura.

Actividades e intervenções

1. Realizar estudos para identificar o número de residentes em Angola que têm um seguro de saúde, e a proporção e o tipo de consultas privadas em ambulatório e internamentos privados;
2. Realizar estudos sobre os custos dos serviços de saúde, as fontes e mecanismos de financiamento, o modelo de gestão e a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde;
3. Advogar para a existência de benefícios fiscais às Instituições que prestam serviços de saúde à população em geral;
4. Elaborar o Plano Estratégico para a gestão e o desenvolvimento do Subsistema de Saúde Privado;
5. Criar instrumentos legais que definam o papel do sector privado no âmbito dos cuidados primários e assistência hospitalar;
6. Criar instrumentos legais que definam os pressupostos e os princípios do Subsistema de Saúde Privado;
7. Rever o Decreto nº 34-B/92 sobre o Regulamento do Exercício da Medicina Privada, e o Decreto 48/92 sobre o Regulamento das Instituições Privadas e de assistência Médico-sanitária;
8. Reforçar o sistema de informação sanitária do Subsistema Privado de Saúde incluindo, recursos humanos, tipos e quantidade de serviços oferecidos, notificação das doenças e a notificação dos medicamentos prescritos;
9. Criar um sistema de retro-informação no Ministério da Saúde, Direcções Provinciais e Municipais de Saúde para os estabelecimentos privados de saúde;
10. Criar parcerias público-privadas para aumentar a cobertura dos serviços de saúde que actualmente têm uma baixa cobertura;
11. Criar parcerias público-privadas nas áreas da formação dos técnicos existentes.

Resultados esperados

1. Normas, regras e procedimentos do Subsistema de Saúde Privado publicados e regulamentados;
2. Situação actual e desempenho do Subsistema de Saúde Privado identificados;
3. Plano estratégico para a gestão e desenvolvimento do Subsistema de Saúde Privado elaborado;
4. Definido o papel do Subsistema de Saúde Privado no âmbito dos cuidados primários e assistência hospitalar;
5. Sistema de informação sanitária do Subsistema de Saúde Privado funcional;

6. Sistema de retro-informação para os estabelecimentos privados de saúde criado e implementado;
7. Variações dos custos dos serviços de saúde identificado;
8. Benefícios fiscais às Instituições que prestam serviços de saúde à população em geral criado;
9. Parcerias público-privadas criadas para aumentar a cobertura dos serviços de saúde de uma forma mais atempada e a formação dos técnicos.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: DNSS, IGS, DNME;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Gabinete Jurídico, GEPE;
3. Parceiros nacionais: Direcções Provinciais, Administrações Municipais e Direcções Municipais, ONGs Nacionais, instituições privadas de saúde com e sem fins lucrativos; MINJUS, Ministério do Comércio;
4. Parceiros internacionais: Banco Mundial, UNICEF, OMS, FNUAP, União Europeia, Cooperação Cubana.

Indicadores de avaliação

1. Número de instrumentos legais elaborados e aprovados;
2. Número de instrumentos legais regulamentados;
3. Plano Estratégico elaborado;
4. Número de relatórios remetidos pelas entidades privadas que actuam na saúde;
5. Número de acções de promoção em saúde realizadas;
6. Número de acções de responsabilidade social realizadas;
7. Número de parcerias público-privadas criadas.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios trimestrais e anuais das entidades privadas de saúde;
2. Instrumentos legais, normativos e de procedimentos elaborados e publicados;
3. Relatórios dos estudos realizados.
4. Encontros periódicos de diálogo e concertação entre representantes do sector público e privado da saúde.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Existência de legislação que prevê o subsistema privado como órgão complementar ao Serviço Nacional de Saúde;
2. Em curso a formação de médicos e enfermeiros nas universidades nacionais e no estrangeiro;
3. Estabilidade macroeconómica do País;
4. Ambiente de paz e consolidação da democracia no País;
5. Investimento estrangeiro no País com linhas de crédito.

Pontos fracos

1. Legislação insuficiente que regule a actividade privada no âmbito da saúde;
2. Limitada capacidade de gestão a nível das unidades sanitárias privadas;
3. Deficiente aplicação de normas e procedimentos promovidas pelos programas de Saúde Pública;
4. Número de recursos humanos limitado já que o Sector privado depende principalmente do pessoal que trabalha para o Serviço Nacional de Saúde;
5. Funcionamento deficiente dos órgãos de inspecção, o que limita o controlo de qualidade dos serviços privados de saúde;
6. Deficiente coordenação e integração entre as Direcções Provinciais de Saúde e Entidades Privadas de saúde.

Condicionantes ambientais

1. Custo elevado dos serviços de saúde privado;
2. Actividades complexas que envolvem mão-de-obra altamente especializada.

Pesquisa operacional

1. Realizar estudo para identificar a cobertura do Subsistema de Saúde Privado;
2. Realizar um estudo para identificar a qualidade e os custos do Subsistema de Saúde Privado.
3. Realizar estudo para identificar o tipo e número de beneficiários de sistema de seguros privados.

Projecto 33: Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde

Situação actual

A gestão dos resíduos hospitalares e de serviços de saúde constitui uma preocupação fundamental para a melhoria da qualidade de saúde pública e do ambiente. Para o efeito, são considerados resíduos hospitalares e de serviços de saúde todos os excedentes de matérias orgânicas e inorgânicas, contaminados ou não, que resultam da prestação dos cuidados de saúde humana e animal e demais actividades, tais como estéticas, científicas e comerciais. Estes resíduos representam riscos à saúde individual e colectiva com impactos significativos para o ambiente. Desse modo, a sua produção, armazenamento, valorização e eliminação impõe a necessidade de domínio de conhecimentos técnico-científicos e de implementação sistemática de políticas, planos e programas que visam a redução dos impactos negativos na sociedade. Em Angola, a proliferação de doenças transmissíveis aumenta a preocupação com os cuidados a ter com os resíduos hospitalares e de serviços de saúde, quando associado com o estado de vulnerabilidade do saneamento básico ainda existente.

Face a esta situação, urge a necessidade de se elaborar e implementar o regulamento sobre gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde para se conjugar com a Lei n.º 21-B/92 de 28 de Agosto, Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde, Lei nº 5/98 de 19 de Junho – Lei de Bases do Ambiente, Lei nº 51/04 de 23 de Julho - sobre Avaliação de Impacte Ambiental, Decreto Presidencial nº 196/12 de 30 de Agosto, que Aprova o Plano Estratégico para a Gestão de Resíduos Urbanos, a Lei 5/87 de 23 de Fevereiro, que aprova o Regulamento Sanitário, na Lei nº 6/02 de 21 de Junho, Lei das Águas, Decreto Executivo n.º 62/11, de 14 de Abril, que aprova o Regulamento da Biossegurança, o qual estabelece as regras básicas para a implementação de medidas de protecção e segurança dos trabalhadores dos serviços de saúde que poderão colmatar a actual situação e, por conseguinte, reduzir os impactos destes resíduos na saúde pública e no ambiente.

Estratégias operacionais

1. Garantir que todos os resíduos hospitalares e de serviços de saúde são adequadamente geridos;
2. Realização do Seminário Nacional sobre Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde;
3. Criação do Grupo Técnico Nacional sobre Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde;
4. Elaboração do Plano Estratégico de Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde;
5. Implementação de Planos de Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde nas unidades sanitárias públicas e privadas e serviços conexos à saúde pública;
6. Licenciamento de empresas para gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde;

7. Formação e profissionalização de quadros em matérias específicas de gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde;
8. Sensibilização dos gestores públicos e privados e funcionários da saúde, comunidades e parceiros sociais sobre a importância dos riscos e da gestão dos resíduos hospitalares e de serviços de saúde;
9. Integração da gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde nas comissões hospitalares de biossegurança, com apoio de uma equipa técnica permanente de Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde;
10. Monitoria das infeções hospitalares nas unidades sanitárias públicas e privadas e serviços conexos à saúde pública.

Metas

1. Até 2014, elaborar o instrumento legal que regula a gestão dos resíduos hospitalares e dos serviços de saúde;
2. Até 2014, elaborar e aprovar o Plano Estratégico de Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde;
3. Até 2015, elaborar os Planos de Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde de todas as unidades sanitárias do Sistema Nacional de Saúde;
4. Até 2016, implementar os Planos de Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde nas unidades sanitárias públicas e privadas;
5. Até 2016, implementar os Planos de Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de saúde nos demais serviços conexos à saúde pública;
6. Até 2016, implementar e ter em funcionamento as Comissões de Biossegurança nas unidades sanitárias com internamento;
7. A partir de 2016, inspecionar e fiscalizar as empresas prestadoras de serviços em gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde.

Actividades e intervenções

1. Elaborar o instrumento legal e Plano Estratégico de Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde;
2. Divulgar a legislação a nível Nacional por meio de seminários nacionais e provinciais;

3. Elaborar os Planos de Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde nas unidades sanitárias públicas e privadas e prestadores de serviços conexos à saúde pública produtores de resíduos dos serviços de saúde;
4. Implementar os Planos de Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde nas unidades sanitárias públicas e privadas e prestadores de serviços conexos à saúde pública produtores de resíduos de saúde;
5. Acompanhar e fiscalizar a implementação dos Planos de Gestão dos Resíduos e de Serviços de Saúde nas unidades sanitárias públicas e privadas e prestadores de serviços conexos à saúde pública geradores de resíduos de saúde;
6. Formar e profissionalizar quadros especialistas em gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde;
7. Promover seminários técnicos de capacitação dos funcionários da saúde ao nível dos serviços;
8. Criar comissões de gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde nas unidades sanitárias, nas quais se congregarão as comissões de biossegurança;
9. Equipar as unidades sanitárias públicas com equipamentos adequados para o tratamento de resíduos;
10. Promover campanhas de sensibilização e educação ambiental no âmbito das comunidades, principalmente nas áreas em torno das unidades sanitárias.

Resultados esperados

1. Melhoria da gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde;
2. Redução da taxa de infecções hospitalares;
3. Redução da poluição das águas contaminadas por resíduos hospitalares;
4. Melhoria da qualidade ambiental das comunidades em torno de unidades sanitárias;
5. Melhoria da higiene hospitalar.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Direcção Nacional dos Serviços de Saúde; Ministério do Ambiente; Governos Provinciais, Unidades Sanitárias;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: IGS, Gabinete Jurídico, GEPE, DNSP;
3. Parceiros nacionais: Direcções Provinciais, Administrações Municipais e Repartições Municipais, ONGs Nacionais, instituições privadas de saúde com e sem fins lucrativos; MINJUS;

4. Parceiros internacionais: Banco Mundial, UNICEF, OMS, FNUAP, União Europeia, Cooperação Cubana.

Indicadores de avaliação

1. Número de unidades sanitárias com planos de gestão elaborados e implementados;
2. Número de actos inspectivos efectuados nas unidades sanitárias e prestadores de serviços conexos à saúde pública;
3. Número de fiscalizações efectuadas às empresas prestadoras de serviços em gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde;
4. Taxa de infecções hospitalares;
5. Números de reuniões e actividades realizadas pelas comissões de biossegurança nas unidades sanitárias com internamento;
6. Número de formações realizadas;
7. Percentagem de profissionais que adoptam boas práticas de gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios das unidades sanitárias públicas e privadas;
2. Inspeções programadas e não-programadas, vistorias, auditorias e inquéritos;
3. Relatório de monitorização das infecções hospitalares;
4. Relatório de implementação dos planos de gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde;
4. Actas de reuniões das comissões de biossegurança;
5. Relatórios dos estudos periódicos, por inquéritos, sobre a taxa de infecção hospitalar.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Tomada de consciência dos decisores dos sectores da saúde e ambiente sobre a necessidade urgente de elaboração normativa sobre gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde;
2. Existência de condições financeiras para execução do Plano Estratégico de Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde;

3. Existência de legislação básica do ambiente e da saúde.

Pontos fracos

1. Falta de técnicos qualificados em matéria de gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde;
2. Reduzido número de empresas prestadoras de serviços em gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde credenciadas para o efeito;
3. Baixos índices de sensibilização dos técnicos sobre a importância da gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde;
4. Escassez de sistema de tratamento e eliminação de resíduos hospitalares e de serviços de saúde;
9. Inexistência de legislação e normas sobre gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde.

Condicionantes ambientais

1. Deficiência do saneamento básico nas áreas urbanas.

Pesquisa operacional

1. Estudo exploratório sobre a situação dos resíduos hospitalares e de serviços de saúde em 10 Províncias de Angola, nomeadamente: Luanda, Cabinda, Moxico, Benguela, Huila, Kwanza Sul, Malanje, Lunda Sul, Zaire e Cuando Cubango;
2. Estudo sobre quantidade de resíduos hospitalares e de serviços de saúde produzidos nas grandes unidades sanitárias e seus impactos ambientais e na saúde pública;
3. Estudo exploratório sobre experiências internacionais e regionais, nomeadamente: Namíbia, Brasil e África do Sul.

Projecto 34: Medicina tradicional

Situação actual

A Medicina Tradicional é definida pela OMS como uma combinação total de conhecimentos, habilidades e práticas, baseadas em teorias, crenças e experiências oriundas de diferentes culturas, sejam ou não explicáveis cientificamente, e que são usadas para manter a saúde, a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças físicas ou mentais.

Em Angola, a Medicina Tradicional assenta fundamentalmente na fitoterapia, tendo em vista que 72,4% da população utiliza as plantas medicinais para o tratamento de diversas doenças. Existe literatura referente, nomeadamente à inventariação e uso de plantas medicinais angolanas, assim como associações de terapeutas tradicionais, nas diferentes modalidades da Medicina Tradicional.

Outros procedimentos da Medicina Tradicional como a homeopatia, acupunctura, massagens, terapias bioenergéticas têm sido implementados em Angola e são utilizados para a prevenção e tratamento de certas doenças.

A Política Nacional de Saúde aprovada em 2010, reconhece que a Medicina Tradicional se encontra num estado ainda incipiente, apesar de que muitos pacientes recorrem a este sector. Reconhece ainda, que carece de um quadro legal.

Apesar dos grandes investimentos em estruturas, recursos humanos e equipamentos, actualmente o Serviço Nacional de Saúde, cobre apenas cerca de 60% da população, e existe o sentimento de que grande parte da população nas áreas periurbanas e rurais utilizam os serviços fornecidos pela Medicina Tradicional.

Assim, considerando a provável utilização da Medicina Tradicional pela população angolana, o Executivo identificou como oportuno a elaboração e aprovação da Política Nacional de Medicina Tradicional e Práticas Complementares, bem como a sua Estratégia de Implementação.

No âmbito do Programa Nacional de Desenvolvimento Sanitário, a prioridade será estudar a viabilidade de articulação da Medicina Tradicional e Práticas Complementares com o SNS, de forma sustentável.

Estratégias operacionais

1. Revisão e aprovação da Política Nacional de Medicina Tradicional e Práticas Complementares;
2. Criação e nomeação da Comissão Instaladora da Direcção/Departamento Nacional e outros órgãos, departamentos e instituições que resultarem aprovadas;

3. Criação da Direção/Departamento Nacional da Medicina Tradicional, responsável pela, regulamentação, coordenação e implementação das variantes terapêuticas tradicionais nacionais e internacionais e desenho da estrutura e organigrama;
4. Elaboração das normas e instrumentos jurídicos para o exercício da Medicina Tradicional e Práticas Complementares no País;
5. Elaboração de um Plano Estratégico Operacional para a implementação da Política de Medicina Tradicional e Práticas Complementares no Serviço Nacional de Saúde a todos os níveis de assistência (primário, secundário e terciário) conforme o Cronograma a ser aprovado no contexto do PNDS;
6. Criação do Centro Nacional de Referência da Medicina Tradicional e Práticas Complementares e os Centros Provinciais;
7. Desenvolvimento da produção a nível local e Nacional de fitofármacos e outros produtos naturais, de acordo com as normas da DNME;
8. Regulamentação do exercício farmacêutico das ervanárias;
9. Realização de investigação nas modalidades da Medicina Tradicional e Práticas Complementares, para valorizar a sua eficácia, segurança e impacto social e económico de acordo com as normas do Comité de Ética do MINSA²⁰;
10. Sensibilização dos profissionais de saúde para a aceitação dos terapeutas tradicionais, de forma a permitir um trabalho de complementaridade;
11. Elaboração de instrumentos que permitam avaliar a competência e desempenho dos detentores do conhecimento tradicional, para a sua certificação.

Metas

1. Até 2015 aprovar a Política Nacional de Medicina Tradicional e Práticas Complementares.
2. Até 2014, regulamentar e iniciar a implementação da Política de Medicina Tradicional e Práticas Complementares, no Sistema Nacional de Saúde;
3. Até 2013, elaborar o diagnóstico da Medicina Tradicional no País para o seu enquadramento legal, com base:
 - No levantamento e cadastro da medicina tradicional, visando o direito da propriedade intelectual e a protecção do património natural com potencial medicinal do País;
 - Na realização do censo e cadastro dos praticantes;

²⁰ Ver Projecto 46: Desenvolvimento da Investigação em Saúde.

- Atualização e Registo da Associação Angolana dos Praticantes da Medicina Tradicional;
 - Inscrição na Faculdade de Medicina do Curriculum da Medicina Tradicional e reconhecimento na Ordem dos Médicos e no plano de recursos humanos do MINSA;
 - Criação da Associação Angolana dos Profissionais da Medicina Tradicional e Práticas Complementares;
4. Até 2015, definição das variantes terapêuticas tradicionais, nacionais e internacionais, a serem aceites no país: medicina ervanária, quiropraxia, massagens e ginásio terapêutica, acupuntura e técnicas afins, medicina tradicional asiática, homeopatia, terapia floral, ozono-terapia, magnetoterapia, talassoterapia, termalismo e águas minero-medicinais, lama-terapia e crioterapia;
 5. Até 2014, elaborar um Plano Estratégico Operacional da Medicina Tradicional;
 6. Até 2014, criar um Código de Ética para protecção do exercício profissional da Medicina Tradicional e práticas complementares;
 7. Até 2015, criar uma Comissão Nacional de peritos em Medicina Tradicional e Práticas Complementares;
 8. Até 2016, realizar estudos para elaborar uma lista básica de medicamentos tradicionais;
 9. Até 2014, regulamentar o exercício farmacêutico das ervanárias, tendo em vista o Decreto Presidencial nº 191/10 de 1 de Setembro, sobre o Regulamento do exercício da actividade farmacêutica;
 10. Até 2015, elaborar instrumentos que permitam avaliar a competência e desempenho dos detentores do conhecimento tradicional, para a sua formação e certificação;
 11. Até 2018, criar o Centro Nacional de Referência de Medicina Tradicional e Práticas Complementares;
 12. Até 2025 criar e integrar uma rede de laboratórios de produção de fitofármacos e outros produtos naturais em 50 % das Províncias.

Actividades e intervenções

1. Elaborar o diagnóstico da medicina tradicional no País para o seu enquadramento legal;
2. Elaborar o Plano Estratégico Nacional da Medicina Tradicional;
3. Aprovar e institucionalizar os procedimentos e modalidades da Medicina Tradicional e práticas complementares, de acordo com o rigor científico e princípios éticos exigidos para o exercício da medicina convencional;
4. Criar um Centro de Referência para o desenvolvimento da Medicina Tradicional;

5. Promover a utilização de medicamentos tradicionais de eficácia comprovada cientificamente, a fim de reduzir os gastos em medicamentos usados convencionalmente;
6. Estimular a parceria com organizações nacionais e internacionais no desenvolvimento da Medicina Tradicional;
7. Implementar e regulamentar a prática da produção de medicamentos naturais, com vista a certificação da qualidade;
8. Elaborar o regulamento para exercício farmacêutico das ervanárias em todo o País.
9. Realizar projectos de investigação em Medicina Tradicional, que se enquadram na estratégia do SNS de prevenção e tratamento das doenças prioritárias;
10. Realizar Programas de Promoção e Educação sobre Medicina Tradicional, cientificamente comprovados, através dos meios de comunicação massiva;
11. Elaborar o Código de Ética para protecção do exercício profissional da Medicina Tradicional.

Resultados esperados

1. Diagnóstico da Medicina Tradicional no País elaborado;
2. Medicamentos tradicionais e outros procedimentos da Medicina Tradicional, de eficácia comprovada utilizados;
3. Plano Estratégico Operacional para a Medicina Tradicional e Práticas elaborado;
4. Estudos para elaborar uma lista básica de medicamentos tradicionais realizados;
5. Rede de laboratórios de produção de fitofármacos e outros produtos naturais criada;
6. Políticas, leis, instrumentos, normas e regulamentos para a implementação da medicina tradicional criados e implementados;
7. Comissão Nacional de Peritos em Medicina Tradicional e Práticas Complementares criada;
8. População educada e sensibilizada sobre medicina tradicional;
9. Sociedade Angolana de Medicina Tradicional e Práticas Complementares criada;
10. Medicamentos tradicionais introduzidos no formulário Nacional de Medicamentos.
11. Terapeutas tradicionais formados e certificados;
12. Investigação clínica e farmacológica implementada.

Organismos e instituições de execução

1. Organismos de execução: INSP;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: DNME, Comité de Ética, DNSP, IGS;

3. Parceiros nacionais: Ministério da Agricultura, Ministério do Ambiente, Ministério do Ensino Superior e Ciência e Tecnologia, Ministério Geologia e Minas e Indústria, Ministério do Comércio, Ministério da Cultura, Ministério da Educação, Ministério da Comunicação Social, Ministério do Interior (Alfândega), Representantes das Associações e Organizações Não-Governamentais, dedicadas à Medicina Tradicional e práticas Complementares; Governos Provinciais; Administrações Municipais; Sociedade Civil; Turismo; Justiça; Finanças; Transporte;
4. Parceiros internacionais: OMS, Cooperação Cubana e outros.

Indicadores de avaliação

1. Adoptada a Política da Medicina Tradicional e Práticas Complementares no país;
2. Elaborado o diagnóstico integral da Medicina Tradicional e Natural no país;
3. Implementada a Estrutura Orgânica da MTN;
4. Quantidade de recursos humanos formados;
5. Número e tipo de investigação realizada e publicada, no domínio da Medicina Tradicional e Práticas Complementares;
6. Criação do Centro de Referência Nacional e Centros de Referência Provinciais;
7. Generalizado o uso de recursos tradicionais e outros procedimentos da Medicina Tradicional de eficácia comprovada;
8. Implementado o Plano Estratégico Operacional para a Medicina Tradicional;
9. Elaborada a lista básica de medicamentos tradicionais;
10. Criada a rede de laboratórios de produção de fitofármacos e outros produtos naturais;
11. Implementada a base jurídica e normativa da Política de Medicina Tradicional;
12. Comissão Nacional de Peritos em Medicina Tradicional em funcionamento;
13. Existência do relatório sobre o conhecimento e uso da População sobre Medicina Tradicional;
14. Documentos sobre a criação da Sociedade Angolana de Praticantes da Medicina Tradicional e de Profissionais da Medicina Tradicional Práticas Complementares;
15. Formulário dos produtos terapêuticos naturais elaborado;
16. Número de investigações clínicas e farmacológicas realizadas.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Monitorização e visitas de supervisão para avaliação sistemática do grau de implementação das actividades planificadas;
2. Inquéritos, relatórios periódicos e relatórios de capacitação e boletins;

3. Avaliação do impacto da Medicina Natural e Tradicional nos indicadores do Sistema Nacional de Saúde.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política de valorizar a Medicina Tradicional;
2. Suporte técnico da OMS e de outras agências de cooperação técnica para o reforço do Serviço Nacional de Saúde.
3. Existência de documento de Política Nacional de Medicina Tradicional e Práticas Complementares.

Pontos fracos

1. Falta de documentos aprovados que regulem a prática da Medicina Tradicional;
2. Inexistência de dados sobre o número de locais, de praticantes e de modalidades de Medicina Tradicional, no País;
3. Falta de infraestrutura para a produção de medicamentos ervários e outros produtos naturais;
4. Inexistência de projectos de investigação básica e clínica dos procedimentos da Medicina Tradicional;
5. Ausência de projectos de formação e capacitação de recursos humanos da saúde em Medicina Tradicional;
6. Falta de financiamento;
7. Inexistência de documentação confiável sobre o potencial natural com utilidade terapêutica.

Condicionantes ambientais

1. Abastecimento de água e de energia eléctrica;
2. Áreas com propensão de cheias e secas;
3. Falta de estruturas e equipamento para investigação.

Pesquisa operacional

1. Identificação de recursos naturais autóctones (vegetal, animal e mineral) com potencialidades terapêuticas, seu registo e proteção, bem como do mapa de distribuição Nacional;
2. Realizar investigações básicas para a determinação de fitoquímicos e identificação de princípios activos das plantas com propriedades medicinais do património natural de Angola;
3. Realizar estudos para a identificação e registo dos procedimentos terapêuticos tradicionais do património cultural de Angola;
4. Realizar estudo para a avaliação da Medicina Tradicional e Práticas Complementares no País;
5. Realizar investigações clínicas com o objetivo de confirmar a eficácia e a efectividade dos procedimentos da medicina tradicional.

Subprograma de segurança transfusional

Projecto 35: Revitalização do Serviço Nacional de Sangue

Situação actual

A actividade transfusional em Angola é coordenada pelo Instituto Nacional de Sangue, localizado no Hospital Josina Machel.

O Instituto Nacional de Sangue é um serviço de referência Nacional na área transfusional. Além de exercer a função de coordenador, também presta serviços de recolha, processamento e fornecimento de sangue para as principais unidades sanitárias da Província de Luanda.

O papel fundamental que a utilização terapêutica do sangue humano ocupa actualmente na prestação dos cuidados de saúde, conduz à imperiosa necessidade de definir políticas relativamente à sua obtenção. A política de segurança transfusional de sangue em curso, determina o despiste em todos os dadores de doenças transmissíveis por transfusão, nomeadamente: VIH, hepatite B, Hepatite C, Sífilis e Malária.

O Instituto Nacional de Sangue desempenha igualmente funções de Centro Provincial de Sangue controlando directamente os Postos Avançados de Hemoterapia nos Hospitais de referência. Como procedimento padrão, neste centro, todo o sangue colhido é separado em componentes nomeadamente; concentrado de eritrócitos, concentrado de plaquetas e plasma Fresco Congelado.

Cada capital Provincial possui um Centro Provincial, na sua maioria a funcionar nos Hospitais Gerais por falta de estruturas próprias.

Assim o Serviço Nacional de Sangue está constituído por 130 serviços de transfusão de sangue sendo 18 Centros Provinciais, 17 Postos Avançados de Hemoterapia em Hospitais de referência e 95 Hospitais Municipais.

Relativamente ao transplante de órgãos, nada ainda está institucionalizado ou estruturado, nomeadamente a consciencialização da população relativamente à sua necessidade e importância enquanto opção de tratamento, especialmente no que concerne ao transplante de córneas e de rins.

Têm sido notificados alguns casos de reacção transfusional, o que nos alerta para o reforço da hemovigilância.

Entre as dificuldades enfrentadas pelo SNS, está a falta de infra-estrutura adequada e independente para o Instituto Nacional de Sangue, que actualmente funciona sem espaço para desenvolver cabalmente as suas actividades, o que tem contribuído para a desmotivação dos seus quadros, situação extensiva à maioria das Províncias.

A prioridade para a segurança transfusional em Angola passa de entre outros pela efectivação dos seguintes pontos; (i) Publicação da Política Nacional de Sangue, (ii) revitalização do Serviço Nacional de Sangue, (iii) Sistema de qualidade (iv) Promoção da dádiva benévola de sangue.

Da publicação da Política Nacional de Sangue depende um melhor desempenho e enquadramento do Serviço Nacional de Sangue.

O Serviço Nacional de Sangue conta com o plano de revitalização que permite a extensão de sangue seguro a todos os serviços de transfusão.

Visa aumentar a capacidade de actuação do INS, junto do Serviço Nacional de Transfusão, melhorar as condições dos serviços administrativos e técnicos, de forma a alcançar um maior nível na oferta regular e voluntária do sangue, reduzir a dependência das doações familiares, bem como promover o uso apropriado e a disponibilidade de sangue para todos aqueles que precisam.

Com efeito, afigura-se imprescindível a criação de condições para a descentralização dos serviços técnicos transfusionais para o nível Provincial, mantendo dependência política e metodológica em relação ao Instituto Nacional de Sangue, mas tornando-os autónomos. Por sua vez os Centros Provinciais coordenarão a organização dos Centros Municipais, a maior parte dos quais recentemente criados, explicando-se assim a Municipalização dos serviços de sangue.

O Sistema de qualidade irá permitir a padronização de todos os procedimentos dos serviços e a definição da política de qualidade.

Seguindo a orientação da OMS, o SNS pretende promover a doação de sangue voluntária, benévola e não remunerada, para a segurança transfusional.

Investimentos em promoção com vista a educação e sensibilização da população para a doação de sangue, irão resultar na disponibilidade de sangue seguro e numa melhor prestação de cuidados de saúde à população.

Com o PNDS pretende-se assegurar que os serviços estejam à altura das exigências nacionais e internacionais sustentadas por pessoal especializado e adequado.

Estratégias operacionais

1. Aprovação e publicação da Política Nacional de Sangue;
2. Reforço da coordenação e funcionamento do Serviço Nacional de Sangue;
3. Construção das infraestruturas para o funcionamento do Instituto Nacional de Sangue e dos Centros Provinciais;
4. Implementação do Sistema de Segurança e Qualidade Transfusional;
5. Formação e capacitação dos recursos humanos;
6. Incremento da sensibilização da sociedade sobre a necessidade da dádiva benévola de sangue em todo o País;
7. Promoção do uso racional do sangue e seus componentes;
8. Estabelecimento de alianças e integração com outras Instituições e programas;
9. Estabelecimento de um sistema de informação e hemovigilância;
10. Informatização do Serviço Nacional de Sangue;
11. Realização de campanhas de doação voluntária de sangue durante os eventos nacionais.

Metas

1. Até 2014, publicar a Política Nacional de Sangue;
2. Até 2014, iniciar a obra de construção do Instituto Nacional de Sangue;
3. Até 2014, implementar o Sistema de Segurança e Qualidade Transfusional em todos os níveis de atenção;
4. Até 2014 e 2021, atingir 50% e 100% de dadores voluntários e benévolos, respectivamente;
5. A partir de 2015, generalizar e uniformizar o uso do cartão do dador voluntário benévolo;
6. Até 2015, recrutar 200 técnicos na Província de Luanda e 100 técnicos em cada Província;
7. A partir de 2015, capacitar anualmente 200 técnicos de hemotrapia em todas as Províncias do país;
8. A partir de 2014, advogar para a inclusão no curriculum dos cursos de medicina, a disciplina de imunohemoterapia;
9. A partir de 2015, ter incluído no curriculum do curso médio de saúde a especialidade de imunohemoterapia;
10. A partir de 2014, realizar pelo menos 3 visitas de supervisão a todas as unidades que oferecem serviços de hemotrapia;
11. A partir de 2014, realizar 3 campanhas anuais de mobilização de dadores benévolos de sangue em todos os Municípios e Províncias;

12. A partir de 2015, adquirir 1 unidade móvel de colheita de sangue e 1 viatura de apoio, para os 18 Centros Provinciais de Sangue com o objectivo de apoiar as actividades de sensibilização de dadores e campanhas de doação de sangue;
13. Até 2017, construir, reabilitar, ampliar e apetrechar os 18 Centros Provinciais de Sangue;
14. Até 2017, equipar e completar a distribuição de equipamento para todas as unidades que oferecem serviços de hemotrapia;
15. Até 2017, implementar a descentralização do Serviço Nacional de Sangue;
16. Até 2025, construir pelo menos 1 Centro Municipal de Sangue em todas as Provincias.

Actividades e intervenções

1. Construir um Instituto Nacional de Sangue;
2. Construir, reabilitar, ampliar e equipar os Centros Provinciais e Municipais de Sangue;
3. Adquirir 1 unidade móvel de colheita de sangue e 1 viatura de apoio, para os 18 Centros Provinciais de Sangue com o objectivo de apoiar as actividades de sensibilização de dadores e campanhas de doação de sangue;
4. Elaborar a Política da Segurança e Qualidade Transfusional;
5. Elaborar o manual de segurança e qualidade transfusional;
6. Desenvolver acções que conduzam à Certificação e Acreditação do INS;
7. Incluir no Curriculum do curso médio de saúde a especialidade de imunohemoterapia;
8. Criar e manter um grupo de dadores de sangue voluntários benévolos e não remunerados;
9. Formar e capacitar os técnicos do nível Nacional, Provincial e Municipal;
10. Revitalizar o funcionamento do “Club 25”;
11. Advogar para a inclusão no Curriculum dos cursos de medicina, a disciplina de imunohemoterapia;
12. Elaborar um plano de manutenção de equipamentos;
13. Realizar pelo menos 3 visitas de supervisão por ano a todas as unidades que oferecem serviços de hemotrapia;
14. Capacitar técnicos de todas as Províncias e Municípios que oferecem serviços de hemotrapia;
15. Estabelecer um Sistema efectivo de informação e hemovigilância;
16. Adequar as normas e protocolos sobre o uso racional de sangue seguro;
17. Advogar para a criação de comités hospitalares de transfusão em hospitais seleccionados;
18. Reproduzir o cartão de dador de sangue voluntário benévolo.

Resultados esperados

1. Política Nacional de Sangue publicada;
2. Instituto Nacional de Sangue construído;
3. Centros Provinciais de Sangue construídos;
4. Unidades que transfundem equipadas;
5. Até 2021 todas as Províncias e Municípios têm serviços de sangue implementados;
6. Sistema de Segurança e Qualidade transfusional implementado;
7. Existência de Dadores voluntários e benévolos;
8. Técnicos em todas as Províncias capacitados;
9. Campanhas de sensibilização para doação de sangue realizadas.

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Instituto Nacional do Sangue;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Comité de Ética, DNSS, DNSP, INSP, Hospitais Municipais, Gerais e Centrais;
3. Parceiros Nacionais: Ministério da Educação, Ministério da Comunicação Social, Ministério do Ensino Superior; Universidades; empresas; DPS, Igrejas;
4. Parceiros Internacionais: OMS; União Europeia; Banco Mundial; AABB; CDC.

Indicadores de avaliação

1. Número de dadores voluntários e benévolos;
2. Número de serviços de transfusão existentes e operacionais;
3. Legislação sobre o sangue aprovada e publicada;
4. Número de Províncias e Municípios com serviços de segurança e qualidade transfusional implementados;
5. Número de roturas de sangue e seus componentes, reportados mensalmente.

Mecanismo de seguimento e avaliação

1. Relatório das actividades dos serviços de sangue existente;
2. Procedimentos escritos e implementados.
3. Documento legal sobre o sangue publicado no Diário da República.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política;
2. Existência de um Serviço que coordena a actividade a nível Nacional;
3. Existência de especialistas em Imuno-hemoterapia;
4. Legislação do sangue aprovada e publicada;
5. Existência de um sistema de recolha e registo de dados, embora incipiente;
6. Existência de quadros superiores especializados na matéria;
7. Instituto Nacional de Sangue adequadamente equipado;
8. Existência da Política Nacional de Sangue elaborada aguardando aprovação e publicação.

Pontos fracos

1. Falta de instalações adequadas para a actividade transfusional;
2. Número reduzido de dadores voluntários;
3. Dependência quase total de dadores familiares;
4. Falta de pessoal qualificado a nível Provincial;
5. Dificuldade em implementar estratégias de mobilização de dadores de sangue voluntários e não remunerados;
6. Falta de uma política Nacional de segurança e qualidade transfusional.

Condicionantes ambientais

1. Pobreza;
2. Crenças religiosas, culturais e tabus sobre a transfusão de sangue.

Subprograma de gestão e desenvolvimento da rede nacional de laboratórios

Projecto 36: Gestão e desenvolvimento da rede nacional de laboratórios

Situação actual

A prestação de cuidados de saúde de qualidade depende não só de estabelecimentos bem equipados, funcionais, recursos humanos capacitados, mas também de *diagnóstico laboratorial, complemento importante para recomendação do tratamento adequado.*

Em Angola o diagnóstico laboratorial na sua grande maioria, é efectuado em laboratórios clínicos localizados nas unidades sanitárias. Porém, a maioria dos Centros de Saúde do País não dispõe de meios de apoio ao diagnóstico. Alguns testes simples e rápidos, são realizados fora dos laboratórios.

O Instituto Nacional de Saúde Pública com o seu plano estratégico Nacional de laboratórios 2012-2025, tem como objectivo fortalecer a organização, liderança, coordenação e planificação da rede laboratorial Nacional, promovendo a integração entre a vertente de assistência médica e de saúde pública dos laboratórios.

A rede de laboratórios, está hierarquizada de acordo com a complexidade tecnológica existente ou a instalar e também de acordo com o nível de atenção de cuidados de saúde, na unidade de saúde onde o laboratório se insere.

Deste modo, os laboratórios são classificados em 5 níveis, nomeadamente:

Nível 5: Laboratório Nacional de Referência, Nível 4: Laboratório de Hospital Nacional, Nível 3: Laboratório de Hospital Provincial, Nível 2: Laboratório de Hospital Municipal, Nível 1: Laboratório de Centro de Saúde.

Por outro lado, de acordo com a complexidade do equipamento, os laboratórios estão estruturados em 4 tipos, nomeadamente: Laboratório tipo I: laboratório que não apresenta equipamentos automatizados, Laboratório tipo II: o que utiliza equipamentos semi-automatizados e Laboratório tipo III: o que utiliza equipamentos totalmente automatizados;

Laboratório misto: laboratório que utiliza equipamentos com diferentes graus de automatização.

O grau de complexidade dos laboratórios geralmente acompanha o nível hierárquico da unidade sanitária, sendo que os laboratórios do nível Municipal realizam procedimentos simples, enquanto os laboratórios de unidades de nível central, realizam procedimentos mais complexos.

Os de mais elevado nível de hierarquia são essencialmente laboratórios de saúde pública e estão localizados no Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP), possuem infra-estrutura maior e uma equipa mais diversificada com especialização das actividades.

O INSP dispõe de 13 laboratórios de referência Nacional, divididos em área Clínica e Ambiental.

Na perspectiva da implementação dos Centros de Excelência para o Controlo e Vigilância de Doenças, o País pretende complementar as valências existentes no Instituto Nacional de Saúde Pública com os laboratórios de outras instituições.

Existem laboratórios nas unidades de saúde das Forças Armadas. Estes seguem uma estrutura organizacional própria e independente.

O Instituto Nacional de Saúde Pública rege-se pelas normas e regulamentos que se seguem; (I) Regulamento Sanitário InterNacional, WHO,2005, (ii) Regulamento Sanitário da República Popular de Angola, Diário da República, Junho 1986, (iii) Declaração de Maputo sobre o Fortalecimento de Sistemas Laboratoriais, (iv) Sociedade Africana de Medicina Laboratorial (ASLM), (v) OMS/AFRO – Criação de Centros de Excelência e Laboratórios Supranacionais. (AFR/RC59/R4 9/2009), (vi) OMS/AFRO – Fortalecimento dos Laboratórios de Saúde Pública. (AFR/RC58/R2,09/2008),(vii) MINSA – Proposta de Revitalização dos Serviços de Laboratório Do Sistema Nacional de Saúde,(viii) MINSA – Plano Estratégico para os Serviços de Laboratório do VIH/SIDA, 2005-2010,(ix) Organização Mundial de Saúde/ Centro de Prevenção e Controlo de Doenças/ Atlanta – Guia para o Desenvolvimento de Planos Estratégicos Nacionais de Laboratório.

Estratégias operacionais

1. Criação do Comité Multissetorial de Aconselhamento para Rede Nacional de Laboratório de Saúde (CMATL).
2. Definição de uma estrutura hierarquizada da Rede Nacional de Laboratórios (RNL) de saúde (laboratório clínico e de saúde pública);
3. Criação da Secção dos Serviços de Laboratórios para planificar, coordenar e regular a actividade de laboratórios em Angola, em conformidade com as directrizes da OMS para fortalecimento dos laboratórios;
4. Implementação de um sistema de monitorização e avaliação da RNL;
5. Fortalecimento da componente de saúde pública nos laboratórios da Província com a introdução de novas metodologias de diagnóstico;

6. Asseguramento da participação dos responsáveis dos laboratórios nas reuniões clínicas e saúde pública;
7. Fortalecimento das colaborações interministeriais e operacionalizar as Comissões Interinstitucionais Permanentes de Saúde para a prevenção, resposta e controlo das ameaças de saúde pública, no contexto da implementação do novo regulamento sanitário internacional e regulamento sanitário Nacional.

Metas

1. Em 2013, criar e aprovar a Política e o Regulamento sobre os laboratórios;
2. Em 2015, criar a área de gestão dos serviços laboratoriais de toda a rede;
3. Em 2013, estruturar e padronizar os serviços da RNL;
4. A partir de 2013, assegurar a formação de formadores para garantir sistemas de qualidade da Rede Nacional de Laboratórios a todos os níveis;
5. A partir de 2013, acreditar os Laboratórios Nacionais, Regionais e Provinciais de referência;
6. A partir de 2013, produzir semestralmente um boletim de informação laboratorial;
7. A partir de 2014, reestabelecer os mecanismos de comunicação entre os técnicos de laboratório, clínicos e de saúde pública;
8. Em 2014, criar o Grupo Técnico Provincial da Rede de Laboratórios;
9. A partir de 2014, ter reuniões trimestralmente com o grupo Técnico da Província;
10. Até 2014, fazer o levantamento do número de laboratórios, tipo de condições, distribuição geográfica, necessidades para expansão, equipamento existente em cada laboratório, recursos humanos e tipo de análises que se efectuam de todas as unidades sanitárias, com o objectivo de definir o Sistema de Referência Laboratorial da Província;
11. Até 2015, estabelecer as matrizes de competências para a carreira de profissionais de laboratório;
12. A partir de 2015, planificar os serviços de laboratório com base na gestão integrada da informação laboratorial a todos os níveis;
13. A partir de 2015, elaborar anualmente o Plano de Acção da Rede, Nacional, Municipal e Provincial de Laboratórios de acordo com as linhas orientadoras do Plano Estratégico;
14. Em 2014, elaborar um estudo de viabilidade sobre o financiamento sustentável dos laboratórios da RNL;
15. A partir de 2014 ter os laboratórios de referência Nacional na Rede Regional Africana e Internacional de Laboratórios;

16. Até 2015, criar e implementar o sistema de registo, informação e comunicação da rede laboratorial;
17. A partir de 2015, elaborar e divulgar as normas e Directivas sobre o funcionamento, equipamento e procedimentos analíticos dos laboratórios;
18. Até 2015, implementar o Regulamento de funcionamento dos laboratórios em todos os laboratórios do Serviço Nacional de Saúde;
19. Até 2015, que todas as Províncias tenham elaborado o Plano de Remodelação dos Laboratórios para Acreditação;
20. Até 2015, criar uma equipa de formadores em cada Província;
21. Até 2025 capacitar anualmente, 182 técnicos de laboratório a todos os níveis de atenção: 36 em gestão; 36 em metodologias de investigação; 40 em manutenção do equipamento; 70 em procedimentos e técnicas de rotina.

Actividades e intervenções

1. Criar a Política Nacional de Laboratórios;
2. Definir a estrutura orgânica da área de Gestão dos Serviços Laboratoriais e respectivas responsabilidades e competências;
3. Realizar reuniões trimestralmente com o Grupo Técnico da Província;
4. Fazer o levantamento do número, tipo e condições dos laboratórios existentes, assim como a sua distribuição geográfica;
5. Definir o tipo de análises/serviços que devem ser implementados nos laboratórios de acordo com o perfil epidemiológico de saúde da Província;
6. Assegurar a participação dos responsáveis dos laboratórios nas reuniões clínicas e saúde pública;
7. Fazer o levantamento das necessidades de novas áreas de laboratório;
8. Elaborar um mapa com a descrição detalhada de equipamento existente em cada laboratório da Província;
9. Fornecer a lista padrão de análises/serviços do nível de laboratório;
10. Registrar os laboratórios da Província por níveis em conformidade com a estrutura actualizada;
11. Cadastrar os laboratórios da RNL por níveis;
12. Planificar e executar a aquisição de equipamentos, reagentes e consumíveis de acordo com as necessidades;
13. Elaborar o plano de manutenção preventiva dos equipamentos, de acordo com os fornecedores;
14. Planear e executar a manutenção da infraestrutura laboratorial com uma equipa técnica local;

15. Estruturar o sistema de registo/informação/comunicação laboratorial;
16. Criar uma equipa de formadores em cada Província;
17. Fornecer directivas de requisitos indispensáveis para a aquisição de novos equipamentos;
18. Fornecer directrizes para a aquisição de reagentes e consumíveis, de acordo com o mapa de equipamentos, recursos humanos e as novas metodologias a introduzir, fornecido pelas Províncias;
19. Apoiar a implementação das novas metodologias de diagnóstico;
20. Assegurar o pacote de serviços de cada nível da rede hierarquizada de laboratórios;
21. Definir e assegurar, os termos de referência para a secção de controlo da rede Nacional de Laboratórios;
22. Contratar profissionais para reforço dos recursos humanos;
23. Realizar actividades de formação em: (i) planificação e gestão; (ii) gestão de qualidade, metodologias de investigação; (iii) procedimentos e técnicas de rotina; (iv) manutenção de equipamentos;
24. Estabelecer a componente de Saúde Pública nos laboratórios e a coordenação entre laboratório e Vigilância Epidemiológica;
25. Adequar as ferramentas de avaliação das necessidades dos laboratórios da OMS/AFRO, as realidades do País;
26. Uniformizar e melhorar o sistema de informação laboratorial;
27. Adoptar as normas internacionais para nomeação de Laboratórios Nacionais de Referência;
28. Fortalecer o sistema de aprovisionamento de insumos e de manutenção de equipamentos e de infra-estruturas da Rede Nacional de Laboratórios e dos Laboratórios de Referência do INSP;
29. Elaborar e assegurar um programa de formação contínua dos técnicos a todos os níveis da rede Nacional de laboratórios;
30. Estabelecer mecanismos de monitorização e avaliação;
31. Assinar protocolos com instituições nacionais e internacionais;
32. Desenvolver mecanismos para assegurar a captação de fundos para a RNL;
33. Implementar o Programa de Acreditação Laboratorial de acordo com a OMS;
34. Dinamizar o Programa de Controlo Externo de Qualidade.

Resultados esperados

1. Área de gestão dos serviços laboratoriais no INSP criada;
2. Serviços da RNL estruturados e padronizados;
3. Laboratórios Nacionais, Regionais e Provinciais de referência acreditados;

4. Formação de formadores para garantir sistemas de qualidade da Rede Nacional de Laboratórios assegurada a todos níveis;
5. Serviços de laboratório com base na gestão integrada da informação laboratorial planificados;
6. Política Nacional e o Regulamento sobre os laboratórios criados e aprovada;
7. Estudo de viabilidade sobre o financiamento sustentável dos laboratórios da RNL elaborado;
8. Laboratórios de referência Nacional integrados na Rede Regional africana e InterNacional de laboratórios;
9. Boletim de informação laboratorial semestralmente produzido;
10. Anualmente, 182 técnicos de laboratório: 36 em gestão; 36 em metodologias de investigação; 40 em manutenção do equipamento capacitados.

Organismo e instituições de execução

1. Organismos de execução: INSP;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: DNSP, CECOMA, DPS, Hospitais, Inspeção Geral de Saúde, Gabinete do Plano, Gabinete Jurídico, Instituto de Combate e Controlo da Tripanossomíase; Instituto Nacional de Luta contra a SIDA, Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos;
3. Parceiros Nacional: Ministério da educação; Ministério do Ensino Superior, Ministério da Ciência e Tecnologia; Governos Provinciais;
4. Parceiros InterNacional: CDC/Atlanta, OMS; Associação Africana de Medicina Laboratorial, Associação InterNacional dos Institutos de Saúde Pública, Instituto Sul Africano.

Indicadores de avaliação

1. Política sobre laboratórios adoptada;
2. Número de formações efectuadas;
3. Número de profissionais contratados;
4. Número e tipo de equipamento adquiridos;
5. Número de protocolos com instituições nacionais e internacionais, assinados;
6. Relatórios/Boletins da Área de Gestão dos Serviços de Laboratório elaborados;
7. Relatórios da Comissão Multisectorial de Aconselhamento Técnico elaborados e aprovados;
8. Documento sobre a estrutura hierarquizada dos laboratórios, elaborado e aprovado;
9. Número de laboratórios integrados na RNL;

10. Número de laboratórios integrados nos sistemas de controlo externo de qualidade e de acreditação;
11. Número e tipo de ferramentas internacionais da OMS/AFRO, adotadas e implementadas;
12. Número de laboratórios reestruturados.

Mecanismo de seguimento e avaliação

1. Elaboração de relatórios mensais, trimestrais e anuais de desempenho;
2. Visitas de supervisão.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos Fortes

1. Sensibilidade do Ministério da Saúde para a problemática dos laboratórios
2. Existência de um Plano Estratégico Nacional de Laboratórios, elaborado em finais de 2011,
3. Existência do Despacho Ministerial que indica o Instituto Nacional de Saúde Pública, coordenador da RNL,
4. Reafirmação por todos os Países membros da OMS sobre a «Harmonização e Padronização da Testagem em Laboratórios Clínicos» (Declaração de Maputo);
5. Vontade política de se criar o Centro de Excelência de Prevenção e Controlo de Doenças de Angola de acordo com a resolução AFR/RC58/R2 da OMS;
6. Vontade dos profissionais de prestarem serviços laboratoriais confiáveis;
7. Suporte técnico da OMS e do CDC.

Pontos fracos

1. Inexistência de uma Política Nacional sobre Laboratórios;
2. Alocação orçamental insuficiente;
3. Formação académica e técnico-profissional, deficiente.

Condicionantes ambientais

1. Atribuição de verbas insuficientes para o Programa;
2. Atribuição insuficiente de cotas para admissão de pessoal;
3. Recrutamento de pessoal de formação.

Pesquisa operacional

1. Vigilância ambiental da qualidade do ar, da água e dos alimentos;
2. Vigilância da Serologia de Sarampo, VIH, Rubéola, Febre-amarela, Sífilis; Infecções de transmissão sexual, infecções diarreicas agudas e outras fontes de infecção;
3. Cultura e TSA as bactérias entéricas, do sistema urinário e outras fontes de infecção; Cultura de *Micobacterium tuberculosis* e TSA;
4. Diagnóstico molecular das espécies de vírus de influenza;
5. Pesquisa de vibrião colérico em amostras ambientais e clínicas e sua caracterização genético-molecular.
6. Estudos de sero prevalência de VIH, hepatite B e Sífilis em mulheres grávidas.
7. Validação de testes diagnósticos;
8. Pesquisa de agentes causadores de síndromes febris;
9. Estudo sobre a prevalência das micobactérias no país;
10. Estudo da susceptibilidade das *microbacaterium tubeculosis* aos tuberculostaticos;
11. Investigação básica em plantas medicinais.

Subprograma de assistência pré-hospitalar

Projecto 37: Gestão e desenvolvimento da assistência pré-hospitalar prestada pelo INEMA

Situação actual

O Instituto Nacional de Emergências Médicas de Angola (INEMA), é um órgão do MINSA, cuja missão é assegurar a Assistência Pré Hospitalar (APH) e evacuação assistida, em caso de doença súbita ou acidente, com compromisso vital eminente. Actualmente funciona com 63 Viaturas de Emergência Médica (VEM) em Luanda, distribuídas pelos Municípios de Cacucaco, Viana, Cazenga e Maianga, e 40 em outras quatro Províncias. Diariamente as VEM estão disponíveis das 08h00 às 21h00. Cada equipa de serviço é composta por dois enfermeiros e um motorista e contém o equipamento necessário para suporte vital básico. Quando requerido, por solicitação do órgão de tutela ou de outras autoridades nacionais, o INEMA desloca seus recursos, segundo um planeamento prévio, para locais da cidade onde seja necessário, para prover apoio a eventos ou ocasiões especiais. No período das 21h00 às 08h00, o número de VEMs reduz-se para quatro, as quais permanecem junto à base de operações no Bairro Neves Bendinha.

A Central 116 foi adquirida com tecnologia especializada para responder às chamadas telefónicas de emergência. Entretanto, quatro números de telefones móveis encontram-se em utilização para atendimento das solicitações de serviço, que são atendidas por médicos do INEMA.

A actual equipa é composta por médicos e principalmente enfermeiros, que possuem experiência prévia em bancos de urgência, mas não foram treinados nas técnicas de APH. Entretanto, a procura é incompatível com APH, pois casos simples que podem ser atendidos na rede de cuidados primários, têm solicitado a intervenção do INEMA.

O INEMA forma e capacita médicos, enfermeiros e outros profissionais para a assistência pré-hospitalar, conceito que está a ser introduzido no País. Para isso, possui profissionais formados e capacitados em métodos e técnicas de assistência pré-hospitalar, em número ainda muito reduzido.

Estratégias operacionais

1. Desenvolvimento e implementação da APH em Luanda e apoio à implementação gradual em todo o território Nacional;
2. Criação de um sistema autónomo de comunicação de radio e telefones;
3. Formação específica de profissionais em APH;

4. Desenvolvimento dos mecanismos, para a fiscalização do transporte de doentes;
5. Realização de actividades de IEC para promoção das atribuições do INEMA.

Metas

1. Até 2013, elaborar ferramentas de trabalho e documentação de referência (Normas do Sistema de Transporte de Doentes);
2. Até 2013 incrementar as actividades de socorro a sinistralidade rodoviária e ferroviária com a sua presença nos destacamentos de prevenção do Ministério de Interior;
3. A partir de 2013, desenvolver programas de comunicação social no âmbito da emergência médica;
4. A partir 2014, estruturar a assistência pré-hospitalar a nível Nacional;
5. A partir de 2014, formar anualmente pelo menos 25 técnicos em APH, em cada sede provincial;
6. A partir de 2015, ter disponível o acesso ao número Nacional de emergência médica 116;
7. Até 2015, elaborar o plano nacional para situações de crise e excepção;
8. Até 2015, realizar um estudo sobre os locais e tipos de estruturas de apoio às actividades do INEMA ao longo das vias rodoviárias, estações de comboio e portos marítimos e fluviais;
9. A partir de 2015, estabelecer o programa de cooperação internacional;
10. A partir de 2015, estabelecer o programa de qualidade e auditoria;
11. Até 2015, apresentar ao MINSA e Ministério da Educação uma grelha curricular de disciplinas de emergência médica para os cursos básicos, médios e superiores de enfermagem e cursos de medicina, e pós-graduação médica;
12. A partir de 2017, garantir a sustentabilidade financeira da APH;
13. A partir 2017, coordenar o Sistema Integrado de Emergência;
14. A partir de 2017, iniciar a implantação do INEMA nos Municípios com 1 centro de atendimento e pelo menos 6 ambulâncias (sendo 2 de suporte vital avançado, 1 de transporte de recém-nascidos e 3 básicas) para o socorro à sinistralidade rodoviária e transferência inter-hospitalar, em colaboração com o Serviço Nacional de Protecção Civil e Policia Nacional;
15. Até 2017, contruir a sede Nacional do INEMA;
16. Até 2021, construir e apetrechar as seis unidades físicas de apoio às actividades da Província de Luanda;
17. Até 2021, construir as sedes provinciais do INEMA e dota-las de capacidades humanas e técnicas adequadas, incluindo um parque para 20 viaturas;
18. Até 2025, ter a capacidade plena de resgatar cidadãos por via aérea de qualquer ponto do país;

19. Até 2025, ter as sedes municipais do INEMA em funcionamento pleno.

Actividades e intervenções

1. Desenvolver e coordenar as actividades relativas à APH;
2. Regular e fazer o acompanhamento legal das actividades públicas e privadas no âmbito da APH;
3. Monitorizar as actividades das entidades públicas e privadas do sector;
4. Criar o Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM);
5. Ampliar o centro de formação de técnicos em APH de Luanda e criar centros similares em Malanje, Huambo e Huíla;
6. Elaborar os “Manuais de procedimentos” para o médico, enfermeiro e motorista da emergência médica;
7. Integrar as equipas da Polícia Nacional e do Serviço Nacional de Protecção Civil e Bombeiros (SNPCB) nos destacamentos de prevenção e socorro a sinistralidade rodoviária por todo o país, usando os recursos humanos locais;
8. Criar as “normas dos sistemas de transporte de doentes” que permitam advogar a certificação das instituições que se proponham a dedicar-se à esta actividade;
9. Contruir a sede Nacional do INEMA;
10. Construir as sedes provinciais e municipais do INEMA;
11. Formar anualmente 25 técnicos na área de APH;
12. Construir e apetrechar 6 unidades físicas de apoio às actividades da Provincia de Luanda.

Resultados esperados

1. Acesso ao número Nacional de emergência disponibilizado;
2. Assistência pré-hospitalar a nível Nacional estruturada;
3. Unidades físicas de apoio às actividades construídas e apetrechadas;
4. Rede Provincial de apoio à emergência médica desenvolvida;
5. Sustentabilidade financeira garantida;
6. Sistemas de transporte de doentes estabelecido e certificado;
7. Recursos humanos para a APH formados;
8. Actividades de prevenção de acidentes desenvolvidas;
9. Sistema Integrado de Emergência Médica coordenado;

10. Plano Nacional para situações de crise e de excepção desenhado;
11. Actividades de APH em áreas remotas e rurais implementadas;
12. Programa de cooperação interNacional estabelecido;
13. Programa de qualidade e auditoria estabelecido;
14. Ferramentas de trabalho e documentação de referência elaboradas;
15. Programas de comunicação social no âmbito da emergência médica desenvolvidos e implementados.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismo de execução: INEMA
2. Organismo de apoio à implementação do Ministério da Saúde: DNSS, hospitais centrais, gerais e municipais;
3. Parceiros nacionais: MININT, Administrações provinciais e municipais;
4. Parceiro interNacional: INEM Portugal; SAMU; instituições similares da União Europeia.

Indicadores de avaliação

1. Número total de atendimentos a nível Nacional e Provincial;
2. Número e percentagem de casos atendidos, referidos aos hospitais;
3. Número de chamadas ao 116;
4. Número de quadros capacitados no domínio da assistência às emergências médicas;
5. Número e percentagem de técnicos recrutados em relação ao plano;
6. Cumprimento do Cronograma de implementação do plano de acção;
7. Montante e percentagem de recursos financeiros recebidos e utilizados em relação ao plano.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Visitas e relatórios trimestrais, e anuais de supervisão das actividades;
2. Fiscalizar a priorização de actividades a curto, médio e longo prazo;
3. Banco com dados e relatórios sobre a APH e acidentes;
4. Monitorar o andamento das entregas.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Pioneiro no mercado Angolano
2. Conhecimentos para implementar a APH em todo o território

3. Parceiros tecnológicos
4. Sustentabilidade

Pontos fracos

5. Custos elevados;
6. Falta de pessoal capacitado;
7. Grande extensão do território Nacional;
8. Necessidade de maior apoio do governo;

Condicionantes ambientais

1. Actividades complexas que envolvem mão-de-obra altamente especializada;
2. Exigência de muita agilidade e flexibilidade na gestão da instituição;
3. Excesso de burocracia;
4. Extensão do território Angolano;
5. Diversidade das condições.

PROGRAMA DE PLANEAMENTO, GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

O programa de planeamento, gestão e desenvolvimento de recursos humanos é constituído por três subprogramas e respectivos projectos a seguir listados:

Subprograma de planeamento de recursos humanos

Projecto 38: Planeamento de recursos humanos

Subprograma de gestão de recursos humanos

Projecto 39: Fixação dos recursos humanos em saúde

Projecto 40: Reformulação das carreiras específicas do sector da saúde

Projecto 41: Criação e implementação do sistema específico de avaliação de desempenho dos recursos humanos em saúde

Subprograma de desenvolvimento de recursos humanos

Projecto 42: Formação inicial dos recursos humanos em saúde

Projecto 43: Especialização pós-média e pós-graduação em ciências da saúde

Projecto 44: Formação permanente

Projecto 45: Formação de promoção

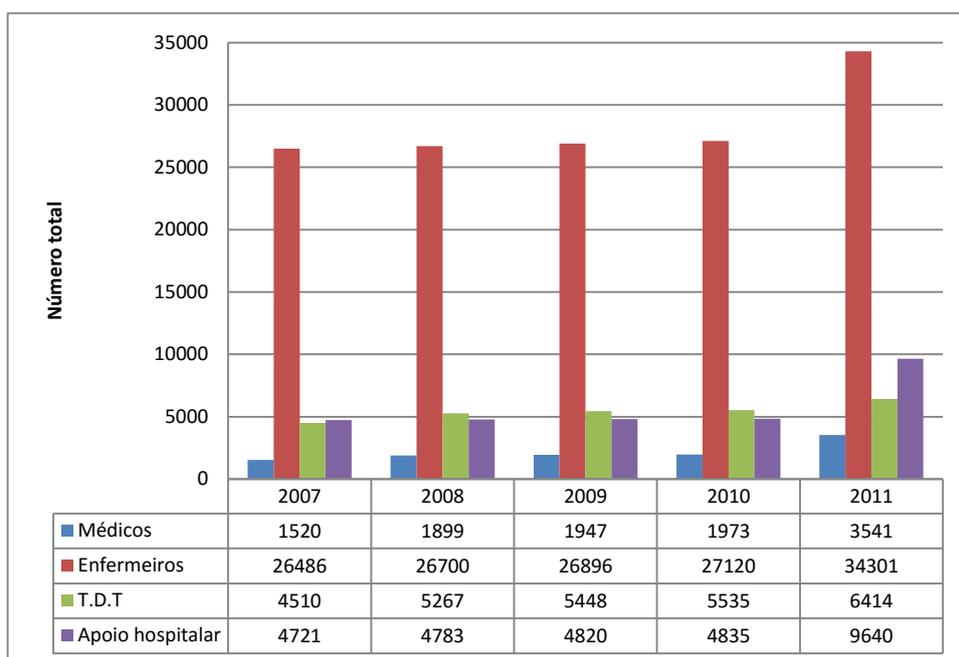
Subprograma de planeamento de recursos humanos

Projecto 38: Planeamento de recursos humanos

Situação actual

O panorama dos recursos humanos em saúde (RHS), em Angola, controlados pelo Ministério da Saúde, indica avanços significativos no número total de efectivos globais nos últimos cinco anos nas carreiras médica, de enfermagem, de técnicos de diagnóstico e de apoio hospitalar, onde as respostas dadas a nível central vêm permitindo soluções atempadas (Figura 1). Os indicadores actuais apontam, para cada 10 000 habitantes, um número de dois médicos (2/10.000), dezanove profissionais de enfermagem (19/10.000), quatro técnicos de diagnóstico e terapêutica (4/10.000), cinco trabalhadores de apoio hospitalar (5/10.000) e onze trabalhadores do regime geral (11/10.000).

Figura 1: Evolução da força de trabalho nos últimos cinco anos.



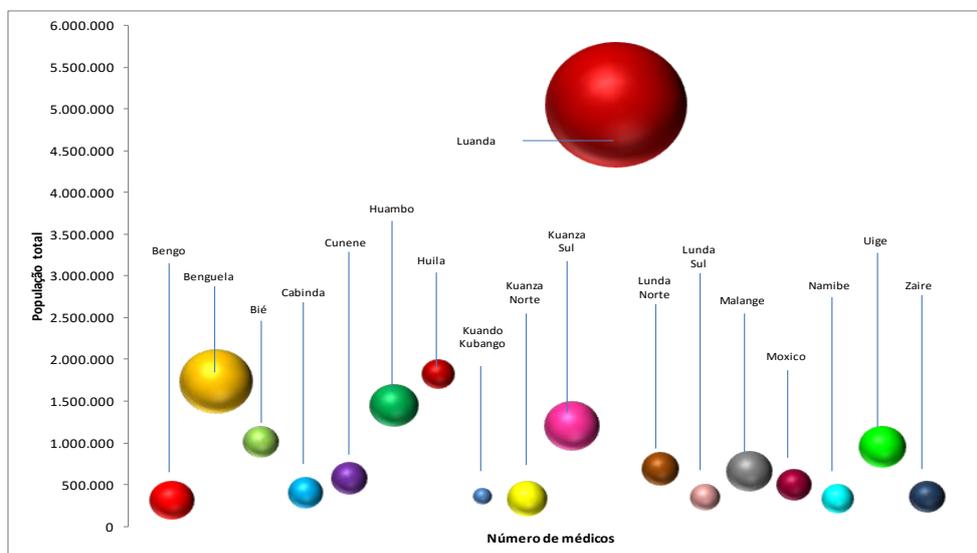
T.D.T: Técnicos de diagnóstico e terapêutica.

Apesar dos recursos humanos em saúde terem vindo a aumentar progressivamente para satisfazer a enorme demanda, existem diversos desafios que o Ministério da Saúde terá de ultrapassar:

Verifica-se uma distribuição geográfica assimétrica do pessoal do sector, sendo este um desafio importante do Programa de planeamento, gestão e desenvolvimento dos Recursos Humanos. De uma maneira geral, há fortes variações da densidade médica não só entre as Províncias (Figura 2), como também entre os Municípios, em detrimento das áreas rurais e áreas de difícil acesso. Luanda e as capitais provinciais acolhem cerca de 85% dos médicos, pois os hospitais centrais e gerais absorvem a maioria dos médicos para especialidades e subespecialidades em detrimento dos hospitais municipais. Esta distribuição assimétrica tem como consequências principais, a iniquidade na qualidade prestada, a sobrecarga dos hospitais gerais, o atendimento tardio dos doentes (lista de espera para as intervenções cirúrgicas longas), e, na maior parte das vezes, o aumento da mortalidade.

Importa referir que não existe um subsistema de informação com registo dos RHS, incluindo os dos órgãos de defesa e segurança Nacional, do sector privado lucrativo e não lucrativo e empresas públicas. Por este motivo, não se conhece o número de trabalhadores por área geográfica, por unidade sanitária, por categoria, por anos de serviço, idade e sexo. Esta lacuna constitui um constrangimento ao planeamento eficaz dos recursos humanos em saúde. Angola, junto com os membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP), e com o apoio da OMS, está a implementar o Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS), do qual faz parte a criação da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde da CPLP, que tem como objectivo propiciar amplo acesso a informações e análises sobre recursos humanos de saúde, facilitando a melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e programas sectoriais. Actualmente, Angola já tem instalado o Observatório dos Recursos Humanos nas Províncias do Huambo e Benguela.

Figura 2: Assimetria no Serviço Nacional de Saúde



| PROVINCIA | Nº DE MEDICOS |
|----------------|---------------|
| BENGO | 89 |
| BENGUELA | 243 |
| BIE | 55 |
| CABINDA | 52 |
| CUNENE | 59 |
| HUAMBO | 109 |
| HUILA | 49 |
| KUANDO KUBANGO | 15 |
| KWANZA NORTE | 72 |
| KWANZA SUL | 141 |
| LUANDA | 973 |
| LUNDA NORTE | 63 |
| LUNDA SUL | 39 |
| MALANGE | 94 |
| MOXICO | 56 |
| NAMIBE | 47 |
| UIGE | 101 |
| ZAIRE | 57 |
| TOTAL | 2314 |

No âmbito do programa de reforma administrativa do Executivo, os recursos humanos em saúde são agora geridos de forma descentralizada. Contudo, constata-se que os órgãos de recursos humanos em saúde a nível provincial são directamente dependentes dos governos provinciais, dificultando assim a articulação da gestão dos recursos humanos a nível municipal, provincial e central. É, assim, necessário instituir mecanismos que assegurem a articulação da Direcção Nacional de Recursos Humanos do Ministério da Saúde com as direcções provinciais e as repartições municipais, potenciando a sua função normativa, metodológica, e fiscalizadora, garantindo a qualidade, a distribuição harmoniosa e equitativa.

Estratégias operacionais

1. Avaliação das necessidades em recursos humanos;
2. Elaboração da Política e da Estratégia de Desenvolvimento de Recursos Humanos da saúde a curto, médio e longo prazo;
3. Desenvolvimento da capacidade de recolha, tratamento de dados e produção de informação sobre os recursos humanos do sector da saúde;
4. Desenvolvimento do sistema de mobilização, capacitação e reforma;
5. Formação de profissionais em administração e gestão de saúde a todos os níveis;
6. Revitalização dos cursos de administração hospitalar elaborados na Escola Nacional de Saúde Pública;
7. Advocacia para o aumento da quota de recursos humanos necessários por tipo de unidade sanitária e serviços de gestão e administração da saúde a nível Municipal;
8. Propiciamento do amplo acesso a informações e análises sobre recursos humanos de saúde, facilitando a melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e programas sectoriais;
9. Asseguramento vagas anualmente na função pública para os recém-formados nas áreas mais prioritárias do sector da saúde a nível Nacional.

Metas

1. Até ao fim 2015, realizar o estudo para a caracterização do quadro actual de recursos humanos em todo o Sistema Nacional de Saúde;
2. Até ao fim do 1º semestre de 2014, elaborar a Política Nacional e a Estratégia de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde;
3. Até ao fim de 2014, propor a actualização de um sistema de incentivos para a mobilização do pessoal médico, técnico e de enfermagem;

4. Até ao fim de 2015, actualizar as necessidades reais no quadro da municipalização do sistema de saúde;
5. Até 2015, ter padronizadas as condições físicas e técnicas de trabalho em todo o Sistema Nacional de Saúde;
6. Prover, de 2013 a 2025, os profissionais de saúde para preencher as necessidades estimadas por nível de atenção;
7. Até ao fim de 2016, dispor de um diploma que regule o recrutamento e o desenvolvimento integrado de recursos humanos nas 3 esferas de gestão do País: Municipal, Provincial e Central;
8. Até 2017, assegurar que cada comuna tenha pelo menos um técnico médio de saúde.

Actividades e intervenções

1. Estudar a composição, distribuição e localização dos recursos humanos em saúde por subsistemas e níveis de intervenção;
2. Elaborar a Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde;
3. Elaborar a Estratégia de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde;
4. Estudar os factores condicionantes para a mobilização do pessoal médico, técnico e de enfermagem;
5. Reinstaurar o sistema específico de formação em administração hospitalar;
6. Criar um programa específico de formação para administradores e gestores do sector da saúde;
7. Enquadrar um mecanismo de gestão de recursos humanos nos Municípios;
8. Suprir de quadros de pessoal por nível de atenção em função das necessidades;
9. Redefinir o sistema de incentivos para a mobilização de recursos humanos da saúde;
10. Criar o Observatório de Recursos Humanos da Saúde de Angola, incluindo o desenvolvimento dos mecanismos e procedimentos legais para o seu funcionamento;
11. Realizar o planeamento de efectivos com base no quadro analítico do pessoal por nível de atenção;
12. Criar um sistema integrado e descentralizado de informação sobre recursos humanos em saúde;
13. Promover as boas práticas para o cumprimento da padronização do quadro tipo dos recursos humanos das unidades;
14. Advogar para a entrada imediata na função pública dos recém-formados nas áreas mais prioritárias do sector da saúde a nível Nacional.

Resultados esperados

1. Política Nacional de Recursos Humanos da saúde elaborada e aprovada;
2. Estratégia de desenvolvimento de recursos humanos da saúde elaborada;
3. Conhecimento actualizado da composição, distribuição e necessidades de recursos humanos da saúde no País;
4. Quadro de pessoal técnico no sistema Nacional de saúde reforçado de acordo com as necessidades e níveis de atenção;
5. Sistema específico de formação para administradores e gestores do sector da saúde implementado;
6. Comunas com pelo menos um técnico médio de saúde.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Departamento de Informação e Planeamento de Recursos Humanos/DNRH, DPS, RMS;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Escola Nacional de Saúde Pública, GEPE; Direcções Nacionais do MINSA;
3. Parceiros nacionais: Universidades públicas e privadas, escolas de formação de técnicos;
4. Parceiros internacionais: SADC, CPLP, OMS, União Europeia, PADRHS-PALOP E TL; Banco Mundial, USAID – Força Saúde.

Indicadores de avaliação

1. Disponibilidade da base de dados actualizada sobre os recursos humanos em saúde;
2. Número de administradores e gestores de saúde formados;
3. Rácio de distribuição de recursos humanos por habitante, por unidade sanitária, por categoria, e por anos de serviço;
4. Número de unidades com o quadro-tipo completo;
5. Existência de um sistema de incentivos para a mobilização de recursos humanos em saúde.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios anuais de avaliação a nível Nacional da DNRH;
2. Relatórios trimestrais das Direcções Provinciais;
3. Relatório do Observatório Nacional e Provinciais;
4. Relatórios de inspecção e de auditoria interna e externa.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Existência de formação em saúde em Angola;
2. Vontade política;
3. Criação de escolas de formação de técnicos de Saúde;
4. Criação de novas universidades
5. Criação de dois Observatórios de RH (Benguela, Huambo).
6. Melhoramento dos instrumentos de gestão;

Pontos fracos

1. Inexistência de uma base de dados sobre os recursos humanos em saúde;
2. Inexistência da Política Nacional de Recursos Humanos em Saúde;
3. Inexistência de uma estratégia de desenvolvimento de recursos humanos em saúde;
4. Escassez de recursos financeiros;
5. Debilidade na coordenação e gestão integrada (vertical e horizontal) dos recursos humanos em saúde nos diferentes subsistemas e níveis de gestão.
6. Número de vagas dos concursos públicos insuficientes;

Condicionantes ambientais

1. Dificuldades financeiras;
2. Falta de aplicação dos incentivos para a mobilização de pessoal para as áreas rurais, e Municípios de difícil acesso;
3. Falta de regulamentação do pacote de incentivos;
4. Desenvolvimento não integrado das unidades orgânicas.

Subprograma de gestão de recursos humanos

Projecto 39: Fixação dos recursos humanos em saúde

Situação actual

A distribuição de recursos humanos em saúde (RHS) é desigual, devendo-se em parte à falta de incentivos para a sua atração, motivação e fixação nas localidades mais longínquas e de difícil acesso do País, a exemplo destacamos o Kuando Kubango (0.42 médicos /10.000 habitantes).

Contudo, em 2003, os Decretos nºs 01/03 e 12/03 aprovados estabelecem os subsídios de isolamento e fixação na periferia, e incentivos atribuídos ao pessoal em regime de destacamento e transferência, respectivamente, com perfil para o exercício de funções técnicas, de Direcção, e de chefia para Administração Local do Estado. Foram evocadas razões de âmbito financeiro e administrativo, como causa da não implementação destes diplomas. Por outro lado, actualmente estes diplomas não estão enquadrados no contexto jurídico e institucional decorrente da descentralização e municipalização dos serviços de saúde, pelo que se impõe a sua adequação.

A falta de implementação dos referidos diplomas tem provocado constrangimentos no recrutamento e gestão de pessoal. Isto faz com que o profissional trabalhando em condições penosas e de isolamento está a ser penalizado pela não remuneração de condições e circunstâncias previstas pela lei tornando-a “letra morta”, promovendo-se desta forma a assimetria na distribuição geográfica dos recursos humanos.

A dignificação dos profissionais de saúde, tanto pelas condições sociais como laborais, deve constituir um imperativo do desenvolvimento sanitário para, por um lado, incentivar os recursos humanos existentes para um melhor desempenho da sua função e, por outro, atrair novas vocações para o ingresso massivo de estudantes nas instituições de formação em saúde, garantindo-se a disponibilidade de mão-de-obra qualificada e adaptada às condições locais de desenvolvimento.

A desigualdade na distribuição geográfica dos recursos humanos em saúde deve ser resolvida com medidas e mecanismos de gestão, correcção das desigualdades existentes, e incentivo à mobilidade e fixação de profissionais em áreas inóspitas e com população vulnerável.

É imperioso fazer o levantamento em todos os Municípios para determinar as qualificações profissionais, as funções que cumprem os actuais recursos humanos, e as características demográficas, para desenvolver um programa de formação contínua (incentivo a curto prazo) e substituição por novos recursos humanos a

médio prazo (formação média inicial), e longo prazo (formação superior). Para isso é proposto no Projecto do planeamento dos recursos humanos, a extensão do observatório Nacional de recursos humanos.

Outro factor de incentivo à fixação é o desenvolvimento de cursos de especialização e a investigação a nível local para produzir conhecimentos baseados nas evidências locais e com isso atrair os profissionais de alta qualificação para as Províncias mais carenciadas. Prevê-se no PNDS a expansão dos cursos de especialização a nível Nacional, proposto no Projecto de especialização pós-média e pós-graduação em ciências da saúde, bem como a investigação em saúde também equacionada no Projecto da atenção a nível terciário.

Para além destes factores endógenos ao sistema de saúde, há outros factores que influenciam a distribuição e fixação de recursos humanos dos quais se destacam a atribuição de residência de função e viatura de serviço no quadro de desenvolvimento socioeconómico local, principalmente nas áreas mais carenciadas. Constrangimentos que devem merecer uma atenção especial dos Governos Provinciais e Administrações Municipais.

Estratégias operacionais

1. Promoção para a actualização e a implementação dos diplomas legais sobre os subsídios ou suplementos remuneratórios a nível local e alargar o reforço dos incentivos para facilitar a mobilidade dos quadros técnicos dos serviços centrais para os serviços locais;
2. Desenvolvimento de pesquisas para identificar mecanismos de incentivos e de motivação dos RHS a nível local;
3. Dotação das unidades de terceiro nível de meios para incentivar a investigação em saúde como forma de atracção de recursos humanos especializados;
4. Advogar junto as administrações locais para criarem condições de habitação e transporte para incentivar a fixação de quadros;
5. Manter e incrementar a contratação de força de trabalho estrangeira para suprir as carências de pessoal e ter impacto na formação de homólogos Angolanos;
6. Promoção progressiva da contratação de quadros estrangeiros para o reforço da qualidade de ensino e o reforço da investigação em saúde;
7. Assegurar vagas anualmente na função pública para os recém-formados nas áreas mais prioritárias do sector da saúde a nível Nacional.

Metas

1. Até finais de 2017, ter advogado para a criação de instrumentos legais reguladores de subsídios aprovados e incentivos para a fixação de recursos humanos;
2. Até finais de 2014, estudar mecanismos de incentivos e de motivação dos RHS a nível local;
3. Até finais de 2017, manter a contratação de recursos humanos estrangeiros nas Províncias e especialidades de maior carência em Angola;
4. Até finais de 2014, adequar os mecanismos de gestão de RHS ao ordenamento jurídico em vigor privilegiando a desconcentração, descentralização, e municipalização nos serviços de saúde;
5. Até finais de 2017, dotar as unidades de primeiro e segundo nível de meios para incentivar a investigação em saúde, como forma de atração de recursos humanos especializados;
6. Aumentar, entre 2013 e 2017, 50%, e até 2025, 90% de recursos humanos especializados nas Províncias com maiores carências;
7. A partir de 2014, assegurar vagas anualmente na função pública para os recém-formados nas áreas mais prioritárias do sector da saúde a nível Nacional.

Actividades e intervenções

1. Advogar junto dos organismos executores (Ministério da Administração do Território, Ministério das Finanças, Ministério da Administração Pública, Emprego, e Segurança Social, e os Governos Provinciais) para a implementação dos subsídios e incentivos;
2. Advogar pelas condições de habitação e transporte como incentivo para fixação na periferia;
3. Contribuir na adequação dos instrumentos legais reguladores de subsídios aprovados;
4. Estudar mecanismos de gestão de RHS;
5. Definir o perfil dos candidatos estrangeiros de acordo com as necessidades de Angola;
6. Recrutar candidatos estrangeiros nas Províncias;
7. Acreditar os Hospitais Centrais para o exercício de formação superior (para os estágios) pelos Ministérios da Saúde e do Ensino Superior, Ciência e Tecnologia;
8. Dinamizar os currículos de formação, com estágios nas unidades que vão receber acreditação para o exercício de formação superior.

Resultados esperados

1. Condições e circunstâncias para o pagamento de subsídios e aplicação de incentivos definidos;
2. Instrumentos legais reguladores de subsídios e incentivos aprovados, publicados, e implementados;

3. Administrações locais com condições criadas para a fixação dos RHS;
4. Redução das assimetrias na distribuição dos RHS em Angola.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: DNRH, DPS, RMS, Governos Provinciais;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Escolas de formação técnica, Escola Nacional de Saúde Pública do MINSA;
3. Parceiros nacionais: Universidades públicas e privadas, escolas de formação de técnicos; Ministério da Administração do Território, Ministério do Ensino Superior, MINFIN, MAPTESS;
4. Parceiros internacionais: SADC, CPLP, OMS, União Europeia, PADRHS-PALOP E TL; Banco Mundial, USAID – Força Saúde.

Indicadores de avaliação

1. Diplomas legais implementados a nível local;
2. Número de recursos humanos colocados nas Províncias;
3. Número de recém-formados colocados nas Províncias;

Mecanismos de avaliação

1. Relatórios anuais de avaliação da atracção, motivação e fixação do pessoal a nível local;
2. Regulamentos dos diplomas legais aprovados.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Existência de subsídios e pacote de incentivos já aprovados.

Pontos fracos

1. Falta de disponibilidade financeira.

Condicionantes ambientais

1. Existência de técnicos no mercado de trabalho;
2. Insuficiência de habitação e de transporte.

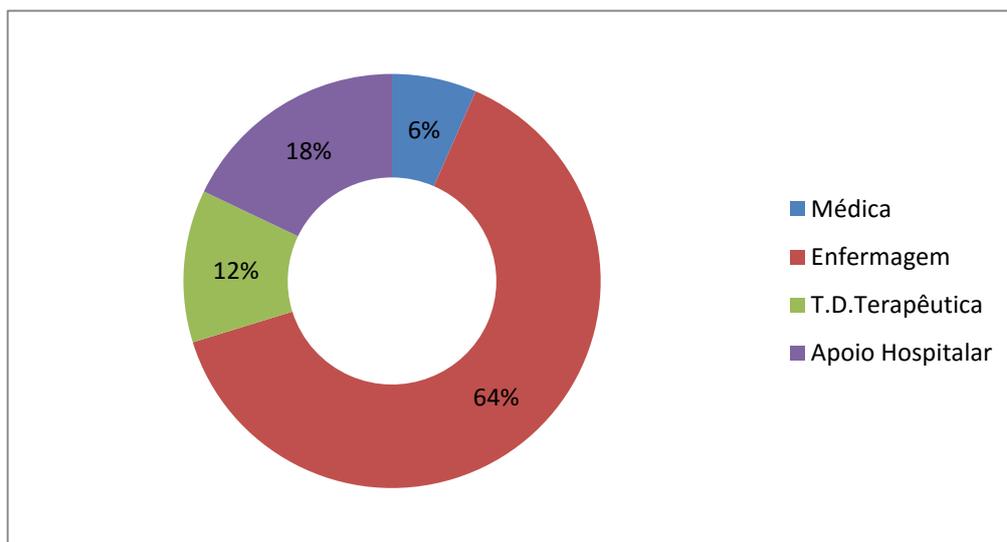
Projecto 40: Reformulação das carreiras específicas do sector da saúde

Situação actual

Um dos factores mais importantes para o sucesso do Sistema Nacional de Saúde é o da qualificação e o do desenvolvimento técnico e científico dos quadros do sector que se traduz na qualidade dos cuidados de saúde prestados à população.

O Serviço Nacional de Saúde Angolano conta com quatro carreiras específicas: médica, enfermagem, técnicos de diagnóstico e terapêutica, e apoio hospitalar (Figura 1). Com excepção da carreira de enfermagem²¹, as carreiras dos profissionais de saúde actualmente em vigor foram criadas e aprovadas há mais de dez anos, e não respondem às expectativas dos profissionais, como também não estão de acordo com o contexto actual. Este exercício deverá ser dinamizado principalmente pelas carreiras técnico-profissionais. Existe assim, uma necessidade de articular os estatutos das carreiras com os currículos actuais do ensino das diferentes profissões que compõe as carreiras, a evolução no âmbito das ciências aplicadas da saúde, e o avanço tecnológico. A situação actual que se observa tem contribuído para a desmotivação dos profissionais do sector da saúde.

Figura 1: As carreiras profissionais no sector saúde controladas pelo MINSA



Actualmente em Angola é preciso dotar as carreiras médicas e de enfermagem de um estatuto que confira uma melhor diferenciação profissional, marcadas por etapas exigentes, adoptando uma escala salarial

²¹ Decreto Presidencial nº254/10 de 17 de Novembro – Carreira de Enfermagem.

adequada aos níveis de formação. Apesar da carreira de enfermagem ter sido reformulada em 2010, existem elementos que precisam de ser evidenciados, tal como o desenvolvimento de estatutos que definam profissões da carreira de enfermagem. Por exemplo, não existe uma profissão de parteira dentro da carreira de enfermagem. Isto evidencia-se na carência de profissionais nesta importante área, onde em Angola existem apenas 0.06 parteiras por 5 000 habitantes e a mortalidade materna e Neonatal é alta.

Quanto à carreira do técnico de diagnóstico e terapêutica, a sua regulamentação no âmbito do Serviço Nacional de Saúde constitui, para os actuais e futuros técnicos, um dos seus maiores desafios. A reformulação da carreira do técnico de diagnóstico e terapêutica deve abranger as distintas áreas de intervenção dos técnicos integrados no Serviço Nacional de Saúde e reavaliar as designações não só das carreiras, como também das profissões que a integram e respectivas escalas salariais, de modo a torna-las mais adequadas com o seu grau de desenvolvimento.

Finalmente, mas não menos importante, a carreira de apoio hospitalar precisa de um estatuto que melhor evidencie o papel dos profissionais, como agentes indispensáveis do sector saúde, que indubitavelmente terá implicações na melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Estratégias operacionais

1. Adequação e regulamentação das carreiras dos profissionais do sector Saúde;
2. Redefinições das profissões a integrarem as carreiras.

Metas

1. Até finais de 2014, ter estabelecido a obrigatoriedade de formação específica para o pessoal da carreira de apoio hospitalar;
2. Até finais de 2015, ter revisto e adequado ao contexto actual as carreiras profissionais médicas, enfermagem, técnicos de diagnóstico e terapêutica e de apoio hospitalar;
3. Até finais de 2015, ter revisto e adequado as categorias nas respectivas carreiras profissionais dos quadros dirigentes e chefias do sector;
4. Até finais de 2015, ter revisto os mecanismos e procedimentos de progressão e promoção nas carreiras do sector.

Actividades e intervenções

1. Redefinições das profissões a integrarem as carreiras, junto das classes, ordens e associações;
2. Revisão e adequação das carreiras profissionais ao contexto;

3. Estabelecimento da obrigatoriedade de formação específica para o pessoal da carreira de apoio hospitalar

Resultados esperados

1. Carreiras revistas e aprovadas;
2. Recursos humanos em saúde mais motivados.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: DNRH, Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Farmacêuticos, Associação dos Farmacêuticos, Associação de Enfermeiros de Angola, Associação dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, e outras Associações técnico-profissionais, sindicatos;
1. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Gabinete Jurídico; Todas as Direcções do MINSÁ;
2. Parceiros nacionais: MAPTESS, MINFIN;
2. Parceiros internacionais: SADC, CPLP, OMS, União Europeia, PADRHS-PALOP E TL; Banco Mundial, USAID – Força Saúde.

Indicadores de avaliação

1. Número de diplomas legais de carreiras revisadas e aprovadas;
2. Formação específica para o pessoal da carreira de apoio hospitalar estabelecida;

Mecanismos de avaliação

1. Diplomas legais publicados e implementados;
2. Relatórios de avanço para o Observatório dos RHS.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Predisposição das classes, ordens e associações, para a revisão das respectivas carreiras;

Pontos fracos

1. Burocracia no processo de aprovação e diversidade de opiniões no seio das classes.

Projecto 41: Criação e implementação do sistema específico de avaliação de desempenho dos recursos humanos em saúde

Situação actual

Garantir uma prestação de cuidados de saúde de qualidade depende não só de estabelecimentos bem equipados, como também de recursos humanos empenhados e de nível técnico adequado às funções, mas também da possibilidade destes poderem exercer os seus conhecimentos e aptidões.

Actualmente não existe um sistema específico e sistemático de avaliação de desempenho dos recursos humanos em saúde. Os profissionais são avaliados de acordo com o instrumento jurídico (Decreto 25/94, de 1 de Julho) aplicável a todos os funcionários públicos, o que não é adequado à natureza e às características do sector saúde.

É nesse contexto que o PNDS prevê a necessidade de se criar e implementar um sistema específico de avaliação.

Estratégias operacionais

1. Desenvolvimento de estudos sobre os modelos de avaliação de desempenho para as diferentes carreiras em saúde dentro do contexto angolano;
2. Criação e aprovação de diplomas legais sobre a avaliação de desempenho dos recursos humanos em saúde das diferentes carreiras profissionais.

Metas

1. Até ao fim de 2014, rever, os mecanismos e procedimentos de progressão e promoção nas carreiras;
2. Até ao fim de 2015, ter elaborado um estudo sobre modelos de avaliação de desempenho para as diferentes carreiras do sector saúde;
3. Entre 2015 e 2016, ter concluído um estudo piloto, em três Províncias pré-selecionadas, de um modelo de avaliação de desempenho;
4. Entre 2016 e 2017, ter elaborado e aprovado, instrumentos legais para a implementação da avaliação de desempenho em todas as carreiras de recursos humanos em saúde;
5. Entre 2014 e 2017, ter capacitado ou recrutado pelo menos um profissional por Província para a área de gestão de recursos humanos.

Actividades e intervenções

1. Estudar os diferentes modelos de avaliação de desempenho para as diferentes carreiras do sector saúde;
2. Elaborar um estudo piloto em Províncias seleccionadas para identificar o modelo que mais se adequa ao contexto angolano;
3. Elaborar diplomas legais com o modelo da avaliação de desempenho das diversas carreiras dos recursos humanos em saúde e sua publicação;
4. Rever os mecanismos e procedimentos de progressão e promoção nas carreiras;
5. Elaborar e publicar os diplomas legais sobre a progressão e promoção nas carreiras;
6. Mobilizar recursos necessários para a criação de uma posição em gestão de recursos humanos dentro do sector da saúde.

Resultados esperados

1. Instrumentos legais de avaliação de desempenho criados e implementados;
2. Avaliação periódica de desempenho dos recursos humanos em saúde.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: DNRH, Ordem dos Médicos, Ordem dos Farmacêuticos, Ordem dos Enfermeiros, Associação dos Farmacêuticos, Associação de Enfermeiros de Angola, Associação dos técnicos de diagnóstico e terapêutica, e outras Associações técnico-profissionais, sindicatos;
3. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Gabinete Jurídico, todas as Direcções Nacionais do MINSÁ;
4. Parceiros nacionais: MAPTESS, MINFIN;
2. Parceiros internacionais: SADC, CPLP, OMS, União Europeia, PADRHS-PALOP E TL; Banco Mundial, USAID – Força Saúde.

Indicadores de avaliação

1. Estatutos e regulamentos publicados;
2. Número de Províncias com o modelo de avaliação de desempenho implementado;
3. Número de avaliações de desempenho efectuadas.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Documentos de publicação dos estatutos e regulamentos;
2. Relatórios anuais de avaliação de desempenho a nível provincial;
3. Relatórios anuais do Ministério da Saúde.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontes fortes

1. Predisposição das classes para adopção de sistemas específicos de avaliação.
2. Legislação aprovada;
3. Melhoramento dos instrumentos de gestão;
4. Descentralização administrativa e financeira trouxe benefícios locais para definir prioridades e resposta a população.

Pontos fracos

1. Burocracia no processo de aprovação das classes;
2. Diversidade de opiniões;
3. Aumento relativo da massa salarial.

Condicionantes ambientais

1. Avaliação de desempenho actualmente não é sistemática o que levará mudanças comportamentais.

Subprograma de desenvolvimento de recursos humanos

Projecto 42: Formação inicial dos recursos humanos em saúde

Situação actual

A iniciativa do MINSA e do Ministério do Ensino Superior, Ciência e Tecnologia no domínio do ensino superior público, é consubstanciada na promoção do processo que culminou na criação de cinco Faculdades de Medicina nas Províncias de Cabinda, Benguela, Huambo, Huíla e Malanje e a transformação do Instituto Superior de Enfermagem em Instituto Superior de Ciências de Saúde.

Em 2012, encontravam-se matriculados no Ensino Superior em Medicina 1.540 alunos. Prevê-se que, em 2014, sejam graduados os primeiros 250 médicos, nas Faculdades das cinco Universidades. A perspectiva é que, em 2020, possamos atingir a meta de 1000 médicos por ano. (ver tabela 1).

Tabela 1: Estudantes de medicina matriculados por ano

| Províncias | 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | Total |
|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Benguela | 81 | 63 | 72 | 58 | 59 | 333 |
| Cabinda | 78 | 74 | 47 | 58 | 51 | 308 |
| Huambo | 88 | 73 | 62 | 64 | | 287 |
| Huíla | 105 | 77 | 61 | 49 | | 292 |
| Malanje | 123 | 106 | 46 | 45 | | 320 |
| Total | 475 | 393 | 288 | 274 | 110 | 1540 |

No sector da Defesa está em fase de desenvolvimento o Projecto do Instituto Superior Militar de Ciências de Saúde e Biotecnologias. Esta instituição vai preencher a lacuna inerente à formação de pessoal específico para o domínio da biossegurança e da medicina operacional o que tornará o País auto-suficiente neste domínio.

Actualmente, existem dificuldades na obtenção de informação sobre os cursos de formação inicial oferecidos pelas instituições de ensino privado em Angola, bem como o número de graduados provenientes das mesmas. Prevê-se que o Observatório Nacional de Recursos Humanos, entre outros objectivos, irá coordenar com as instituições privadas com vista a colher esta informação no âmbito da satisfação das necessidades em recursos humanos para o sector público.

No âmbito do processo de reforma do Ensino Técnico Profissional em Saúde, os Ministérios da Saúde, Educação e Administração do Território, através do Decreto Executivo Conjunto nº 91/12 de 29 de Fevereiro, criaram 13 Escolas de Formação de Técnicos de Saúde (EFTS), nas Províncias do Bengo, Bié, Benguela, Cabinda, Huambo, Kuanza Norte, Luanda, Malanje, Moxico, Uíge, Huíla, Lunda Sul e Lunda Norte. As demais existentes irão beneficiar do mesmo processo.

Neste quadro, as Províncias de Cabinda, Luanda, Malanje, Huambo e Huíla irão desenvolver os 12 cursos criados através do Decreto nº 97/11 de 21 de Julho, enquanto as demais, deverão desenvolver apenas 8 cursos, de acordo com as prioridades e necessidades locais.

Estão matriculados nos cursos de enfermagem 2.086 estudantes com a seguinte distribuição (ver Tabela 2).

| Província | 1º | 2º | 3º | 4º | Total |
|----------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| Uíge | 116 | 104 | - | - | 220 |
| Huambo | 202 | 94 | 126 | 69 | 491 |
| Moxico | 57 | 71 | 59 | | 187 |
| Kwanza Sul | 64 | 65 | | | 129 |
| Cunene | 73 | 52 | 78 | 54 | 257 |
| Kuando Kubango | 64 | 54 | 67 | | 185 |
| Cabinda | 35 | 53 | - | - | 88 |
| Malanje | 212 | 113 | | | 325 |
| Bié | 94 | 40 | 70 | - | 204 |
| Total | 917 | 646 | 400 | 123 | 2086 |

Para além de enfermagem, estão em funcionamento os cursos de laboratório, com 468 estudantes, sendo, 237 alunos na Província do Huambo, 107 na Província do Moxico e 124 na Província do Cunene. No Huambo funciona um curso de electromedicina com 153 estudantes.

No sector da defesa está em curso o projecto para a criação da Escola Prática de Saúde Militar, com a missão de formar recursos específicos de suporte às necessidades de defesa e segurança.

Existe a necessidade de se actualizar os instrumentos da gestão de Formação, os planos curriculares de Enfermagem e Análises Clínicas, os regulamentos das EFTS e o sistema de informação (Relatório das escolas).

Estratégias operacionais

1. Colaboração e articulação entre as estruturas académicas e as instituições prestadoras de serviços, no que diz respeito à implementação de políticas, legislação, construção de práticas, rotinas e métodos inovadores de formação em saúde;
2. Concertação entre o MINSA e os Ministérios da Educação, Ensino Superior, Ciência e Tecnologia e Defesa para a produção da força de trabalho em áreas prioritárias (Medicina, Enfermagem, técnicos de Diagnóstico) e abertura de novas áreas;
3. Desenvolvimento de mecanismos de acompanhamento das actividades das Escolas de Formação de Técnicos de Saúde para orientar aspectos que visam responder as exigências do processo de formação;
4. Definição pelos Ministérios da Educação e da Saúde das bases de integração das restantes sete Escolas de Formação de Técnicos de Saúde (EFTS) das Províncias Benguela/Lobito, Bié, Kuando Kubango, Kuanza Sul, Namibe, Uíge e Zaire.

Metas

1. A partir de 2013, definir entre os Ministérios da Educação e da Saúde as bases de integração das restantes oito Escolas de Formação de Técnicos de Saúde (EFTS);
2. A partir de 2015, iniciar negociações com o Ministério do Ensino Superior, sobre o perfil e acreditação do nível de Bacharelato;
3. De 2015, a 2017, trabalhar com o Ministério do Ensino Superior, para a criação de cursos de complemento (Bietápico), para garantir a continuidade na carreira dos actuais técnicos médios de enfermagem e TDT;
4. Até 2015, organizar e implementar a formação média nas áreas de diagnóstico e terapêutica, em anatomia patológica, cardiopneumologia, ortóptica, nutrição e dietética, ortoprotesia e saúde ambiental;
5. Até 2016, implementar nas Províncias de Malanje, Huambo, Moxico, Huíla, Bié, Benguela, Cabinda, Kwanza Norte, Kwanza Sul, Uíge, Zaire, Cunene, Bengo, os cursos iniciais em ortoprotesia, farmácia, fisioterapia e radiologia;
6. Até 2015, enquadrar e reformular o curso de Bacharel em ortoprotesia à distância (El Salvador), no Ministério do Ensino Superior;
7. A partir de 2014, advogar para a formação de 55 licenciados por ano e por escola, nas áreas de farmácia, fisioterapia e radiologia, cardiopneumologia, electromedicina, estatística médica,

ortóptica, nutrição e dietética, anatomia patológica, saúde ambiental, análises clínicas, ortoprotesia e psicologia clínica, odontologia;

8. De 2018 a 2025, advogar para a absorção no sector público de 5.500 técnicos superiores formados nas Faculdades e Institutos Superiores;
9. Até 2025, formar 216 técnicos médios de enfermagem por ano e por escola;
10. Até 2025, formar 186 técnicos em tecnologias de saúde por ano por escola e por curso;
11. Até 2025, capacitar 54 gestores de escolas por ano;
12. Até 2025, capacitar 2.199 docentes por ano;
13. Até 2025, capacitar 1.010 administrativos por ano;
14. Até 2025, advogar para a formação de 419 licenciados em enfermagem por ano.

Actividades e intervenções

1. Actualizar a informação sobre a situação actual das Faculdades, Institutos e Escolas, incluindo as privadas;
2. Desenvolver o processo de enquadramento das Escolas do Namibe, Kuando Kubango, Zaire e Kwanza Sul, no âmbito da Reforma do Ensino Técnico Profissional;
3. Adequar os conteúdos programáticos dos cursos, à prestação do pacote completo dos cuidados primários e aos programas de saúde pública;
4. Estabelecer as condições essenciais para a efectivação e promoção de tele-ensino e telemedicina na formação em Saúde;
5. Elaborar currículos para os cursos de estatística médica e electromedicina;
6. Capacitar professores e coordenadores de cursos, em metodologias de ensino, práticas inovadoras e áreas técnicas em conformidade com os cursos a leccionar;
7. Capacitar as direcções das EFTS em administração e gestão escolar;
8. Capacitar o pessoal administrativo/bibliotecários de acordo com as tarefas desenvolvidas;
9. Formar formadores e recrutar professores adicionais;
10. Reabilitar as infra-estruturas das EFTS;
11. Equipar as EFTS com material didáctico, equipamento escolar e de escritório, equipamento informático, internet, fax, fotocopiadoras, data show, televisores, equipamentos para montagem dos laboratórios de práticas;
12. Criar e equipar as bibliotecas (virtuais e físicas) das EFTS;
13. Dotar as EFTS com recursos financeiros e meios de transporte;
14. Criar e actualizar as ferramentas para a gestão das escolas;

15. Programar encontros metodológicos anuais das EFTS;
16. Assegurar a planificação, monitoria e avaliação interna e externa da formação;
17. Garantir a supervisão das formações pela equipa da DNRH;
18. Negociar com o Ministério do Ensino Superior, o perfil e acreditação do bacharelato;
19. Organizar e implementar a formação média dos TDT, nas áreas de anatomia patológica, cardiopneumologia, ortóptica nutrição e dietética, ortoprotesia e saúde ambiental;
20. Trabalhar com o Ministério do Ensino Superior, para criação dos cursos de complemento (Bietápico), para garantir a continuidade na carreira dos actuais técnicos médio de enfermagem e TDT;
21. Expandir para as Províncias de Malanje, Huambo, Moxico, Huíla, Bié, Benguela, Cabinda, Kwanza Norte, Kwanza Sul, Uíge, Zaire, Cunene, Bengo, os cursos iniciais em ortoprotesia, farmácia, fisioterapia e radiologia.

Resultados esperados

1. Situação das escolas definida quanto a tutela metodológica pelos Ministérios da Educação e da Saúde e administrativa dos Governos Provinciais,
2. Escolas com Conteúdos Programáticos adequados;
3. Currículos para os cursos de estatística médica e electromedicina, elaborados;
4. Corpo directivo, coordenadores, professores e pessoal administrativo capacitados;
5. Escolas reabilitadas e equipadas;
6. Bibliotecas e laboratórios criados e equipados;
7. Escolas com recursos financeiros e transporte;
8. Professores adicionais recrutados;
9. Instrumentos de gestão criados e actualizados;
10. Encontros metodológicos realizados regularmente;
11. Monitoria e Avaliação realizadas;
12. Supervisão das formações pela equipa Nacional DNRH realizadas;
13. Negociação com Ministério do Ensino Superior feita;
14. Cursos iniciais em ortoprotesia, farmácia, fisioterapia e radiologia, nas Províncias de Malanje, Huambo, Moxico, Huíla, Bié, Benguela, Cabinda, Kwanza Norte, Kwanza Sul, Uíge, Zaire, Cunene, Bengo.

Organismos e Instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: DNRH;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: EFTS, Escolas Superiores de Enfermagem, Universidades Pública e Privadas e Gabinete Jurídico;
3. Parceiros nacionais: MED, MAT, Ministério do Ensino Superior, e Governos Provinciais;
4. Parceiros internacionais: Escola Superior Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTSL), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio-FIOCRUZ, Calouste Gulbenkian, CUAM, Consejo Interhospitalario de Cooperación (CIC), USAID/Força Saúde e Medicus Mundi Catalunya.

Indicadores de avaliação

1. Número de escolas criadas no âmbito da Reforma do Ensino Técnico Profissional;
2. Número de cursos;
3. Número de alunos por curso;
4. Número de finalistas por curso;
5. Número de escolas com bibliotecas;
6. Número de escolas com laboratórios;
7. Número de escolas que realizaram reuniões pedagógicas;
8. Número de escolas com docentes capacitados;
9. Número de escolas com docentes especializados;
10. Número de escolas com tele-ensino e telemedicina;
11. Número de supervisões realizadas.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos Fortes

1. Criação de Escolas no âmbito da Reforma;
2. Legislação Aprovada;
3. Formações, realizadas nas EFTS, factor determinante na cobertura de RH da Rede Sanitária;
4. Empenho dos professores mesmo com algumas carências de equipamentos e material bibliográfico e didáctico;

5. Construção de raiz e reabilitação de algumas infra estruturas (Cabinda, Kwanza Norte, Malanje, Luanda, Uíge) sendo que Cabinda congrega residências para docentes e visitantes;
6. Descentralização;
7. Autonomia das EFTS.

Pontos Fracos

1. Carência de professores efectivos com perfil para a formação de técnicos,
2. Exiguidade de orçamento para as escolas;
3. Carência em material didáctico/audiovisual, bibliográfico, equipamento, meios informáticos e de transporte;
4. Deficiente envolvimento dos Governos Provinciais;
5. Planos curriculares estruturados maioritariamente na vertente assistencial;
6. Indefinição do Estatuto do Docente (Técnico de Saúde) das EFTS;
7. Falta de meios de comunicação, tais como a Internet;
8. Dificuldade na contratação de professores colaboradores por falta de verba para remuneração destes;
9. Carência de formação pedagógica na área da saúde para docentes e coordenadores de cursos;
10. Dependência forte dos recursos financeiros do Estado e da vontade Política;
11. Poucas ofertas de oportunidade de emprego;
12. Falta de condições para a fixação.

Condicionantes ambientais

1. Exiguidade de orçamento para as escolas fazerem face as exigências das mesmas.

Projecto 43: Especialização pós-média e pós-graduação em ciências da saúde

Situação actual

Considera-se formação profissional especializada pós-media, todo o conjunto de conhecimentos e aptidões necessárias numa área específica.

As mesmas desenvolvem-se em 18 meses em parcerias com as Escolas de Formação Técnicas em Saúde (EFTS), Hospitais Gerais e Centrais. Através do Decreto Executivo nº 66/03, de 25 de Novembro, foram criadas 13 áreas de especialidades de nível pós-médio de enfermagem. Porém, torna-se imperioso introduzir outras especialidades de enfermagem, tais como nefrologia, neonatologia, queimados, geriatria, saúde pública, saúde comunitária e outras. Não foram ainda definidas e criadas as especialidades em tecnologias de saúde.

Actualmente, estão em funcionamento apenas as especialidades de parteiras, instrumentistas, cuidados intensivos, reanimação, na EFTS de Luanda, parteiras em Malanje e Huíla, anestesiologia em Benguela. As especialidades de enfermagem em oftalmologia e enfermagem pediátrica funcionaram em Luanda nos anos lectivos 2007/08 e 2009/10 numa parceria entre a EFTS/IONA/Hospital Pediátrico de Luanda.

Existem actualmente 11 unidades hospitalares/institutos em Luanda, reconhecidas pelo Conselho Nacional de Especialização Pós-Graduada em Ciências Médicas (CNEPGCM), onde se realizam internatos complementares da carreira médica.

A formação pós-graduada é suportada pelos seguintes instrumentos legais: o Decreto nº 39-G/92 de 28 de Agosto, aprova o Regulamento do Regime Especial de Carreiras Médicas, do Serviço Nacional de Saúde; Decreto nº 15/04, de 28 de Maio, cria o Conselho Nacional de Especialização Pós-Graduada em Ciências Médicas e aprova o estatuto do CNEPGCM; o Decreto nº 17/04, de 31 de Maio de 2004, aprova o regulamento sobre o Internato Complementar Médico; Despacho nº 161/GAB.MIN/2011, autoriza a abertura do Internato Complementar Médico, nas Províncias de, Benguela, Huambo, Cabinda, Malanje, e Huíla.

Há a necessidade de se acreditar os Hospitais Centrais e Gerais para a formação inicial e pós-graduada e especialização de nível médio.

Estratégias operacionais

1. Reforço dos actuais Hospitais para a formação pós-graduada e especialização de nível médio com dotação de recursos humanos, meios técnicos e financeiros nos Hospitais Centrais e Gerais;
2. Expansão da formação pós-graduada médica para as Províncias de Cabinda, Malanje, Benguela, Huíla e Huambo, dotando-as de recursos humanos especializados para garantirem a formação e de meios técnicos e financeiros;
3. Priorização dos cursos de pós-graduação médica nas áreas de Cirurgia, Pediatria, Medicina, Ginecologia e Obstetrícia, Anestesiologia e Cuidados Intensivos;
4. Priorização de especialização pós-média de parteiras e enfermagem pediátrica;
5. Acreditação dos hospitais para a formação pós-graduada;
6. Padronização da formação pós-graduada nas carreiras de enfermagem e de técnicos de diagnóstico e terapêutico;
7. Expansão do Conselho Nacional de Pós-Graduação para as carreiras de enfermagem, técnicos de diagnóstico e terapêutico e outras profissões da saúde;
8. Actualização de um sistema de incentivos para a mobilização do pessoal médico, técnico e de enfermagem;
9. Padronização das condições físicas e técnicas de trabalho em todo o Sistema Nacional de Saúde.

Metas

1. Até 2014, ter elaborado e uniformizado o diploma de certificação das especialidades pós média e pós graduada;
2. A partir de 2015, iniciar o processo de acreditação das unidades sanitárias para a formação pós-graduada e pós-média;
3. A partir de 2014, definir e criar as áreas de especialidade dos TDT;
4. Até 2025, reforçar os actuais hospitais centrais e gerais para a formação pós-graduada, com dotação de recursos humanos, alojamento, meios técnicos e financeiros, para suporte aos internatos médicos;
5. Até 2016, implementar a especialidade de parteiras no Uíge, Bengo, Kwanza Sul, Moxico e Huambo, Kwanza Norte;
6. Até 2015, reformular o Conselho Nacional de Especialização Pós Graduada em Ciências Médicas (CNEPGCM) para integrar as pós-graduações das carreiras de de enfermagem e TDT;
7. Até 2017, priorizar a formação pós-graduada em todas as carreiras de saúde e TDT;

8. A partir de 2015, organizar e implementar a pós graduação em enfermagem em neonatologia, emergência, reanimação, cardiopneumologia, obstetrícia, cuidados intensivos, oncologia, oftalmologia, saúde mental e saúde comunitária;
9. A partir de 2014, implementar os cursos de especialização média e pós graduada dos TDT;
10. Até 2015, aumentar os cursos de pós-graduação de médicos para as áreas prioritárias, nomeadamente, Cirurgia, Pediatria, Medicina e Cirurgia-Obstétrica;
11. Até 2016, expandir os cursos de especialidades pós média em enfermagem nas cinco Escolas de Formação Técnica em Saúde de Cabinda, Luanda, Malanje, Huambo e Huíla; e até 2020 nas Províncias de Uíge, Bengo, Kwanza Sul, Moxico e Huambo, Kwanza Norte;
12. A partir de 2016, formar 250 parteiras, 250 enfermeiros pediátricos, 160 técnicos médios de enfermagem especializados/ano por escola, nas áreas de: instrumentação, cuidados intensivos, nefrologia, anestesia e reanimação;
15. Até 2017, implementar a pós-graduação médica às Províncias de Cabinda, Malanje, Benguela, Huíla e Huambo;
16. Até 2025, especializar 20 enfermeiros/ano, em neonatologia, emergência, reanimação, obstetrícia, cuidados intensivos, oncologia, oftalmologia, saúde mental e saúde comunitária.

Actividades e intervenções

1. Criar condições nas Províncias de Cabinda, Malanje, Benguela, Huíla e Huambo, para a implementação e consolidação da formação pós graduada;
2. Acreditar as unidades sanitárias para a formação pós-graduada e pós-média;
3. Elaborar e uniformizar o diploma de certificação das especialidades pós média e pós graduada;
4. Constituir o Grupo de seguimento e de auditoria dos internatos;
5. Elaborar o programa de Seguimento e Auditoria da Pós-graduação;
6. Elaborar e adequar os Curricula das especialidades pós média e pós graduada;
7. Digitalizar e criar um ficheiro único do CNPGCM;
8. Realizar 3 visitas por ano de seguimento, pela equipa de Seguimento dos Internatos aos Hospitais Américo Boa Vida, Josina Machel, Prenda, Lucrecia Paim, Psiquiátrico, Pediátrico David Bernardino, Instituto Nacional do Sangue e IONA;
9. Realizar 2 visitas por ano de seguimento às Províncias de Cabinda, Malanje, Huambo, Benguela e Huíla, pelo grupo de seguimento dos Internatos Médicos;

10. Publicar no Diário da República a lista de composição dos membros do júri dos exames de especialização e dos internos aprovados por época;
11. Adequar os currículos de instrumentação, cuidados intensivos, parteiras, anestesia e reanimação de acordo com as novas abordagens e tecnologias;
12. Elaborar currículos para os cursos de especialização pós média em vigilância sanitária, doenças infecto contagiosa, otorrinolaringologia, gastroenterologia, psiquiatria, oncologia, cardiologia, ortotraumatologia;
13. Capacitar os professores e coordenadores de cursos, em metodologias de ensino, práticas inovadoras e áreas técnicas em conformidade com os cursos a leccionar;
14. Capacitar o pessoal administrativo/bibliotecários de acordo com as tarefas desenvolvidas;
15. Adequar as infra-estruturas (laboratórios/salas de práticas) e dotar em material didático e bibliográfico e recursos financeiros as EFTS;
16. Recrutar professores/especialistas em falta;
17. Estabelecer protocolos entre escolas e os hospitais para áreas de estágios;
18. Programar encontros metodológicos anuais com as EFTS;
19. Expandir o CNEPGCM para as carreiras de enfermagem e de TDT;
20. Desenvolver a formação pós-graduada a outras profissões.

Resultados esperados

1. Hospitais Gerais e Centrais dotados de recursos humanos, meios técnicos e financeiros;
2. Províncias de Cabinda, Malanje, Benguela, Huíla e Huambo com cursos de Pós-graduação médica implementados;
3. Cursos de pós-graduação de Cirurgia, Pediatria, Medicina e Cirurgia-Obstétrica, implementados;
4. Cursos de especialidades pós média nas cinco Escolas de Formação Técnica em Saúde de Cabinda, Luanda, Malanje, Huambo e Huíla implementados;
5. Províncias de Uíge, Bengo, Kwanza Sul, Moxico e Huambo, Kwanza Norte com cursos de parteiras e enfermagem pediátrica implementados;
6. Formados 250 enfermeiras-parteiras, 250 enfermeiros pediátricos, 160 técnicos médios de enfermagem especializados/ano nas áreas de instrumentação, cuidados intensivos, nefrologia, anestesia e reanimação;
7. Processo de acreditação das unidades sanitárias para a formação pós-graduada e pós-média em funcionamento;
8. Diplomas de certificação das especialidades elaborados;

9. Criado o Conselho de pós Graduação em Ciências de Saúde.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: DNRH, CNPGCM;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Gabinete Jurídico, EFTS, Hospitais centrais e gerais;
3. Parceiros nacionais: MED, MAT e Governos Provinciais;
4. Parceiros internacionais: Escola Superior Tecnologia da Saúde de Lisboa (ESTSL), Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio-FIOCRUZ, Calouste Gulbenkian, CUAM, Consejo Interhospitalario de Cooperation (CIC), USAID/Força Saúde e Medicus Mundi Catalunya

Indicadores de avaliação

1. Número de especialistas formados;
2. Número de Províncias com a pósgraduação e Pós-Média implementadas;
3. Número de Escolas criadas;
4. Número de Hospitais com cursos de Pós-graduação e média-graduação;
5. Número de Cursos abertos;
6. Número de Alunos por curso;
7. Número de Finalistas por curso;
8. Número de Escolas com material bibliográfico diversificado para apoio aos cursos de especialização.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios trimestrais, semestrais e anuais dos cursos.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política,
2. Instrumentos reguladores da formação pós graduada;
3. Criação das novas universidades nas Províncias de Cabinda, Malanje, Benguela, Huíla e Huambo.

Pontos fracos

1. Falta de financiamento, condições técnicas dos hospitais, condições de habitabilidade para os profissionais, disponibilização de vagas para acesso na função pública;
2. Gestores sem capacitação e/ou formação em gestão de escolas;
3. Carência de professores/Especialistas com perfil para a formação;
4. Exiguidade de orçamento para as escolas fazerem face às exigências das mesmas;
5. Ausência de laboratórios didáticos e, onde existem, carecem de equipamento;
12. Ausência de Bibliotecas;
13. Carência em material didático/audiovisual, bibliográfico, equipamento, meios informáticos e de transporte;
14. Ausência de instrumentos legais para os Planos curriculares dos demais cursos de especialidades pós média;
15. Dificuldade na contratação de professores colaboradores por falta de verba para sua remuneração.
16. Carência de formação pedagógica na área da saúde para docentes e coordenadores de cursos.

Projecto 44: Formação permanente

Situação actual

A formação permanente é uma componente essencial da gestão do Sistema de Saúde e parte integrante da Gestão e Desenvolvimento dos Recursos Humanos do Ministério da Saúde, para melhorar a prestação de cuidados de saúde.

A formação permanente em Angola sustenta-se por uma série de instrumentos jurídicos do Sector, destacando-se a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde, a Política Nacional de Saúde, o Estatuto Orgânico do MINSA, sendo ainda de realçar a atenção que lhe é dedicada por outros instrumentos como as Atribuições de Competências dos Governos Provinciais, Administrações Municipais e Comuns e o Regime Jurídico de Organização e Funcionamento dos Órgãos do Poder Local.

De forma a responder à dinâmica de mudança do Sistema Nacional de Saúde à necessidade de adaptar o Subsistema da Formação Permanente ao Processo de Desconcentração e Descentralização em curso no País, desenvolveram-se, desde 2008, instrumentos importantes de formação permanente, nomeadamente o Regulamento e o Manual de Formação Permanente em Saúde.

As acções de formação permanente são realizadas em todas as Províncias do País, fundamentalmente a nível dos Hospitais Municipais, Gerais e Centrais e são coordenadas pelos Núcleos de Formação Permanente existentes nas Direcções Provinciais de Saúde.

Ao nível central, realizam-se acções de forma institucional, ou seja, cada Direcção Nacional, Hospital Central e Instituto Nacional, internamente, elabora o seu plano de formação de acordo as suas necessidades. Para além disso, a Direcção Nacional de Recursos Humanos planifica, divulga organiza e coordena anualmente várias acções de formação realizadas no País e no exterior. A participação no exterior de técnicos provinciais em Cursos, Seminários, Congressos profissionais, Conselhos Internacionais e Jornadas Científicas, é ainda suportada financeiramente pelo MINSA.

Estratégias operacionais

1. Realização de Encontros Nacionais de Formação Permanente (**ENFP**), anualmente, para uma avaliação da situação dos **NFP**, Departamentos de Formação Permanente (DFP) e Pontos Focais;

2. Conclusão da extensão dos Núcleos de Formação Permanente nas Províncias onde não existem, e indicação dos integrantes dos NFP e ou DFP pelos respectivos Directores Provinciais de Saúde e Directores dos Hospitais, de acordo com o perfil de cada integrante;
3. Criação de Pontos Focais de Formação Permanente nos Municípios e indicação dos respectivos integrantes, pelos Chefes de Repartição Municipal, Directores Provinciais da Saúde e Directores dos Hospitais Municipais em função do perfil;
4. Criação de uma equipa Nacional (grupo multiprofissional) de supervisão da Formação Permanente e realização de visitas de supervisão;
5. Orientação metodológica dos aspectos técnicos, pedagógicos e administrativos, trimestralmente e anualmente, aos NFP das DPS e Hospitais Gerais.

Metas

1. A partir de 2014, iniciar a criação de Pontos Focais e orientação sobre formação permanente nos Municípios;
2. Até 2014, concluir a extensão dos Núcleos de Formação Permanente nas Províncias onde não existem e orientação de todos os integrantes;
3. A partir de 2014, consolidar e expandir a formação permanente a todos os Municípios em todas as áreas, com ênfase em: área relacional, chefia e liderança, humanização, suporte básico, formação de médicos em suporte básico e avançado, epidemiologia, estatística, metodologia de investigação;
4. A partir de 2014, criação de uma equipa multiprofissional de supervisão da Formação Permanente e início das visitas de supervisão;
5. A partir de 2013, realizar a orientação metodológica dos aspectos técnicos, pedagógicos e administrativos, aos NFP, DFP, PF existentes;
6. A partir de 2014, implementar a investigação científica e produção do saber nas instituições;
7. A partir de 2014, iniciar a organização e implementação da formação na área de acção médica e apoio hospitalar, em parceria com o MAT, EFTS e outras instituições afins;
8. A partir de 2015, iniciar a formação de todos os profissionais que trabalham no serviço de urgência, incluindo os tripulantes de ambulância na área de suporte básico;
9. A partir de 2014, implementar a formação de secretárias, telefonistas, dactilógrafos, motoristas, tesoureiros, arquivistas, bibliotecários, empresas de prestação de serviço ao sector, protocolo, estafetas, manutenção e segurança hospitalares com temas relacionados com o atendimento ao público, ética, procedimentos administrativos, biossegurança, informática, inglês e outros, em parceria com INAD, IFAL, MAPTSS, EFTS, e outras instituições afins;

10. A partir de 2015, iniciar cursos para secretárias de Direcção Clínica, em parceria com as EFTS e hospitais;
11. A partir de 2015, realizar regularmente encontros Nacionais de FP para orientação metodológicas e técnicas.

Actividades e intervenções

1. Constituir os NFP, DFP e PF onde não existam;
2. Fazer o levantamento das necessidades de formação nas diferentes profissões existentes a nível Nacional;
3. Dotar de meios técnicos, financeiros e materiais às coordenações da formação permanente nas Províncias e Municípios para a criação de NFP e orientação metodológica;
4. Mapear os trabalhadores por categorias/profissões e priorizar as profissões que menos beneficiam de acções de formação;
5. Mapear o potencial de formação (Formadores locais e externos) das unidades e capacitar os Formadores, assim como os supervisores de programas;
6. Elaborar os instrumentos de supervisão e avaliação do impacto das formações;
7. Adequar os currículos para capacitação em gestão sanitária de nível 1 (GUS1), infecções de transmissão sexual (ITS), emergência obstétricas, assistência integrada a doenças de infância (AIDI) e de Supervisão dos programas de saúde Pública;
8. Organizar e implementar a formação na área de acção médica e apoio hospitalar, em parceria com o MAT, EFTS e outras instituições afins;
9. Formar todos os profissionais que trabalham no serviço de urgência, incluindo os tripulantes de ambulância na área de suporte básico;
10. Implementar a formação de secretárias, telefonistas, dactilógrafos, motoristas, tesoueiros, arquivistas, bibliotecários, empresas de prestação de serviços ao sector, protocolo, estafetas, manutenção e segurança hospitalares com temas relacionados com o atendimento ao público, ética, procedimentos administrativos, biossegurança, informática, inglês e outros, em parceria com ENAD, IFAL, MAPTSS, EFTS, e outras instituições afins;
11. Implementar cursos para secretárias de Direcção Clínica, em parceria com as EFTS e hospitais;
12. Consolidar e expandir da formação permanente a todos os Municípios em todas as áreas com ênfase: área relacional, chefia e liderança, humanização, suporte básico, formação de médicos em suporte básico e avançado, epidemiologia, estatística, metodologia de investigação;
13. Capacitar formadores assim como os supervisores dos Programas de Saúde Pública;

14. Analisar os pacotes de formação (conteúdos e perfil dos docentes) oferecidos pelas ONG.

Resultados esperados

1. Formação Permanente em saúde consolidada em todas as Províncias;
2. Núcleos e Departamentos de FP funcionantes na Coordenação e registo das acções de formação em cada instituição;
3. Decreto da Formação Permanente em Saúde aprovado e divulgado;
4. Profissionais de saúde e outros trabalhadores do Sector capacitados durante a vigência do Plano Nacional;
5. Gestores das unidades e Chefias dos diferentes serviços treinados e capacitados;
6. Formação de Formadores consolidada a nível das DPS, HG, HC e Institutos Nacionais;
7. Melhorada a qualidade da prestação dos serviços a população a médio e longo prazos;
8. Formações organizadas e implementados;
9. Melhorada a gestão dos serviços nas unidades sanitárias e hospitais;
10. Supervisões realizadas nas 18 Províncias e orientações metodológicas efectivadas;
11. Flexibilizado o processo de selecção dos beneficiários da formação de curta duração nos locais de serviço ou fora deste.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos/DNRH, DPS e RMS;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Unidades Sanitárias;
3. Parceiros nacionais: Governos Provinciais e Administrações Municipais, MINSÁ, MED, MAT, Governos Provinciais, EFTS, ENAD, para a formação dos detentores de cargos de chefia e direcção para o nível central, IFAL capacitação e formações para o nível local;
4. Parceiros Internacionais: OMS, EU, BM.

Indicadores de avaliação

1. Número de Províncias com núcleos de formação permanente;
2. Número de Municípios com núcleos de formação permanente;
3. Número de acções formativas realizadas;

4. Número de ações formativas programadas;
5. Número de técnicos formados;
6. Número de encontros nacionais realizados.

Mecanismos de Seguimento e avaliação

1. Relatório anual no final de cada ano de formação, que vigora de Setembro a Outubro do ano seguinte em todas DPS, HG, HC e Institutos Nacionais e remetidos a DNRH do MINSA.

Sustentabilidade: pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Legislação aprovada;
2. Melhoramento dos instrumentos de gestão;
3. Descentralização administrativa e financeira trouxe benefícios locais para definir prioridades e resposta a população.

Pontos fracos

1. Número de vagas dos concursos públicos insuficientes;
2. Falta de formadores;
3. Escolas mal equipadas em relação as novas exigências;

Condicionantes ambientais

1. Pouca disponibilidade de quotas nas unidades sanitárias.

Projecto 45: Formação de promoção

Situação actual

O MINSA define e adopta os cursos de promoção como estratégia para requalificar a sua força de trabalho e oferecer aos profissionais de nível básico em serviço, uma oportunidade de progressão a nível da formação profissional e carreira de acordo com os procedimentos previstos na Lei nº 17/90, de 20 de Outubro, sobre os princípios a observar pela administração Pública (Artigo nº 21).

Para a promoção de todos os auxiliares existentes em todo o sistema Nacional de saúde é necessário um diagnóstico de situação actualizado com o número exacto de profissionais, localização, idade, e habilitações literárias para poderem beneficiar de cursos de promoção com sucesso. Angola tem vindo a desenvolver cursos de promoção há mais de 10 anos em técnicos básicos e inseridos no sector.

A actividade de formação da promoção é suportada pelos seguintes instrumentos: Decreto Executivo Conjunto nº 91/12 de 29/2, cria as 13 Escolas de Formação de Técnicos de Saúde. E o seu quadro orgânico; Decreto Executivo conjunto nº 97/11 de 21 de Julho, cria os Planos curriculares de 12 cursos de formação técnica saúde; Instrumentos da gestão da Formação DNRH/MINSA 2007; Manual do Professor – DNRH/MINSA -2008; Currículos cursos de promoção em Enfermagem, Análises Clínicas, Farmácia, Fisioterapia, Radiologia, Estomatologia;

Há necessidade de se adequar os planos curriculares dos Cursos de Promoção das diferentes áreas e os instrumentos de gestão da formação.

Estratégias operacionais

1. Catalogação e promoção de todos os técnicos básicos inseridos no sector, através de cursos pós-laboral, turmas de fim-de-semana e em regime modular;
2. Adequação dos planos curriculares e dos instrumentos de gestão da formação de promoção.

Metas

1. A partir de 2013, expandir e consolidar os cursos de promoção a todas as escolas;
2. Até 2014, elaboração e aprovação do Decreto de criação dos cursos de promoção assim como o diploma de certificação;

3. Até 2016, promover todos os técnicos básicos inseridos no sector, com o nível de escolaridade exigido.

Actividades e intervenções

1. Catalogar todos os técnicos básicos inseridos no sistema em todas as Províncias;
2. Adequar os currículos de promoção;
3. Elaboração do Decreto de criação dos cursos de promoção e do respectivo diploma de certificação;
4. Capacitar os professores e coordenadores de cursos, em metodologias de ensino de adultos, práticas inovadoras e áreas técnicas em conformidade com os cursos a leccionar;
5. Organizar turmas nos Municípios longínquos, sob coordenação das EFTS sede, onde ainda há básicos;
6. Capacitar supervisores de estágios nas diferentes áreas de actuação em conformidade com os diferentes cursos;
7. Equipar as infra-estruturas com, recursos financeiros, meios de transporte, laboratórios/salas de práticas, material didáctico, bibliográfico e equipamento tendo em conta os diferentes cursos das EFTS.

Resultados esperados

1. Informação sobre a situação actual dos técnicos básicos actualizada;
2. Decreto de criação dos cursos de promoção aprovados e divulgados
3. Diplomas de certificação aprovados
4. Conteúdos Programáticos adequados;
5. Currículos elaborados;
6. Corpo directivo, coordenadores, professores e pessoal administrativo capacitados;
7. Escolas apetrechadas, bibliotecas e laboratórios criados e equipados;
8. Escolas com recursos financeiros e transporte;
9. Professores recrutados;
10. Instrumentos de gestão das escolas criados e actualizados;
11. Instrumentos legais elaborados e aprovados.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos/DNRH, DPS e RMS;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: unidades sanitárias
3. Parceiros nacionais: Governos Provinciais e Administrações Municipais, MINSÁ, MED, MAT, governos provinciais, EFTS, ENAD, para a formação dos detentores de cargos de chefia e direcção para o nível central, IFAL capacitação e formações para o nível local;
4. Parceiros internacionais: OMS, EU, BM para o apoio técnico e logístico.

Indicadores de avaliação

1. Número de Escolas com os cursos de promoção;
2. Número de alunos por curso;
3. Número de técnicos básicos promovidos;
4. Número de Escolas com material bibliográfico diversificado para apoio aos cursos de promoção.

Sustentabilidade: pontos fortes e fracos

Pontos Fortes

1. Criação de Escolas no âmbito da Reforma;
2. Legislação Aprovada;
3. Formações, realizadas nas EFTS, factor determinante na cobertura de RH da Rede Sanitária;
4. Empenho dos professores mesmo com algumas carências de equipamentos e material bibliográfico e didáctico;
5. Construção de raiz e reabilitação de algumas infra estruturas (Cabinda, Kwanza Norte, Malanje, Luanda, Uige) sendo que Cabinda congrega residências para docentes e visitantes;
6. Autonomia das EFTS.

Pontos fracos

1. Ausência de um diagnóstico actualizado sobre a situação de técnicos básicos existentes nos serviços e áreas;
2. Nível de escolaridade baixo;

3. Idade dos técnicos;
4. Nº de vagas para os cursos de promoção limitada;
5. Carência de professores/técnicos com perfil para as promoções;
6. Exiguidade de orçamento para as escolas fazer face as exigências das mesmas;
7. Ausência de Bibliotecas.
8. Carência em material didático/audiovisual, bibliográfico, equipamento, meios informáticos e de transporte;
9. Falta de instrumentos legais para os Planos curriculares dos cursos de promoção;
10. Indefinição do Estatuto do Docente (Técnico de Saúde) das EFTS;
11. Dificuldade na contratação de professores colaboradores por falta de verba para remuneração destes;
12. Falta de adequação dos conteúdos programáticos dos cursos de promoção.

PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

O programa de desenvolvimento da investigação em saúde é constituído pelo seguinte subprograma e respectivo projecto:

Subprograma de desenvolvimento da investigação em saúde

Projecto 46: Desenvolvimento da investigação em saúde

Subprograma de desenvolvimento da investigação em saúde

Projecto 46: Desenvolvimento da investigação em saúde

Situação actual

A Política Nacional de Saúde identifica como orientação estratégica prioritária para 2025, a investigação em saúde, como ferramenta fundamental para gerar conhecimento sobre os sistemas e os problemas de saúde e outras informações, que não forem disponibilizadas pelo sistema de informação de rotina. A estratégia de Desenvolvimento a longo prazo preconiza para o efeito, 2% dos recursos financeiros destinados ao Sector Saúde.

O Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde (Decreto Presidencial Número 34/11 de 14 de Fevereiro), confere competências ao Ministério da Saúde de promover e desenvolver a investigação, no domínio da saúde e a sua utilização para a melhoria do estado de saúde da população. O mesmo atribui competências para a investigação aos seguintes organismos afectos ao Ministério da Saúde:

- (i) Direcção Nacional de Saúde Pública: incentivar a investigação no domínio da saúde pública, em colaboração com o órgão competente do Ministério e outras instituições afins.
- (ii) Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos: participar na promoção e investigação, no domínio da terapia tradicional, em parceria com outras instituições nacionais e internacionais, assim como no desenvolvimento, elaboração e implementação de tecnologia apropriada, para o desenvolvimento de acções de saúde.
- (iii) Instituto Nacional de Saúde Pública: é encarregue da investigação científica e desenvolvimento tecnológico no domínio da saúde.
- (iv) Instituto de Controlo e Combate a Tripanossomíases: responsável pelo controlo das Tripanossomíases humana africana e animal.
- (v) Instituto Nacional de Luta contra a SIDA: desenvolve acções no domínio da luta contra as ITS e o VIH/SIDA.
- (vi) Centro de Referência Prevenção e Controlo de Doenças: encarregue de conduzir a vigilância activa das doenças, através da investigação epidemiológica e laboratorial.
- (vii) Hospitais: função de formação e investigação científica, podendo estabelecer acordos entre os hospitais, as universidades, as escolas de enfermagem correspondentes e outras instituições da área do ensino, no País e no estrangeiro.
- (viii) Centro Nacional de Sangue: serviço especializado e função investigadora em matéria de saúde.

Existem também outros diplomas legais que apoiam e estabelecem procedimentos sobre a investigação com interesse para a saúde, como a Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde no seu artigo 16, que apoia a investigação em saúde, devendo ser estimulada a colaboração neste domínio, entre os serviços do Ministério da Saúde, a Universidade Agostinho Neto e outras entidades públicas e privadas. E no seu artigo 21º, refere que os ensaios clínicos de medicamentos devem ser sempre realizados sob a direcção e responsabilidade médica. A Constituição da República de Angola, aprovada pela Assembleia Constituinte aos 21 de Janeiro de 2010, no artigo 43º, estabelece a liberdade de criação cultural e científica, ressaltando no ponto 2, que a liberdade compreende o direito à invenção, produção e divulgação de obra científica, literatura artística, incluindo a protecção legal dos direitos de autor.

Para além de compromissos nacionais, Angola é signatária da Declaração de Argel sobre Investigação em Saúde na Região Africana (Argel, Conferência Ministerial de 26 de Junho de 2008). Esta declaração tem como objectivo o reforço dos sistemas nacionais de investigação para a saúde, dos sistemas nacionais de informação e de gestão de conhecimentos, através de uma optimização dos investimentos, de uma melhor coordenação da acção e do reforço da gestão, a fim de melhorar a saúde da população.

Para salvaguardar os aspectos éticos inerentes à pesquisa em saúde, foi criado por Despacho Ministerial de Março de 2000, o Comité de Ética do Ministério da Saúde. Em todas investigações envolvendo seres humanos, as regras de ética devem ser rigorosamente observadas e incentiva os profissionais de saúde e estudiosos de outros ramos da ciência, a participarem activamente na investigação para a saúde. Contudo, o Comité de Ética nunca chegou a ser implementado e precisa de ser reactivado.

Verifica-se que existe respaldo legal, faltando porém um mecanismo que englobe as instituições, os órgãos e os actores de pesquisa para a saúde, com vista a: (1) definir as prioridades de investigação, em função das principais preocupações em saúde do País, (2) prever um orçamento apropriado, (3) formar profissionais e (4) conceder incentivos destinados a motivar o interesse neste domínio.

É indiscutível a importância do Centro de Documentação do Ministério da Saúde na investigação académica. Todavia este não está estruturado para satisfazer as exigências das actividades de investigação.

Estratégias operacionais

1. Definição de um mecanismo de coordenação central para as acções de investigação;
2. Criação e reforço de quadros legislativos e reguladores (leis, normas, regulamentos);
3. Formação e actualização de investigadores e outros profissionais em metodologias de investigação;
4. Elaboração de um estatuto de investigação ou plano de carreira;
5. Reforço e revitalização de institutos e laboratórios de investigação;

6. Criação de mecanismos apropriados de cooperação e de intercâmbio, nomeadamente Sul-Sul e Norte-Sul;
7. Promoção de criação de redes de investigadores;
8. Advocacia para afectação de 2% do orçamento global da saúde e de 5% da ajuda externa para investigação em saúde;
9. Desenvolvimento do Centro de Investigação e Estudos de Medina Tropical dos SSFAA;
10. Criação de incentivos à investigação.

Metas

1. Até 2013, estabelecer um mecanismo de coordenação, com o Centro Nacional de Investigação Científica do Ministério do Ensino Superior da Ciência e Tecnologia;
2. Até 2014, reactivar e operacionalizar a Comissão de Ética, para supervisionar os projectos de investigação;
3. Até 2014, criar a Comissão Nacional de Investigação Científica em Saúde para validar a qualidade técnica e valor científico dos projectos;
4. Até 2014, elaborar e aprovar um programa de investigação;
5. A partir de 2014, formar vinte investigadores e outros profissionais em metodologias de investigação;
6. A partir de 2014, estruturar os institutos e laboratórios e dotá-los de recursos adequados para o apoio à investigação.

Actividades e intervenções

1. Criar a Comissão Nacional de Investigação Científica em Saúde para validar a qualidade técnica e o valor científico dos projectos;
2. Trabalhar em estreita colaboração com o Centro Nacional de Investigação Científica do Ministério do Ensino Superior da Ciência e Tecnologia, para o devido enquadramento das actividades de investigação em saúde;
3. Elaborar o regulamento dos concursos éticos e deontológicos de realização de projectos de investigação;
4. Definir as prioridades de investigação em saúde e elaborar o programa de Investigação em Saúde;
5. Realizar actividades de formação em investigação em saúde;
6. Criar um boletim periódico de divulgação de informação científica em saúde.

7. Estabelecer parcerias com organizações públicas e privadas, para uma subvenção para trabalhos de investigação;
8. Criar mecanismos de cooperação e de intercâmbio, com instituições nacionais e internacionais;
9. Subsidiar a publicação de trabalhos de investigação nacionais, classificados com interesse para o desenvolvimento dos serviços de saúde do País;
10. Reestruturar o Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

Resultados esperados

1. Diplomas legais aprovados;
2. Comissão Nacional de Investigação e Comissão de Ética funcionam regularmente;
3. Projectos de investigação em saúde definidos, orçamentados e realizados;
4. Actividades de formação em investigação em saúde programadas e regularmente realizadas;
5. Profissionais de saúde motivados para a investigação;
6. Padrões éticos na investigação respeitados;
7. Centro de Documentação funcional e actualizado;
8. Boletim de divulgação de informação científica em saúde criado e publicado.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: INSP;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Hospitais; Instituto de Combate e Controlo da Tripanossomíase; Instituto Nacional de Luta contra a SIDA, Direcção Nacional de Medicamentos e equipamentos, DNSP, Escola Nacional de Saúde Pública;
3. Parceiros nacionais: Ministério do Ensino Superior, Ministério da Ciência e Tecnologia; Governos Provinciais; ONGs nacionais; Forças Armadas de Angola; Sector privado; Sector privado da saúde; Instituições de formação e de investigação;
4. Parceiros internacionais: OMS, UNFPA, cooperação multilateral (Sul-Sul e Norte-Sul); redes de investigadores.

Indicadores de avaliação

1. Normas e regulamentos elaborados aprovados;
2. Agenda Nacional de Investigação, criada e aprovada;
3. Número de projectos submetidos à Comissão Nacional de Investigação;

4. Número de projectos de investigação aprovados, realizados ou em curso;
5. Número de profissionais formados;
6. Frequência de publicação do boletim.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios anuais das Comissões de validação técnica de projectos de investigação;
2. Relatório semestral do Mecanismo de Coordenação Central;
3. Relatório anual da Comissão de Ética;
4. Relatórios anuais das instituições de investigação.

Sustentabilidade: pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Angola é signatária da Declaração de Argel;
2. Existência de uma Política Nacional de Saúde;
3. Expansão da rede de assistência sanitária do País;
4. Expansão das instituições de ensino superior;
5. Existência de uma Comissão de Ética.
6. Interesse dos profissionais de saúde para a investigação;
7. Maior acesso à informação científica através da Internet.

Pontos fracos

1. Profissionais de saúde desmotivados por falta de incentivos;
2. Falta de coordenação da investigação em saúde;
3. Dificuldade de inclusão na carreira de investigação definida pelo Ministério do Ensino Superior, Ciência e Tecnologia.

Condicionantes ambientais

1. Constrangimentos orçamentais.

PROGRAMA DE GESTÃO E AMPLIAÇÃO DA REDE SANITÁRIA

O programa de gestão e ampliação da rede sanitária é constituído pelo seguinte subprograma e um único projecto:

Subprograma de gestão e ampliação da rede sanitária

Projecto 47: Gestão e ampliação de infra-estruturas sanitárias

Subprograma de gestão e ampliação da rede sanitária

Projecto 47: Gestão e ampliação de infraestruturas sanitárias

Situação actual

À luz do Sistema Nacional de Saúde, a Rede Sanitária está organizada em 3 níveis de atenção: (1) Atenção primária de saúde, dedicada a prestação dos cuidados primários de saúde, compreende os postos de saúde, centros de saúde, centros materno-infantis, centros de saúde de referência e hospitais municipais; (2) Nível intermédio ou secundário (Rede Especializada Polivalente), constituído por hospitais gerais (3) Nível terciário, constituído por hospitais centrais e especializados.

Os Mapas Sanitários realizados entre 2007 a 2012, cadastraram 2.366 unidades, das quais só 2.078 eram funcionais, sendo 6% de construção não definitiva. Por outro lado, apenas 1109 US têm casa de banho, 354 US têm acesso à rede de água potável, 308 US utilizam água dos furos/poços e 111 US compram água, contra 1004 US (48%) que não dispõem de água. 1.119 US não dispõem de energia eléctrica, o que inviabiliza a utilização de alguns equipamentos bem como a prestação de serviços no período nocturno. Está em curso a actualização dos dados dos Mapas Sanitários. Em geral, a rede de infra-estruturas do nível primário tem estruturas em mau estado de conservação e pouco apetrechadas em termos de equipamentos e de pessoal. O sistema de referência e contra-referência funciona, de momento, de forma pontual, carecendo de organização e implementação sistemática. Em Luanda, este problema é particularmente importante, pelo facto de coexistirem no mesmo espaço territorial os três níveis de atendimento, nomeadamente, primário, secundário e terciário, tornando-se necessária uma estratificação da assistência, compatível com uma ordenação territorial específica para Luanda, como indicado no Artigo nº 17 da Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde.

O Regulamento Geral das unidades sanitárias do Serviço Nacional de Saúde (Decreto Presidencial nº 54/03, de 5 de Agosto) e o Regulamento Jurídico da Gestão Hospitalar (Decreto Presidencial nº 260/10, de 19 de Novembro), não são ainda implementados, com rigor, na gestão da Rede Sanitária do Sistema Nacional de Saúde.

Em Angola, o maior número de unidades sanitárias pertence ao Serviço Nacional de Saúde. A rede de prestação de cuidados de saúde do SNS, em estado funcional, é constituída por 1.439 postos de saúde, 377 centros de saúde, 49 centros materno-infantis, 154 hospitais municipais, 22 hospitais gerais, 14 hospitais centrais e 23 unidades diversas entre Sanatórios, Centros de Reabilitação Física, etc., de acordo com os dados dos Mapas Sanitários (anexo 3). A maioria destas unidades sanitárias foram construídas de raiz ou beneficiaram de obras de reabilitação. Os postos de saúde são o tipo de unidade sanitária em maior número e presença territorial, e constituem a principal porta de entrada do Sistema Nacional de Saúde. Não

obstante os Postos têm pouca capacidade de resolução, tanto pela quantidade e competência dos seus profissionais, como pela reduzida oferta e qualidade de serviços que prestam, tendo um impacto muito limitado na melhoria da saúde das comunidades.

O PNDS, prevê a expansão da rede sanitária até 2025. Acautela que os postos de saúde disponham de espaço suficiente que permita a sua ampliação e progressiva transformação em centros de saúde se for necessário, capazes de oferecer um pacote de serviços mais diferenciados à população. Também prevê o desenvolvimento de normas para a padronização e manutenção dos diferentes tipos de unidades sanitárias, de forma a garantirem condições para oferecerem cuidados e serviços.

O PNDS prevê a revisão da tipologia e a dotação de tecnologias de saúde previstas para cada nível de atenção, para adequar a oferta de serviços sanitários.

A manutenção preventiva ou de reparação dos equipamentos e edifícios constitui, também, uma preocupação no sector, tendo em conta que o crescimento do parque de estruturas de saúde e de equipamentos, não tem sido acompanhado de uma cultura neste domínio.

O elevado número de unidades sanitárias em determinados Municípios, nem sempre traduz uma maior disponibilidade de serviços, devido a carência em equipamentos e em recursos humanos. Nem todas as US oferecem serviços compatíveis com a sua tipologia, por causa dessas insuficiências. Pode deduzir-se que existe uma enorme escassez de serviços de saúde para atender às necessidades básicas das populações.

Por outro lado nas Províncias da Lunda Norte, Lunda Sul, Moxico, Cuando Cubango e Namibe as US estão situadas a uma distância média de mais de 75 Km da sua unidade de referência. A Província do Cuando Cubango é a que tem uma maior distância média, com 122 Km, comparativamente à distância média Nacional que é de 48 km. Essas distâncias indicam que para o sistema de Referência funcionar é imprescindível um bom serviço de transporte sanitário.

Consequentemente, e segundo dados do último levantamento feito em Fevereiro de 2012 pelo GEPE do MINSa, 94% das unidades sanitárias oferecem o serviço de consultas, apenas 18% oferecem o serviço de Planeamento Familiar, e 31%, o serviço de Puericultura, num País onde a maior parte da população tem menos de 15 anos de idade. Em relação aos cuidados Obstétricos, apenas 160 US oferecem uma assistência básica. A oferta dos serviços encontra entraves na sua execução devido à falta constante, na maioria das US, de equipamento básico. Cerca de 60% das unidades não têm estetoscópio, 53% não têm balança de bebé e 57% não dispõe de esfigmomanómetro.

As diferenças encontradas em US com a mesma tipologia, podem ser ultrapassadas com uma regulamentação mais actualizada e explícita, não apenas no que concerne às valências de cada tipo de US, mas também e sobretudo, com a inclusão de um modelo arquitectónico padronizado para cada tipo de US.

Estratégias operacionais

1. Adequação e actualização da Regulamentação Geral das Unidades Sanitárias Públicas (REGUSAP) do Serviço Nacional de Saúde, tendo em conta as prioridades emergentes, a sustentabilidade dos investimentos e a eficácia na gestão dos recursos;
2. Apoio metodológico e normativo sistematizado do MINSA aos Hospitais Centrais e às Direcções Provinciais e Repartições Municipais, para a melhoria da gestão e do desempenho da rede sanitária;
3. Previsão da área de expansão para todas as Unidades Sanitárias, permitindo o seu crescimento modular e paulatino;
4. Aumento do acesso aos serviços de saúde à população por níveis de atenção;
5. Construção, ampliação e apetrechamento de 11 novos hospitais centrais, 15 novos hospitais gerais, 40 hospitais municipais, 74 centros de saúde e 4.344 postos de saúde;
6. Reforço do sistema de informação do sector, com indicadores estatísticos essenciais, assegurando um fluxo de informação permanente entre todos os actores, permitindo a tomada de decisões fundamentadas e monitoria dos progressos;
7. Mobilização de recursos adicionais e criação de parcerias multisectoriais (MININT, MINDEN) público-privadas lucrativas (clínicas e empresas privadas ou de empresas estatais), e não lucrativas (igrejas, ONGs e instituições filantrópicas) com vista a uma melhor prestação de serviços sanitários;
8. Criação de capacidades técnicas necessárias, a todos os níveis, para assegurar o bom desempenho do Programa de Gestão e Ampliação da Rede de infraestruturas;
9. Promoção da construção de uma rede de infraestruturas tecnicamente adequadas para o armazenamento de medicamentos e dispositivos médicos, de acordo com as necessidades de cobertura nacional.

Metas

1. A partir de 2013, que seja acautelada a área de expansão para todas as unidades sanitárias;
2. Até 2015, adequação e publicação do Regulamento Geral das Unidades Sanitárias Públicas do SNS e instrumentos normativos e metodológicos para a melhoria de gestão e do desempenho da rede sanitária;

3. A partir de 2015, mais de 95% das US funcionantes estão abrangidas por um Programa de Avaliação e “Manutenção”;
4. A partir de 2014, utilizar o sistema de informação e gestão do sector, com indicadores estatísticos essenciais assegurando um fluxo de informação permanente entre todos os actores, permitindo a melhoria da tomada de decisão a todos os níveis;
5. Entre 2013 e 2017, 100% de US dispõem de abastecimento de água, energia e de um sistema seguro de tratamento de lixo hospitalar;
6. Até 2025, melhorar os rácios relativos à população por unidade sanitária, para aumentar o acesso aos serviços de saúde;
7. Até 2017 e 2025, melhorar a satisfação dos utentes das US para 60% e 90%, respectivamente;
8. Entre 2013 e 2015 construir 5 Hospitais Centrais, 5 Hospitais Gerais, 15 Hospitais Municipais, 24 Centros de Saúde, e 894 Postos de Saúde;
9. Entre 2015 e 2025, construir e apetrechar 6 Hospitais Centrais, 10 Hospitais Gerais, 25 Hospitais Municipais, 50 Centros de Saúde, e 3.450 Postos de Saúde;
10. Até 2015 construir e apetrechar uma Central Logística, 3 armazéns de medicamentos Regionais e 3 Provinciais; e até 2017 construir e apetrechar 3 armazéns Provinciais e reabilitar 6 armazéns Provinciais.
11. Até 2017 e 2025, 60% e 100% das US têm funcionários e equipamentos que correspondem as suas necessidades e serviços segundo o nível de atenção sanitária, respectivamente;
12. Até 2025, construir o novo Hospital Militar Principal/IS, o Pré-Fabricado de 4 pisos do HMP/IS, Batalhão de Apoio Médico, Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos: Cadeia Logística, Unidade Fabril e Controlo de qualidade, da Clínica da Marinha, Centro de Medicina Aeronáutica, Novo Hospital Militar do Huambo, Novo Hospital Militar de Cabinda, o Hospital Sanatório e Enfermarias (MBanza Congo, Malanje, Andulo, Moxico, Matala);
13. Até 2025, ampliar a Clínica do Exército, Clínica da Força Aérea e a clínica da Marinha de Guerra;
14. Até 2025, que todas as unidades sanitárias ofereçam serviços correspondentes à sua tipologia e nível.

Actividades e intervenções

1. Rever o REGUSAP e os instrumentos normativos e metodológicos;
2. Reabilitar e adaptar a rede sanitária existente e funcional, composta por 1.854 US, às necessidades actuais;
3. Apetrechar as unidades sanitárias segundo as necessidades;

4. Ampliar a rede sanitária até 4.494 US e de armazéns satisfazendo as necessidades da população;
5. Implementar o Sistema de Informação e Gestão da rede sanitária e de quadros de direcção aos níveis de atenção primário, secundário e terciário;
6. Elaborar Planos Anuais de Acção Municipais e Provinciais, com enfoque para a ampliação e manutenção da rede;
7. Fazer manutenção preventiva e reparadora da rede sanitária existente, incluindo as infraestruturas e os equipamentos das unidades sanitárias da rede primária, secundária e terciária do Serviço Nacional de Saúde;
8. Construir o novo Hospital Militar Principal/IS, o Pré-Fabricado de 4 pisos do HMP/IS, Batalhão de Apoio Médico, Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos: Cadeia Logística, Unidade Fabril e Controlo de qualidade, da Clínica da Marinha, Centro de Medicina Aeronáutica, Novo Hospital Militar do Huambo, Novo Hospital Militar de Cabinda, o Hospital Sanatório e Enfermarias (MBanza Congo, Malanje, Andulo, Moxico, Matala);
9. Ampliar a Clínica do Exército, a Clínica da Força Aérea e a clínica da Marinha de Guerra.

Resultados esperados

1. 1.854 US da Rede Sanitária adaptadas aos requisitos normativos, e dispostas de água, energia e condições básicas de saneamento;
2. Construídos e/ou ampliados e apetrechados 11 hospitais centrais, 15 hospitais gerais, 40 hospitais Municipais, 74 Centros de Saúde e 4.344 Postos de Saúde;
3. Planos municipais e provinciais de Acção elaborados, incluindo o programa de avaliação e “manutenção”;
4. Rede Sanitária adequada às características sanitárias do País e tempo de espera nas unidades sanitárias reduzido, com satisfação do utente;
5. Abastecimento de água, energia e sistema seguro de tratamento de lixo hospitalar em 100% das unidades sanitárias ;
6. Sistema de informação para a gestão do sector implementado e funcional.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismo de execução: GEPE, SSFAA;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: DNRH, DNME, CECOMA, DNSP, DPS e Repartições Municipais de Saúde;

3. Parceiros nacionais: Governos Provinciais, o Ministério de Urbanismo e Ambiente, o Ministério de Administração do Território, o Ministério da Defesa, o MININT, as Igrejas, as Clínicas de Empresas Estatais, as Clínicas Privadas;
4. Parceiros internacionais: OMS, EU, USAID, Banco Mundial e o Fundo Global.

Indicadores de avaliação

1. Número de US que oferecem serviços correspondentes à sua tipologia e nível;
2. Número de US operacionais com uma avaliação de “manutenção”;
3. Número de US com recursos humanos e equipamentos que correspondem à sua tipologia e nível;
4. Número de US que dispõem de abastecimento de água,
5. Número de US que dispõem de energia;
6. Número de US que dispõem de um sistema seguro de tratamento de lixo hospitalar;
7. Número de US reabilitadas ou ampliadas;
8. Número de US construídas;
9. Número de US apetrechadas;
10. Rácio relativo da população por unidade sanitária;
11. Número de utentes e acompanhantes satisfeitos com os serviços oferecidos nas unidades sanitárias.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Planos de acção de todos os Municípios e Províncias do País;
2. Monitoria dos objectivos descritos nos Planos de Desenvolvimento Sanitário Provinciais e Municipais e Planos Estratégicos dos Hospitais Nacionais;
3. Relatórios de avaliação anuais de todos os Municípios e Províncias do País realizados pelo nível central;
4. Relatórios mensais, semestrais e anuais do GEPE.

Sustentabilidade: pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Expansão da rede sanitária como uma das prioridades do Executivo;
2. Aumento progressivo da formação dos quadros;
3. Processo de desconcentração e descentralização administrativa em curso;

4. Investimento em meios de média e alta tecnologia.

Pontos fracos

1. Não cumprimento da regulamentação vigente;
2. Falta de capacidade para garantir o cumprimento dos regulamentos;
3. Défice de pessoal qualificado;
4. Pouca interligação entre os sectores intervenientes, nomeadamente entre MINSA e MAT, Governos Províncias e Municipais;
5. Indefinições e atrasos na revisão e adequação da regulamentação sanitária vigente à luz do processo de desconcentração e descentralização.

Condicionantes ambientais

1. Irregular e limitado abastecimento de água potável e energia eléctrica;
2. Deficiente recolha e gestão dos resíduos hospitalares.

Pesquisa operacional

1. Estudos sobre custos de serviços a nível das US;
2. Estudos sobre o grau de satisfação do utente perante os serviços oferecidos pelas US;
3. Elaboração e monitoria dos Planos Provinciais e Municipais de Desenvolvimento Sanitário;
4. Realização e monitoria dos Planos Estratégicos dos Hospitais Nacionais (2013 a 2025);
5. Estudos semestrais sobre o funcionamento da rede Sanitária, baseados na análise do desempenho e da produtividade e eficiência das US, comparados com a satisfação do utente;
6. Actualização e melhoria dos Mapas Sanitários;
7. Estudos sobre melhores práticas de eficácia e eficiência dos Sistemas Sanitários para tirar lições e adapta-las ao contexto de Angola;
8. Expansão do uso das Ferramentas do Sistema de Informação Geográfica (SIG) na planificação, administração, gestão e monitoria da Rede Sanitária.

PROGRAMA DE GESTÃO, APROVISIONAMENTO E LOGÍSTICA, DESENVOLVIMENTO DO SECTOR FARMACÊUTICO, E DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS

Subprograma de gestão e desenvolvimento do aprovisionamento e logística

Projecto 48: Gestão e desenvolvimento do aprovisionamento e logística

Subprograma de gestão e desenvolvimento do sector farmacêutico

Projecto 49: Gestão e desenvolvimento do sector farmacêutico

Subprograma de gestão e desenvolvimento dos dispositivos médicos

Projecto 50: Gestão e desenvolvimento dos dispositivos médicos

Subprograma de gestão e desenvolvimento do aprovisionamento e logística

Projecto 48: Gestão e desenvolvimento do aprovisionamento e logística

Situação actual

Um dos pilares de qualquer sistema de saúde são os medicamentos. Não sendo produtos de consumo ordinário, a sua aquisição, armazenamento e distribuição, requerem condições especiais para garantir a preservação das suas propriedades terapêuticas.

O abastecimento às unidades prestadoras de cuidados de saúde é gratuito. Todavia, as constantes roturas de stock levam ao agravamento do estado de saúde das populações, decorrente da evolução tórpida das doenças, e ao conseqüente exacerbar dos índices de internamento, de sequelas e de óbitos, particularmente dos grupos mais vulneráveis.

Para assegurar a melhoria no domínio do aprovisionamento e logística de medicamentos e meios médicos, foi criada ao abrigo do artigo 29º do Decreto Presidencial Número 34/11 de 14 de Fevereiro, a Central de Compras e Aprovisionamento de Medicamentos e meios Médicos (CECOMA) com responsabilidades na aquisição, distribuição e manutenção de meios médicos e não médicos.

Tendo sido criada recentemente, a Central de Compras e Aprovisionamento de Medicamentos e Meios Médicos, encontra-se ainda em fase organizativa. A sua função é a de fazer compras centralizadas e abastecer, com produtos farmacêuticos, todos os Depósitos Provinciais (DP), os Depósitos Regionais (ainda em projecto) e os Hospitais Nacionais. Cabe aos DP reabastecer as unidades sanitárias da respectiva Província.

Enquanto se aguarda pela construção de instalações próprias, bem como a aprovação dos respectivos estatutos e demais documentos legais, a CECOMA tem vindo a assumir responsabilidades relativas ao armazenamento e distribuição de produtos farmacêuticos pelo País, utilizando ainda os armazéns arrendados pela empresa Nova Angoméica.

A distribuição faz-se em sistema combinado de “**Pull and Push.**” Em princípio os planos de distribuição são mensais, em função dos stocks existentes nos armazéns de Luanda. A planificação é feita de acordo com as necessidades expressas por cada Hospital Nacional ou Direcção Provincial de Saúde (DPS). Quando baixam os níveis dos produtos em stock, as referidas entidades tomam a iniciativa de os requisitar à CECOMA.

Actualmente, a CECOMA não dispõe de meios de transporte próprios. Por conseguinte, toda a distribuição é terceirizada. Com a concretização do seu plano de aquisição de veículos, a CECOMA pretende reduzir os

custos de transportação, passando a responsabilizar-se directamente pela distribuição para os hospitais nacionais e para as Províncias próximas (Luanda, Bengo, Kwanza-Sul, Kwanza-Norte, Uíge e Malanje).

A gestão de stocks é feita através de registos manuais em fichas de cartolina e, para a grande maioria de fármacos, não há ainda dados de consumo compilados ao nível central.

Não existe um Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade. No âmbito das iniciativas tendentes a garantir a qualidade dos meios adquiridos, os procedimentos de compra visam obter produtos de fontes idóneas (pré-qualificadas pela OMS), que devem fornecer também a documentação técnica específica que lhes é exigida.

No domínio dos Equipamentos, a CECOMA preconiza a realização de concursos públicos para a sua aquisição, devendo os fornecedores assumir e honrar os contratos de manutenção, bem como a formação do pessoal incumbido do seu manuseio.

O funcionamento da CECOMA tem por base os seguintes instrumentos legais: (1) Decreto Presidencial Número 34/11 de 14 de Fevereiro; (2) Lei 20/10 de 7 de Setembro, lei da contratação pública nos seus artigos 172 à 179; (3) Projecto de Estatuto Orgânico da Central de Compras e Aprovisionamento de Medicamentos e Meios Médicos; (4) Política Nacional Farmacêutica, 2010.

Estratégias operacionais

1. Aquisição de medicamentos com base em genéricos ou DCI através de concursos públicos nacionais e internacionais;
2. Gestão eficiente dos produtos farmacêuticos, através de um sistema informatizado e funcionando em rede em todo o País;
3. Promoção da construção de infraestruturas tecnicamente adequadas, de armazenamento de medicamentos e meios médicos em todo território Nacional;
4. Aquisição de meios de transporte e de logística para a distribuição dos meios adquiridos;
5. Elaboração de uma lista de necessidades a nível Nacional, identificando as prioridades;
6. Comprovação, através de Laboratórios Nacionais ou Internacionais, a qualidade dos medicamentos adquiridos;
7. Elaboração do Manual de Procedimentos Operacionais das actividades de aprovisionamento de medicamentos e meios médicos.

Metas

1. A partir de 2014, formar anualmente técnicos em boas práticas de armazenamento e distribuição;
2. A partir de 2014, realizar visitas de supervisão aos depósitos e unidades sanitárias;
3. Até 2014, finalizar a construção dos depósitos provinciais do Huambo e Uíge;
4. Até 2014, elaborar o Manual de Procedimentos Operacionais das actividades de aprovisionamento de medicamentos e meios médicos;
5. Até 2014, finalizar a construção de depósitos: Central, em Luanda, e Regionais, em Benguela, Malanje e Huila;
6. A partir de 2015, implantar um sistema informatizado de gestão, funcionando em rede com todos os depósitos provinciais, regionais e municipais;
7. Até 2017, construir ou reabilitar Depósitos Municipais em cada Município;
8. Até 2017, que todos os Municípios tenham um técnico logístico;
9. Até 2025, finalizar o reforço da rede de armazenamento de medicamentos a nível Nacional.

Actividades e intervenções

1. Elaborar as listas nacionais de necessidades em produtos farmacêuticos, identificando as prioridades;
2. Planificar e executar a compra e distribuição regular e atempada das necessidades nacionais em medicamentos e meios médicos;
3. Celebrar contratos com vista a certificar laboratorialmente a qualidade dos produtos farmacêuticos;
4. Definir critérios objectivos e aplica-los sistematicamente, com vista a avaliar o desempenho dos fornecedores de bens e serviços e elaborar o competente cadastro, nos termos da Lei da Contratação Pública (artigo 9º);
5. Adquirir *software* de gestão capaz de integrar a gestão de stocks, a gestão administrativa e a componente financeira;
6. Implementar um sistema informatizado de gestão, funcionando em rede com todas as Províncias;
7. Comprar meios próprios de transportação e de logística para a distribuição de medicamentos e meios médicos essenciais;
8. Realizar actividades regulares de supervisão aos Depósitos Provinciais e Regionais;
9. Definir normas de procedimentos para as principais tarefas alocadas à CECOMA;
10. Realizar estudos sobre as capacidades de armazenamento e distribuição de Produtos Farmacêuticos em cada Província, Região e a nível Nacional;
11. Elaborar o Manual de Procedimentos operacionais das actividades de aprovisionamento de medicamentos e meios médicos.

Resultados esperados

1. Fornecedores de bens e serviços cadastrados, nos termos do artigo 9º da Lei nº 20/10 de 7 de Setembro;
2. Listas Nacionais de Produtos Farmacêuticos elaboradas, com identificação das prioridades em termos de abastecimento;
3. Medicamentos essenciais genéricos e/ou em DCI, adquiridos com regularidade e aos melhores preços;
4. Qualidade assegurada para os produtos adquiridos;
5. Acauteladas as situações de roturas de stock de produtos farmacêuticos classificados de vitais/essenciais;
6. Necessidades medicamentosas e de meios médicos das unidades sanitárias do País satisfeitas;
7. Dados actualizados sobre os stocks existentes em cada Província, região e a nível Nacional permanentemente disponibilizados;
8. Gestão mais eficiente dos produtos farmacêuticos na cadeia logística Nacional;
9. Armazéns de medicamentos construídos respeitando padrões e normas internacionalmente reconhecidos, garantindo assim a boa conservação de medicamentos e meios médicos;
10. Meios de transporte e de logística de distribuição, adquiridos;
11. Instrumento de gestão (fichas de stock) de medicamentos disponibilizados, em quantidades adequadas, para todas as unidades sanitárias;
12. Disponibilizados meios modernos e eficientes de detecção e combate contra incêndios;
13. Implementados mecanismos e procedimentos apropriados, eficientes e eficazes, de eliminação de medicamentos impróprios para o consumo, sem quaisquer riscos para o meio ambiente;
14. Troca de conhecimentos e experiências com as organizações internacionais e outras Centrais de Compras de medicamentos realizadas;
15. Recursos humanos capacitados com vista a garantir a boa gestão de medicamentos e meios médicos;
16. Manual de Procedimentos Operacionais das actividades de aprovisionamento disponíveis para os técnicos.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: CECOMA, DNME;

2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: INSP;DNSP e GEPE;
3. Parceiros nacionais: Direcções Provinciais de Saúde; Hospitais Nacionais e Regionais; Depósitos Regionais;
4. Parceiros internacionais: O.M.S, USAID e Centrais de Compras de outros Países.

Indicadores de avaliação

1. Percentagem de medicamentos essenciais sob designação genérica ou DCI adquiridos em períodos definidos (curto e longo prazos);
2. Número e período de tempo de roturas de *stock* de medicamentos vitais/essenciais em unidades sanitárias e Depósitos de Medicamentos a nível de cada Província, Região e País;
3. Percentagem de unidades sanitárias e armazéns dispondos de instrumentos de gestão de medicamentos e meios médicos para garantir o seu normal funcionamento durante pelo menos um semestre;
4. Percentagem de estruturas com condições adequadas para o armazenamento de medicamentos, tendo por base os padrões internacionalmente definidos;
5. Percentagem anual de concursos públicos para aquisição de medicamentos pelo MINSÁ;
6. Percentagem de depósitos provinciais com meios próprios de transportação de medicamentos e meios médicos;
7. Percentagem de depósitos regionais e provinciais com gestão informatizada e funcionando em rede com o nível central.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Supervisões e relatórios trimestrais das actividades de distribuição nos Depósitos Provinciais e Regionais;
2. Estudos sobre consumo e distribuição de medicamentos;
3. Estudos sobre a qualidade de medicamentos adquiridos pela Central de Compras e aprovisionamento de Medicamentos e meios médicos.

Sustentabilidade: pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Criação da CECOMA, prevista pelo Decreto Presidencial n.º 34/11 de 14 de Fevereiro, que aprova o estatuto orgânico do Ministério da Saúde;
2. Aprovação da Política Nacional Farmacêutica em 2010;
3. Possibilidade da CECOMA realizar compras centralizadas e, através de concursos públicos, fazer considerável economia de escala, permitindo a aquisição de grandes quantidades de medicamentos a preços competitivos, com impacto na disponibilidade e acessibilidade de produtos a nível Nacional.

Pontos fracos

1. Ausência de planificação e execução regulares e atempadas de processos de compras;
2. Insuficiente financiamento para a compra de medicamentos, resultando em frequentes roturas de stock e descrédito para a CECOMA;
3. Insuficiente capacidade e condições para o armazenamento adequado de medicamentos e meios médicos;
4. Insuficiente pessoal técnico qualificado;
5. Falta de meios próprios e adequados de transporte e de logística de distribuição;
6. Falta de sistema informatizado de gestão de stocks de medicamentos e meios médicos;
7. Falta de câmaras de refrigeração para a conservação de medicamentos;
8. Falta de sistema adequado de prevenção contra incêndios;
9. Falta de incineradores;
10. Financiamento insuficiente;
11. Excessivo tempo de estadia dos contentores no porto;
12. Falta de seguros de saúde e outros mecanismos institucionais para motivar e fidelizar os trabalhadores.
13. Falta de sistema de gestão informatizada que permita uma abordagem global, integrada e articulada com os Hospitais Nacionais, os Depósitos Provinciais e Regionais, com evidentes constrangimentos na gestão de todo o sistema de logística e aprovisionamento;
14. Condições inadequadas das infra-estruturas de armazenamento que põem em risco a qualidade e a segurança dos meios em armazém;

15. Dificuldades no transporte e abastecimento de medicamentos às U.S., com permanência dos mesmos nos Depósitos Provinciais, contribuindo para o baixo consumo e expiração;
16. Falta de Manual de Procedimentos Operacionais das actividades de aprovisionamento de medicamentos e meios médicos.

Condicionantes ambientais

1. Pouca motivação dos gestores das US para se envolverem num sistema centralizado de aquisições.

Pesquisa operacional

1. Realizar estudos de consumo de medicamentos e outros produtos farmacêuticos de três em três anos (2015; 2018, 2021 e 2024);
2. Realizar estudos de processos logísticos de transportação de medicamentos e outros meios médicos, anualmente;
3. Realizar estudos de processos logísticos de armazenamento de medicamentos e outros meios, anualmente;
4. Realizar estudo de conservação de medicamentos ao nível de diferentes armazéns, anualmente.

Subprograma de gestão e desenvolvimento do sector farmacêutico

Projecto 49: Gestão e desenvolvimento do sector farmacêutico

Situação actual

O programa de desenvolvimento do Sector farmacêutico de Angola visa assegurar *a permanente disponibilidade e melhorar o acesso das populações aos medicamentos essenciais seguros, eficazes, de boa qualidade, a preços acessíveis e o uso racional dos mesmos, bem como uma regulação mais eficiente do exercício farmacêutico.*

O referido programa abrange: (i) os medicamentos essenciais em uso nos três níveis do sistema de saúde, compreendendo todos os produtos farmacêuticos que os distintos programas de saúde pública utilizam no combate às doenças (incluindo as vacinas), bem como (ii) os dispositivos médicos, (iii) os reagentes e (iv) consumíveis laboratoriais.

Em Angola, o sector farmacêutico é regulado pela Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos (DNME), conforme disposto no decreto presidencial Número 180/10 de 18 de Agosto. Com a criação da Central de Compras e Aprovisionamento de Medicamentos e Meios Médicos (CECOMA), através do decreto presidencial Número 34/11 de 14 de Fevereiro, estabeleceram-se as bases para a realização de compras centralizadas dos principais produtos de grande consumo e gestão do seu aprovisionamento a nível Nacional.

A escassez de recursos humanos qualificados constitui uma importante condicionante à boa organização e funcionamento da DNME e, conseqüentemente, à execução de muitas das tarefas cometidas à mesma pela legislação farmacêutica vigente. Além disso, a criação de novos órgãos, como a CECOMA, vem-se fazendo à custa da transferência dos já escassos quadros da DNME, o que agrava a situação referida.

A produção Nacional de medicamentos ainda está numa fase inicial, sendo predominante o recurso às importações.

O Governo assume-se como o principal importador de medicamentos e outros produtos farmacêuticos para o sector público. As compras para as unidades assistenciais do primeiro nível são centralizadas, feitas habitualmente através de concursos públicos. A rede de hospitais do segundo e terceiro níveis assistenciais, goza de autonomia administrativa e financeira. Regularmente são alocadas verbas do OGE para o respectivo reabastecimento em produtos farmacêuticos.

Fora do MINSA, outras instituições do executivo fazem igualmente aquisições de medicamentos para o sector público, tanto ao nível central como Provincial. Em geral, esses fornecimentos não vão de encontro às prioridades e necessidades das unidades beneficiárias.

Actualmente registam-se poucas doações. Nem sempre os donativos se coadunam com as orientações específicas da Organização Mundial da Saúde. As falhas mais comuns, dizem respeito à não concordância com as necessidades das unidades, ao idioma das embalagens e prospectos, aos curtos prazos de validade, às designações comerciais bem como ao nível de competência dos profissionais que as manuseiam.

Angola possui uma extensa fronteira terrestre, através da qual se regista intenso trânsito de mercadorias, resultando em um enorme desafio para o controlo da entrada de produtos farmacêuticos.

A qualidade dos medicamentos assume uma dimensão central e vital na sua gestão. Os mecanismos e os procedimentos recomendados pela OMS para garantir a qualidade dos produtos farmacêuticos, ainda não são aplicados em Angola. Tão pouco existe um Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade, pese embora seu projecto conste há mais de dois anos do Programa de Investimentos Públicos (PIP).

As infra-estruturas de armazenamento do País estão degradadas, e ainda não reúnem os requisitos técnicos para preservar a qualidade dos medicamentos.

Estudos efectuados em centros e postos de saúde, evidenciaram situações muito comuns de uso irracional dos medicamentos. Essas falhas são imputáveis ao (1) baixo nível de qualificação dos prestadores de serviços, (2) deficiências na formação básica, (3) falta de programas de formação contínua, bem ainda como (4) ausência de supervisão regular. Constata-se igualmente, a não inclusão de matérias relacionadas com os princípios e conceitos de medicamentos essenciais e uso racional dos medicamentos, nos programas de formação dos profissionais de saúde. As práticas generalizadas de auto medicação são amplamente favorecidas pela enorme oferta de produtos no mercado, bem como pela inexistência de normas específicas de prescrição e dispensa, factos que agravam substancialmente as situações de uso irracional dos medicamentos.

No concernente aos profissionais de farmácia, é de salientar que o baixo número dos mesmos faz com que a sua disponibilidade nas distintas Províncias seja insuficiente ou nula. Esta condição não permite cumprir com as exigências da legislação em vigor em termos de prestação de serviços ao utente. As escolas de formação de técnicos médios ficaram muito tempo encerradas, agudizando a carência de quadros.

Importa ainda destacar que, de acordo com os dados disponíveis e referentes a 2005, as despesas per-capita em medicamentos foram de 1,2 USD, contra os 10 a 15 USD/per capita que a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda.

Com o apoio da OMS, foi feita uma análise do sector farmacêutico, em Agosto de 2007, para aferir o acesso das populações aos medicamentos essenciais, bem como a qualidade e a utilização dos mesmos.

Essa avaliação ressaltou o seguinte:

a) Acesso aos medicamentos

Existe ainda uma fraca disponibilidade de medicamentos essenciais ao nível das unidades sanitárias públicas, devido a:

1. Inadequação entre as necessidades e os fornecimentos, em virtude da ausência de um sistema eficiente de aprovisionamento integrado;
2. Inexistência de um plano de execução regular de compras;
3. Insuficiente OGE alocado para as aquisições e morosidade nos desembolsos;
4. Dificuldade na distribuição dos medicamentos, resultantes das fraquezas da área logística, que afectam o escoamento dos meios dos depósitos provinciais para as unidades sanitárias periféricas, em virtude da ausência de um plano estratégico de reforço do sistema de aprovisionamento;
5. Fraca capacidade de gestão, resultante de deficits no financiamento dessa função, da não adopção de normas para as boas práticas de aquisição, de armazenamento e distribuição dos medicamentos, bem como para a sua manipulação nas unidades sanitárias.

No sector público, a assistência medicamentosa é gratuita. Todavia, a pouca disponibilidade, aumenta a sua procura nas farmácias privadas, com manifesta redução do acesso, tendo em conta não só o fraco poder de compra das populações, mas também os elevados preços ali praticados pelos motivos que se indicam:

- as taxas e os direitos aduaneiros que recaem sobre os medicamentos essenciais, cuja supressão foi já proposta na nova pauta aduaneira que vai entrar em vigor;
- a fraca capacidade dos órgãos incumbidos do controlo dos preços dos medicamentos, que não aplicam os mecanismos preconizados para o efeito;
- as elevadas percentagens de margens de lucro;
- o consumo predominante de produtos importados.

b) Qualidade dos medicamentos

A qualidade dos medicamentos consumidos pelas populações não pode ser garantida pelo seguinte:

1. Não adopção de procedimentos para o controlo da qualidade dos medicamentos adquiridos, armazenados e dispensados;
2. Ausência de um sistema de homologação dos medicamentos;
3. Fraca capacidade da inspecção farmacêutica;
4. Pouca capacidade dos sistemas de farmacovigilância;
5. Falta de condições adequadas de conservação dos medicamentos, tanto ao nível das unidades sanitárias como dos depósitos provinciais, bem como da maioria dos fornecedores privados locais;

c) Uso racional dos medicamentos

Os problemas do uso irracional dos medicamentos nas unidades sanitárias são sobretudo devidos a:

1. Não observância dos esquemas de tratamento padronizados;
2. Falta de conhecimentos das populações sobre a posologia dos fármacos, a qual nem sempre é acessível aos pacientes, quer por ausência de prospecto como por diversas barreiras na comunicação;
3. Não adopção da Lista Nacional de Medicamentos Essenciais (LNME), inexistência do Formulário Nacional de Medicamentos (FNM) bem como a falta de cumprimento das normas nacionais e das directivas que a OMS recomenda a propósito dos donativos.

d) Coordenação do sector farmacêutico

As fraquezas do sector farmacêutico radicam na deficiente capacidade de coordenação motivada por:

- Uma Política Nacional Farmacêutica (PNF), estabelecendo as orientações mestras para o sector, em início de implementação;
- Falta de um Plano de Implementação da Política Nacional Farmacêutica, e de mecanismos e procedimentos de acompanhamento e supervisão desse processo;
- Inexistência de uma legislação farmacêutica que dê o suporte legal ao funcionamento adequado dos órgãos de coordenação;
- Fraca capacidade da autoridade reguladora, da entidade vocacionada para a execução das directivas relativas aos medicamentos e dispositivos médicos.

Estas constatações serviram de base à elaboração do Plano Estratégico do Sector Farmacêutico Angolano e também do presente Plano de Desenvolvimento Farmacêutico 2012 - 2025.

Existem três Decretos Presidenciais que servem de suporte à regulação farmacêutica no País, nomeadamente, o que aprova a Política Nacional de Saúde (Decreto Presidencial nº 262/10 de 24 de Novembro), o que define as Bases Gerais da Política Nacional Farmacêutica (Decreto Presidencial nº 180/10 de 18 de Agosto), e o relacionado com o novo Regulamento do Exercício da Actividade Farmacêutica (Decreto Presidencial nº 191/10 de 1 de Setembro).

Outros documentos legais apoiam igualmente na regulação do sector farmacêutico, como a Lei das Actividades Comerciais (Lei nº 01/07 de 14 de Maio) e os respectivos regulamentos que orientam o licenciamento farmacêutico de entidades grossistas, designadamente: o Regulamento da actividade comercial grossista (Decretos Presidenciais 287/10, 288/10 e 289/10 de 30 de Novembro).

A Lei da Contratação Pública (Lei n. 20/10 de 7 de Setembro) estabelece os princípios e as bases que consagram a aplicação das boas práticas nos procedimentos de compras de medicamentos para o sector público;

Foi elaborada uma versão primária da LNME, da qual se aguardam contribuições. O Formulário Nacional de Medicamentos e o Guia Terapêutico Nacional constam dos planos de actividades da DNME.

Existe um Regulamento Interno que rege o funcionamento da Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos, estando em curso a sua adequação à luz do Decreto Presidencial Número 34/11 de 14 de Fevereiro, que define o quadro orgânico do Ministério da Saúde.

A DNME elaborou e disponibilizou, tanto para as unidades públicas como para o sector privado, Normas de Boas Práticas de Armazenamento e Distribuição de Medicamentos e Produtos Sanitários.

Estão ainda por ser produzidos documentos referentes aos seguintes itens:

- Formulário Nacional de Medicamentos;
- Índice Nacional Terapêutico;
- Lei Farmacêutica;
- Dispositivos médicos e reagentes;
- Remédios Tradicionais e Farmacovigilância;
- Garantia de Qualidade dos produtos;
- Publicidade e propaganda farmacêuticas;
- Rotulagem e informação farmacêutica;
- Cosméticos e Produtos de Higiene Corporal.

Estratégias operacionais

1. Estabelecimento de um sistema de aprovisionamento integrado que contemple os três níveis de assistência sanitária;
2. Organização e estruturação da central de compras e aprovisionamento de medicamentos e meios médicos;
3. Reforço das capacidades em recursos humanos para a gestão dos medicamentos e dispositivos médicos;
4. Supervisão regular da actividade dos prescretores e gestores;
5. Advocacia para o incremento do OGE destinado aos medicamentos essenciais, tendo como referência os valores indicativos per capita definidos pela OMS;
6. Programação e execução regular e atempada de compras, com vista a prevenir roturas de stock, especialmente na rede de assistência primária.
7. Supressão das taxas e direitos alfandegários que oneram os preços dos medicamentos, em especial os destinados ao tratamento de doenças crónicas;
8. Adopção do princípio da gratuidade da assistência farmacêutica para os grupos mais vulneráveis, incluindo os portadores de doenças crónicas;
9. Promoção da produção Nacional de medicamentos e priorização da compra de medicamentos de produção local, no âmbito dos processos de aquisição pública.
10. Promoção da investigação no domínio da terapia tradicional como alternativa/complemento aos cuidados de saúde convencionais;
11. Criação de normas para o controlo da qualidade de medicamentos e asseguramento da sua aplicação sistemática;
12. Implementação do sistema de homologação de medicamentos;
13. Construção e operacionalização do Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade dos Medicamentos, com núcleos regionais;
14. Reforço das capacidades do sistema de farmacovigilância;
15. Reforço e adequação técnica das estruturas de armazenamento de medicamentos.
16. Criação de normas nacionais para as doações de medicamentos;
17. Reforço das capacidades dos profissionais que prescrevem e dispensam os medicamentos;
18. Produção e implementação do Plano de Desenvolvimento da Política Nacional Farmacêutica;
19. Supervisão e monitorização da implementação da Política Nacional Farmacêutica, a todos os níveis;
20. Produção da Lei Farmacêutica e dos competentes regulamentos;

21. Reforço das capacidades da Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos e sua transformação em Instituto Nacional de Regulação Farmacêutica e de Produtos de Saúde.

Metas

1. A partir de 2013, assegurar a promoção do uso racional dos medicamentos a nível Nacional;
2. Até ao fim de 2014, tornar financeiramente acessíveis os medicamentos essenciais a todas as franjas da população;
3. A partir de 2014, formar anualmente quadros dos níveis medio e superiores em farmácia;
4. Até ao fim de 2015, garantir a qualidade e a permanente disponibilidade dos medicamentos essenciais nas unidades sanitárias do País, em particular na rede de assistência primária;
5. A partir de 2015, assegurar uma gestão e uma regulação eficientes do sector farmacêutico, conferindo à Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos autonomia administrativa e financeira, bem como uma capacidade de intervenção compatível com a sua função reguladora.

Actividades e intervenções

1. Elaborar e publicar um documento organizando o Sistema Nacional de Aprovisionamento em Medicamentos Essenciais;
2. Organizar sessões de formação/capacitação dos prescritores e gestores de medicamentos;
3. Assegurar a integração da “gestão de medicamentos” nos curricula de formação dos profissionais de saúde a todos os níveis;
4. Elaborar/actualizar os instrumentos de supervisão dos gestores de medicamentos;
5. Formar e capacitar regularmente os supervisores;
6. Dotar os órgãos de supervisão dos recursos indispensáveis;
7. Avaliar as necessidades nacionais em medicamentos essenciais;
8. Fazer advocacia para o incremento do OGE para a compra dos medicamentos;
9. Promover acções no âmbito do combate à contrafacção em colaboração com os sectores afins;
10. Fazer advocacia para a supressão das taxas e direitos aduaneiros sobre os medicamentos essenciais;
11. Promover estudos sobre a eficácia e inocuidade dos medicamentos à base de plantas de produção local e incluir na LNME e na Farmacopeia Nacional;
12. Elaborar/actualizar critérios para homologação de Medicamentos e Dispositivos médicos;
13. Nomear a Comissão de Homologação de Medicamentos e Dispositivos Médicos;

14. Dotar a Comissão de Homologação dos recursos necessários;
15. Manter a formação/capacitação contínua dos recursos humanos incumbidos de homologar;
16. Manter a formação e capacitação dos recursos humanos incumbidos do sistema de farmacovigilância;
17. Dotar o sistema de farmacovigilância dos recursos necessários;
18. Definir os critérios e procedimentos técnicos para a boa conservação dos medicamentos na cadeia logística;
19. Estabelecer as normas e procedimentos para o controlo da qualidade dos medicamentos no sistema de aprovisionamento;
20. Promover a construção e operacionalização de um laboratório de controlo de qualidade, de acordo com a legislação e normas nacionais e internacionais em vigor;
21. Delinear um plano estratégico relativo às condições técnicas a implementar na rede de armazenamento, distribuição e controlo dos produtos farmacêuticos e dos equipamentos.
22. Nomear a comissão técnica (CTNM) para aprovação da Lista Nacional de Medicamentos Essenciais (LNME), do Formulário Terapêutico Nacional e outros documentos;
23. Adoptar e revisar a LNME a cada 2 anos;
24. Elaborar o Formulário Terapêutico Nacional e revisá-lo em cada 5 anos;
25. Rever e actualizar os Manuais sobre Gestão de Medicamentos;
26. Reproduzir, em quantidades suficientes, e disponibilizar os Manuais sobre Gestão de Medicamentos às unidades de Saúde;
27. Criar normas nacionais para as doações de medicamentos e outros produtos de saúde, baseadas em evidências nacionais;
28. Actualizar os protocolos terapêuticos para a rede de Cuidados Primários de Saúde;
29. Integrar os esquemas de tratamento padronizados nos cursos de formação dos profissionais de saúde;
30. Dotar as equipas de supervisão dos recursos necessários;
31. Elaborar as normas de prescrição dos medicamentos e promover a sua aplicação;
32. Incluir nos currícula de formação dos profissionais de saúde temas sobre medicamentos essenciais e uso racional de medicamentos;
33. Organizar actividades de informação, educação e comunicação sobre o Uso Racional dos Medicamentos;
34. Elaborar um Plano de Desenvolvimento da PNF;
35. Continuar a advocacia e aumentar os esforços para a implementação da PNF a todos os níveis;

36. Criar Comités Provinciais de Supervisão/Monitorização da implementação da PNF, no quadro da implementação da Política Nacional de Saúde;
37. Elaborar uma Lei Farmacêutica e a respectiva regulamentação;
38. Fazer advocacia para a adopção da Lei Farmacêutica, bem como dos Regulamentos específicos;
39. Realizar uma avaliação das capacidades da DNME e da sua transformação em Instituto Nacional de Regulação Farmacêutica e de Produtos de Saúde;
40. Executar o plano de reforço da DNME.

Resultados esperados

1. Maior disponibilidade de medicamentos essenciais de qualidade, seguros, eficazes e a preços acessíveis para toda a população;
2. Medicamentos essenciais acessíveis a todas as franjas da população
3. Maior grau de utilização racional dos medicamentos;
4. Gestão mais eficiente do sector farmacêutico.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: DNME, CECOMA;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Direcções Provinciais da Saúde, Repartições Municipais da Saúde e Sector Privado (Importadores e Distribuidores, Farmácias, Ervanárias e Laboratórios Licenciados no País); IGS: Inspeção-geral da Saúde; Secretaria Geral do MINSAs; INLS: Instituto Nacional de Luta Contra a Sida; DNSP: Direcção Nacional de Saúde Pública; GEPE: Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística do MINSAs.; CECOMA: Central de Compras e Aprovisionamento de Medicamentos e Meios Médicos; INSP: Instituto Nacional de Saúde Pública e respectivo Laboratório Nacional; Programas Nacionais de Saúde Pública;
3. Parceiros nacionais: Ministério do Ensino Superior; Ministério da Ciência e Tecnologia; Universidades e Institutos superiores públicos e privados; MINCO: Ministério do Comércio; MINFIN/SNA: Ministério das Finanças/Serviço Nacional das Alfandegas; MININT/DINIAE: Ministério do Interior/Direcção Nacional de Inspeção e Investigação das Actividades Económicas; DPS: Direcções Provinciais de Saúde; Administrações Municipais e respectivas Repartições de Saúde;
4. Parceiros internacionais: OMS; INFARMED/Portugal: Autoridade Portuguesa de Farmácia, Medicamentos e Produtos de Saúde; ANMAT/Argentina: Administração Nacional de Medicamentos, Alimentos e Tecnologia de Saúde; SARPAM - Southern African Regional Programme on Access to Medicines / SADC; MSH/USAID; Autoridades reguladoras regionais

(EMEA) e de Países Africanos; Autoridade reguladora Chinesa; Autoridade reguladora Indiana; FDA: Food and Drug Administration (EUA).

Indicadores de avaliação

1. Percentagem de medicamentos essenciais disponíveis nas unidades sanitárias, da lista definida para o seu abastecimento;
2. Percentagem de medicamentos genéricos no conjunto dos medicamentos essenciais disponíveis nas unidades sanitárias;
3. Percentagem de unidades sanitárias com instrumentos de gestão de medicamentos actualizados e suficientes para funcionar nos próximos 3 a 6 meses;
4. Duração média da rotura do stock de medicamentos essenciais para o tratamento das principais doenças correntes;
5. Percentagem de medicamentos prescritos e realmente dispensados aos pacientes nas unidades sanitárias;
6. Percentagem de estruturas com condições técnicas adequadas para o armazenamento e boa conservação dos medicamentos;
7. Número médio de medicamentos prescritos por receita;
8. Número de autorizações de introdução no mercado de medicamentos;
9. Número de autorizações de licenciamento de Entidades farmacêuticas emitidas em determinado período de tempo;
10. Percentagem de unidades sanitárias dispoño da LNME;
11. Percentagem de medicamentos prescritos que fazem parte da LNME;
12. Percentagem de medicamentos prescritos sob a DCI;
13. Percentagem de unidades sanitárias dispoño de protocolos terapêuticos;
14. Percentagem de casos tratados com os medicamentos constantes nos esquemas terapêuticos padronizados;
15. Relatórios de vistorias, de visitas e de supervisão às unidades sanitárias, aos laboratórios de biodiagnóstico, farmácias, ervanárias, importadores/distribuidores e fabricantes;
16. Percentagem de doentes conhecedores da posologia dos medicamentos dispensados;
17. Percentagem de unidades sanitárias dispoño de Manuais actualizados sobre a Gestão de Medicamentos;
18. Percentagem de gestores, prescritores e supervisores que beneficiaram de formação contínua em cada ano e triénio;

19. Percentagem de unidades sanitárias com cartazes afixados com informações técnicas sobre os medicamentos essenciais;
20. Percentagem de unidades sanitárias com cartazes sobre o diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças correntes mais frequentes;
21. Percentagem de unidades sanitárias com Manuais actualizados sobre o Diagnóstico e Tratamento das Doenças Correntes;
22. Número de Importadores/Distribuidores, Farmácias, Ervanárias, Fábricas e Laboratórios licenciados no País.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios trimestrais de vistorias, de visitas e de supervisão às unidades sanitárias, importadores e fabricantes;
2. Notificações sistemáticas.

Sustentabilidade: pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Licenciamento efectivo de entidades farmacêuticas, quer grossistas como retalhistas, permitindo uma evolução controlada do sector privado farmacêutico Nacional;
2. Fábricas de produção de produtos farmacêuticos em fase terminal de construção em Angola;
3. Abertura de cursos de formação farmacêutica na Universidade Pública e em algumas privadas;
4. Reabertura de 13 Escolas de Formação técnico-profissional de saúde com a perspectiva do reinício da formação para técnicos de farmácia.
5. Existência de uma Política Nacional de Saúde aprovada pelo Decreto Presidencial Número 262/10 de 24 de Novembro;
6. Decreto Presidencial 180/10 de 18 de Agosto, que define as Bases Gerais da Política Nacional Farmacêutica;
7. Lei 20/10 de 7 de Setembro – Lei da Contratação Pública;
8. Exercício farmacêutico regulado, através do Decreto Presidencial 191/10 de 1 de Setembro e da Lei 01/07 de 14 de Maio (Lei das actividades comerciais), bem como dos Decretos Presidenciais Número 287/10, 288/10 e 289/10 de 30 de Novembro;

9. Existência de um Plano Estratégico para o Sector Farmacêutico Angolano;
10. A criação da Comissão Técnica Nacional de Medicamentos e Dispositivos Médicos;
11. Operacionalização da CECOMA.

Pontos fracos

1. Insuficiente financiamento para a concretização dos planos anuais de actividades;
2. Insuficiência de profissionais da classe farmacêutica no mercado Nacional;
3. Tendência de concentração, nos centros urbanos, da rede de distribuição retalhista (farmácias);
4. Práticas frequentes e generalizadas de uso irracional de medicamentos;
5. Entrada de produtos contrafeitos e de baixa qualidade no mercado ilícito de fármacos;
6. Inexistência de um Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade de Medicamentos;
7. Ausência de normas e procedimentos para o Controlo de Qualidade dos Medicamentos;
8. Não implementação de procedimentos de autorização de introdução no mercado, tanto de medicamentos;
9. Produção Nacional de Medicamentos muito incipiente;
10. Necessidade de revisão/adequação da PNF;
11. Ausência de um Plano de Desenvolvimento da Política Nacional Farmacêutica, bem como da supervisão/monitoria da respectiva implementação.

Condicionantes ambientais

1. Resistência a mudança num processo de reforma do sector;
2. Extensa fronteira terrestre Nacional, como desafio ao controlo da entrada de produtos farmacêuticos.

Pesquisa operacional

1. Realizar estudos sobre a eficácia e inocuidade dos medicamentos à base de plantas, produzidos localmente;
2. Realizar estudos sobre as doações de medicamentos;
3. Avaliar o impacto da regulação farmacêutica Nacional e propor melhorias à luz da legislação farmacêutica regional e interNacional.

Subprograma de gestão e desenvolvimento dos dispositivos médicos

Projecto 50: Gestão e desenvolvimento dos dispositivos médicos

Situação actual

O termo “Dispositivo Médico (DM)”, refere-se a qualquer instrumento, aparelho, máquina, artefacto, implante, material ou outro artigo similar ou relacionado, usado só ou em combinação, incluindo os acessórios e software necessário para a correcta aplicação proposta pelo fabricante durante o seu uso em seres humanos para:

- diagnóstico, prevenção, supervisão, tratamento ou alívio de uma doença;
- diagnóstico, prevenção, supervisão, tratamento ou alívio de uma lesão;
- investigação, substituição ou suporte da estrutura anatómica ou de um processo fisiológico;
- apoio e sustentação da vida;
- controlo da natalidade;
- desinfeção de dispositivos médicos;
- exame in vitro de amostras derivadas do corpo humano e, todos os que não cumprem sua acção básica prevista sobre o corpo humano por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, mas que pode ser assistido nas suas funções por tais meios. (Global Harmonization Task Force, Grupo de estudo 1 Projecto de trabalho SG1/N029R7).

A Organização Mundial da Saúde, na sua nota descritiva número 346 de Setembro de 2010, resultante do 1º Fórum Mundial sobre DM na Tailândia, refere que a maioria da população mundial não tem nos seus sistemas de saúde um acesso suficiente de DM seguros e apropriados. Cerca de dois terços dos Países em desenvolvimento não dispõem de Política Nacional de Tecnologia Sanitária (PNTS) capaz de assegurar o uso eficaz dos recursos mediante uma planificação, avaliação, aquisição e gestão apropriada dos DM. Em Angola não existe ainda uma PNTS e faltam até DM básicos como termómetros, esfigmomanómetros e espátulas a nível primário. Para que os DM sejam eficazes, deve-se ter em conta a infra-estrutura, os recursos humanos e económicos e as necessidades locais.

De um trabalho exploratório, por amostragem, realizado em algumas (7) Províncias do País para diagnosticar a situação actual do parque de equipamentos, podemos constatar que, de um total de 1.258 dispositivos verificados, 452 não funcionavam e 806 se encontravam em funcionamento.

A análise às entrevistas realizadas permitiu identificar os principais problemas que vive o sector, nomeadamente: (i) insuficiente financiamento, (ii) carência de quadros qualificados, (iii) modelo organizacional e de gestão inadequado, (iv) ausência de planeamento estratégico, (v) inexistência de legislação.

Deste levantamento concluiu-se que os dispositivos que não funcionam, se identificam num variado grupo de causas como no quadro se demonstra.

Podemos, portanto, depreender que, de todos os equipamentos examinados, 64,1% funcionavam, enquanto 35,9% não funcionavam.

A Comissão Técnica Nacional de Medicamentos e Dispositivos Médicos, a ser criada, além de servir de Órgão de Consulta, deve auxiliar na busca de

consensos para uma regulação mais eficiente dos DM, além de contribuir na listagem e formatação técnica de outros documentos normativos e regulamentos a produzir.

Angola não possui nenhuma norma ou lei sobre tecnologias de saúde. Todavia, nos diferentes concursos realizados, uma vez feita a avaliação do cumprimento dos requisitos, são utilizadas as Directivas das certificações de conformidade ISO (ISO 13485:2003 e ISO 9001:2000), e também da Resolução WH60.29 da OMS, do recordatório da OMS sobre DM seguros, do “Development of Medical Device Police”, bem como dos documentos elaborados pela GHTF (Grupo de Trabalho para a Harmonização Global).

Está em curso a elaboração da lei de bases para a gestão de dispositivos médicos, bem como o decreto para os DM de diagnóstico *in vitro* e o projecto de decreto que regula a importação, comercialização e manutenção de DM. O anteprojecto do Regulamento do exercício da actividade de análises clínicas está em fase de consulta para obter contribuições. Na lista de necessidades constam ainda os regulamentos cobrindo os aspectos de registo e tecno vigilância dos DM.

SITUAÇÃO DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS NAS UNIDADES SANITÁRIAS

| Descrição da situação | Número de DM | % |
|---------------------------------------|--------------|-------|
| Total de DM da amostragem | 1.258 | 100 |
| Equipamentos fora de serviço | 452 | 35,93 |
| Equipamentos não revisados | 189 | 15,02 |
| Por reabilitação da unidade sanitária | 104 | 8,03 |
| Equipamentos não instalados | 58 | 4,62 |
| Em processo de desinstalação | 5 | 0,39 |
| Por falta de electricidade | 5 | 0,39 |
| Equipamentos incompletos | 5 | 0,39 |
| Necessitando peças, reagentes etc. | 86 | 6,84 |



A DNME carece de reforço imediato em recursos humanos para a área de DM. A nível Provincial, as necessidades serão definidas em função do parque de DM existentes e da estratégia local a definir, com vista a garantir o seu bom funcionamento, tendo em conta a composição dos núcleos de equipas técnicas de manutenção a constituir em cada Província.

Estratégias operacionais

1. Asseguramento da disponibilidade de dispositivos médicos;
2. Garantia do aprovisionamento de dispositivos médicos seguros, eficazes e custo-efectivos;
3. Criação de um sistema de manutenção dos dispositivos médicos.

Metas

1. A partir de 2014, formar anualmente 40 técnicos em electromedicina;
2. Até ao fim 2014, criar normas, que garantam a segurança e o bom funcionamento dos dispositivos médicos, nas unidades sanitárias;
3. Até ao fim de 2015, ter aprovado a Lei de Bases para a gestão dos dispositivos médicos;
4. Até ao fim de 2014, ter padronizado os dispositivos médicos por níveis de atenção;
5. Até ao fim de 2015, ter implementado o processo de registo e vigilância (tecno vigilância) dos dispositivos médicos;
6. Até ao fim 2015, ter realizado o inventário nacional do estado dos dispositivos médicos;
7. Até ao fim de 2017, ter criado um mecanismo de manutenção de dispositivos médicos em todas as Províncias e unidades hospitalares.

Actividades e intervenções

1. Criar a Comissão Técnica Nacional de Medicamentos e Dispositivos Médicos;
2. Criar e divulgar normas e regulamentos para a aquisição, comercialização, instalação e utilização dos DM;
3. Criar um pacote mínimo de DM por níveis de atenção e áreas ou serviços, de acordo com as doenças de maior prevalência, as prioridades em saúde pública e o pacote de serviços a prestar por cada tipo de unidade sanitária;
4. Criar condições que garantam a segurança e o bom funcionamento dos DM, nas unidades sanitárias utilizadoras;
5. Capacitar os RH sobre as condições infra-estruturais para o bom funcionamento dos DM;

6. Promover a adequação das infra-estruturas para o contexto funcional dos DM;
7. Realizar ateliers nacionais, regionais e provinciais para os gestores de programas e planificadores das unidades sanitárias acerca da selecção e prioridades adequadas dos DM à medida que surgem novas tecnologias;
8. Capacitar técnicos e criar os mecanismos e procedimentos para a realização do inventário nacional do estado dos DM;
9. Executar o Plano de Inventariação dos DM a nível nacional;
10. Criar uma base de dados nacional dos importadores e dos DM existentes no País;
11. Criar bases de dados a nível nacional do acervo dos DM por unidade sanitária;
12. Dotar as Direcções Provinciais e hospitais de recursos humanos especializados em manutenção dos dispositivos médicos, com condições de trabalho;
13. Definir a metodologia de funcionamento e rotinas técnicas para a manutenção de equipamentos sem suporte de manutenção por parte do fornecedor;
14. Estabelecer parcerias com o sector privado, com vista à garantia do uso racional das tecnologias de saúde.

Resultados esperados

1. Comissão Técnica Nacional de Medicamentos e Dispositivos Médicos em funcionamento;
2. Normas e regulamentos estabelecidos para a gestão e manutenção de dispositivos médicos;
3. Aquisição, comercialização, instalação e utilização dos DM regulamentada;
4. Maior disponibilidade de DM essenciais nas unidades sanitárias;
5. Maior acesso aos instrumentos e normas de gestão dos DM pelos utilizadores;
6. DM padronizados por nível de atenção sanitária;
7. Equipas de manutenção de DM funcionais e eficientes;
8. Quantidade de DM inoperantes nas unidades sanitárias reduzida.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: DNME, CECOMA, Direcções Provinciais de Saúde;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Direcção Nacional de Recursos Humanos; Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística; CECOMA; unidades hospitalares; Instituto Nacional de Saúde Pública; Inspeção Geral da Saúde; Direcção Nacional de Saúde Pública;

3. Parceiros nacionais: Instituições de ensino médio e superior em áreas tecnológicas afins; Empresas de comercialização e manutenção de dispositivos médicos; Administrações das unidades beneficiárias dos DM; Ministério do Comércio, Alfandegas; Instituto Angolano de Normalização da Qualidade, Autoridade Reguladora de Energia Atómica;
4. Parceiros Internacionais: OMS; INFARMED; ANMAT; SADC; MSH/USAID.

Indicadores de avaliação

1. Percentagem de DM funcionais nas US;
2. Número de diplomas legais aprovados e adoptados;
3. Número de dispositivos médicos inventariados;
4. Número de processos registados e homologados;
5. Número de dispositivos médicos reparados;
6. Número de técnicos capacitados e ou formados;
7. Número de núcleos de manutenção funcionais.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios trimestrais de vistorias, de visitas e de supervisão às unidades sanitárias, importadores e fabricantes;
2. Notificações sistemáticas dos defeitos verificados no âmbito da tecno vigilância;
3. Relatórios trimestrais elaborados pelos núcleos de manutenção.

Sustentabilidade: pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Elevada motivação dos profissionais que integram a Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos;
2. Cooperação Cubana que disponibiliza recursos humanos;
3. Cooperação efectiva com o INFARMED e com a ANMAT à luz de protocolos celebrados;
4. Reforma do sector de saúde oferece uma oportunidade de implementação de normas e regulamentação de dispositivos médicos incluindo a criação da Comissão Técnica Nacional de Medicamentos e Dispositivos Médicos.

Pontos fracos

1. Falta de profissionais qualificados em qualidade e quantidade;
2. Dificuldade em contratar e reter profissionais, em virtude do sector privado oferecer condições muito mais vantajosas;
3. Ausência de um planeamento estratégico tendo em conta as orientações do documento “Angola 2025”;
4. Ausência de um sistema de registo dos DM;
5. Inadequação da actual estrutura orgânica da entidade reguladora para o desempenho cabal das competências inerentes;
6. Inexistência de orçamento específico para a reposição e manutenção de DM.

Condicionantes ambientais

1. Resistência à mudança num processo de reforma do sector;
2. Extensa fronteira terrestre Nacional, como desafio ao controlo da entrada de produtos farmacêuticos contrafeitos.

Pesquisa operacional

1. Avaliação do parque actual de dispositivos médicos, e seu estado funcional.

PROGRAMA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO E GESTÃO SANITÁRIA

O programa de gestão e desenvolvimento do sistema de informação e gestão sanitária é composto por um subprograma e três projectos:

Subprograma de gestão e desenvolvimento do sistema de informação sanitária

- Projecto 51:* Sistema de Informação e Gestão Sanitária para o apoio à tomada de decisões estratégicas, e ao planeamento
- Projecto 52:* Melhoria da vigilância integrada das doenças e preparação das respostas a eventuais surtos e epidemias
- Projecto 53:* Tecnologias de Informação e Comunicação para a Saúde

Subprograma de gestão e desenvolvimento do sistema de informação sanitária

Projecto 51: Sistema de Informação e Gestão Sanitária para o apoio à tomada de decisões estratégicas, e ao planeamento

Situação actual

O Sistema de Informação Sanitária (SIS) é um dos pilares mais importantes para o desenvolvimento adequado e sustentável do Sistema Nacional de Saúde (SNS). O sistema deve produzir dados e informações fiáveis e oportunas para a tomada de decisões e contar com a existência de recursos humanos qualificados, motivados com autoridade necessária para liderar os processos de mudança nos níveis local, municipal, provincial e Nacional.

O SIS compreende nove subsistemas: (1) subsistema de informação de gestão de serviços; (2) subsistema de vigilância epidemiológica; (3) subsistema de alerta rápido de vigilância epidemiológica; (4) subsistema de informação da assistência médica primária; (5) subsistema de informação orçamental e financiamento; (6) subsistema “integrado”; (7) subsistema de informação do sector privado lucrativo e não lucrativo; (8) subsistema de estatísticas vitais (nascimentos e mortalidade); (9) subsistema de recursos humanos.

Actualmente, o SIS tem cobertura Nacional sobre os dados relativos às tendências das doenças, que são remetidos à Direcção Nacional de Saúde Pública. Recolhe igualmente os dados relacionados com a gestão dos serviços, tais como o movimento de consultas externas, internamentos, partos, e mortes, incluindo as violentas, remetidos ao Gabinete de Estudos e Planeamento (GEPE). Contudo, o GEPE perdeu o carácter integrador do SIS que lhe é conferido pelos artigos 7º e 8º do Decreto Executivo nº 39/89 de 13 de Setembro. A Direcção Nacional de Saúde Pública através do Departamento de Higiene e de Epidemiologia e do Departamento de Controlo das Doenças, gozam, na prática, de grande autonomia em detrimento do Departamento de Estatística.

Apesar de contar com uma estrutura orgânica definida, o SIS não integra os subsistemas, provocando assim uma deficiência na gestão dos serviços de saúde e na resposta oportuna ao controle das doenças e resposta as epidemias. Por outro lado, é de referir que a nível local a recolha, tratamento e envio dos dados não é realizado de forma adequada e oportuna.

Desde 1994, o Departamento de Estatística não elabora relatórios anuais de estatística, por falta de capacidade em meios técnicos, recursos humanos e financeiros. Este relatório tem como conteúdo dados demográficos da população, recursos humanos, infra-estruturas, orçamento geral do estado, utilização

relativa dos serviços, indicador do estado de saúde das populações, informações relativas à incidências das grandes endemias e dados relacionados com a morbilidade e a mortalidade por Província.

O SIS conta com os seguintes instrumentos diplomas legais: (1) Decreto-Lei nº21B/92; (2) Decreto nº54/03; (3) Decreto-Lei 2/07; (4) Política Nacional de Saúde; República de Angola.

O PNDS deverá criar condições para a implementação gradual e progressiva de um sistema integrado que congregue informação das diferentes fontes e subsistemas e que sirva para a monitoria e avaliação do sector da saúde e para a tomada de decisão de políticos, gestores sanitários, e clínicos. O PNDS prevê um sistema Nacional para a gestão da informação em saúde e com a integração dos diversos subsistemas.

Estratégias operacionais

1. Reestruturação do SIS com a redefinição dos subsistemas, a criação de uma estrutura de gestão e a definição de mecanismos de coordenação e colaboração intersectorial;
2. Criação de uma base de dados integrada e acessível a todos os políticos, gestores e profissionais;
3. Formação de técnicos em métodos estatísticos e informáticos;
4. Actualização e divulgação da legislação sanitária de recolha e uso de dados estatísticos.

Metas

1. Até 2014, actualizar e implementar a legislação sanitária do País e as normas de implementação nacionais da recolha e uso dos dados estatísticos da saúde;
2. A partir de 2014, elaborar regularmente o anuário estatístico;
3. Incluir, até 2014, no sistema de vigilância epidemiológica, a mortalidade materna e neonatal, as doenças não transmissíveis e os acidentes (ex: viação, trabalho, domésticos e envenenamento);
4. Até 2014, integrar no mapa sanitário, o registo hospitalar (público, militar e privado), informação de rotina de recursos humanos e recursos financeiros;
5. Até 2015, concluir a reestruturação e a integração de todos os subsistemas no SIS;
6. Até 2014, dispor de condições tecnológicas relativas à utilização do SIS a todos os níveis do SNS;
7. Até 2016, dispor de recursos humanos capacitados para a gestão do SIS em todas as Províncias e Municípios;
8. A partir de 2015, ter disponível a base de dados da plataforma SIS para todos níveis de decisão;
9. Até 2017, garantir a utilização do SIS para o sistema de gestão da saúde.

Actividades e intervenções

1. Elaborar instrumentos jurídicos e outros dispositivos legais complementares que regulamentam a recolha e utilização dos dados estatísticos do sector, incluindo a actualização dos Mapas Sanitários;
2. Elaborar uma lista mínima Nacional de indicadores essenciais para monitorar os resultados do Serviço Nacional e do Sistema Nacional de saúde;
3. Elaborar a base de dados que integra a informação existente nos vários sub-sistemas;
4. Adequar e divulgar os instrumentos de recolha de dados;
5. Capacitar permanentemente os quadros de estatística e de informática a médio e longo prazo;
6. Adquirir e distribuir meios e equipamentos informáticos a todo o Sistema Nacional de Saúde.

Resultados esperados

1. Legislação sanitária do País e as normas de implementação nacionais da recolha e uso dos dados estatísticos da saúde elaborada e divulgada;
2. O SIS reestruturado com integração de todos os subsistemas;
3. Mapa sanitário, o registo hospitalar (público, militar e privado), informação de rotina de recursos humanos e recursos financeiros integrados no SIS;
4. Todo o SNS dispõe de condições tecnológicas e acesso à rede;
5. Todas as Províncias e Municípios com recursos humanos capacitados para a gestão do SIS ;
6. Todos os decisores, gestores e profissionais com acesso à base de dados;
7. Relatórios de estatística anualmente produzidos;
8. Doenças não transmissíveis, os acidentes, a mortalidade materna e neonatal incluídas no sistema de vigilância epidemiológica;

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismo de execução: GEPE, Ministério do Interior, Ministério da Defesa;
2. Organismo de apoio à implementação do Ministério da Saúde: DNSP, DNRH, Secretária- Geral, DPS, RM, unidades sanitárias, todas as Direcções Nacionais e Institutos do MINSAs;
3. Parceiros nacionais: INE, Ministério da Administração do Território, entidades privadas de saúde;
4. Parceiros internacionais: OMS, CDC, EU, USAID, International Health Information Society.

Indicadores de avaliação

1. Legislação publicada;
2. Número de relatórios integrados produzidos pelo sistema de informação, incluindo a vigilância epidemiológica, registo hospitalar (público, militar e privado), informação de rotina de recursos humanos e recursos financeiros
3. Número de anuários publicados;
4. Número de instituições e unidades ligadas ao SIS;
5. Número de Províncias e Municípios que informam regularmente;
6. Número de mapas sanitários actualizados;
7. Doenças não transmissíveis, os acidentes, a mortalidade materna e neonatal incluídas no sistema de vigilância epidemiológica.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios mensais, trimestrais e anuais integrados do SIS;
2. Relatórios de supervisão;
3. Anuários estatísticos.

Sustentabilidade: pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Inquérito de Bem-Estar da População desenvolvido pelo INE;
2. Censo populacional 2014;
3. A legislação que regula as funções do SIS;
4. Centro de processamento de dados instalado na Direcção Nacional de Saúde Pública; PAV, VIH/SIDA, Malaria, Tripanossomiase, Recursos humanos em saúde;
5. Sistema de Monitorização do Plano Nacional (SMPN) [Macroprocesso];
6. Revitalização do Projecto de Mortalidade Geral, aliado com registo civil com a intervenção de: Conservatórias, Administrações locais, unidades sanitárias Públicas e Privadas), Representantes das comunidades.

Pontos fracos:

1. Recursos humanos em estatística insuficientes dedicados ao SIS;
2. Duplicação de instrumentos de recolha de informação.

Condicionantes ambientais

1. Falta de quota financeira para a implementação do Plano Estratégico;
2. Redes de comunicação deficientes ou inexistentes.

Pesquisa operacional

1. Inquérito sobre a mortalidade geral utilizando varias fontes de coleta de dados públicos.

Projecto 52: *Melhoria da vigilância integrada das doenças e preparação das respostas a eventuais surtos e epidemias*

Situação actual

Angola é especialmente vulnerável a epidemias e outros eventos prioritários de grande magnitude como ficou demonstrado nas últimas duas epidemias de Poliomielite em menos de 5 anos e a de Febre Hemorrágica por Vírus de Marburg. Ambas foram consideradas como as maiores na história das epidemias já registadas em Angola.

A actual Vigilância Integrada de Doenças e Resposta (VID-R) é destinada a acompanhar a evolução de tendências das doenças transmissíveis previstas no Regulamento Sanitário Nacional e Internacional, o processamento, a análise de dados e difusão da informação epidemiológica, a investigação de casos suspeitos, surtos e resposta aos surtos epidémicos.

O Centro de Processamento de Dados Epidemiológicos (CPDE) tem instituídas três fichas de notificação obrigatória como recomendado pela OMS, nomeadamente a ficha individual de notificação imediata obrigatória das doenças transmissíveis (ficha SNVE-I), a ficha de notificação mensal para as unidades sanitárias básicas (ficha SNVE-II), e a ficha de notificação mensal para as unidades sentinelas (ficha SNVE-III). As 27 doenças que estão incluídas nas fichas contam com definições de caso. Actualmente, para além das 27 doenças transmissíveis, e à luz do Regulamento Sanitário InterNacional, foram incluídas mais cinco doenças não transmissíveis no sistema VID-R nomeadamente: morte materna, hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença mental (epilepsia) e traumatismo por acidentes rodoviários. O CPDE é também responsável pela elaboração e divulgação do Boletim Epidemiológico Nacional.

A vigilância epidemiológica está estruturada em todos os níveis. A Nível Provincial, existem supervisores provinciais que estão sob a responsabilidade do Departamento Provincial de Saúde Pública e Controlo das Endemias. Com excepção de Luanda, os coordenadores são técnicos médios ou básicos. A nível Municipal, existe um supervisor responsável da vigilância epidemiológica e que depende do Coordenador municipal dos Programas de Saúde. Nas unidades sanitárias, existe um enfermeiro que desempenha as actividades de vigilância epidemiológica.

Os principais problemas do sistema (VID-R) resumem-se na *falta de integração na gestão (padronização, monitorização, supervisão, financiamento e manuseamento de dados a nível central, provincial e municipal) da vigilância epidemiológica dos programas de saúde pública, e com outras instituições que não dependem do Ministério da Saúde* (principalmente os serviços de saúde dependentes dos Ministérios da Defesa e do Interior, de outras empresas públicas e do sector privado) na notificação de rotina.

A problemática da desintegração do sistema Nacional de vigilância epidemiológica e da falta de implementação da VID-R de qualidade, surge da falta de uma política Nacional sobre o funcionamento do sistema de vigilância epidemiológica, e por falta de actualização de normas vigentes.

Actualmente, o processamento de dados e a disseminação são fundamentalmente informatizados a Nível Central e manual a nível Provincial e municipal. Outras dificuldades prendem-se com a limitada capacidade de detectar surtos e responder em 48 horas; a nível provincial existem comités ou grupos de trabalho para saúde, embora nem todas as Províncias tenham um plano de preparação e resposta às epidemias; os

limiares não são conhecidos ou utilizados para a implementação da detecção e resposta aos surtos epidémicos; dificuldades para comunicação e actualização de dados entre os diferentes níveis; ao nível provincial e municipal não existem equipas de respostas rápidas, um stock Nacional de segurança em vacinas, medicamentos e equipamento para o controlo de surtos; aos níveis provinciais e municipais as acções de coordenação e resposta as epidemias não são feitas em tempo oportuno.

Sendo assim, no quadro da implementação do PNDS, será necessário ultrapassar estas dificuldades para que o País possa responder às exigências do Regulamento Sanitário InterNacional e estar preparado para agir em situações de surtos e epidemias.

Estratégias operacionais

1. Elaboração e aprovação da Política de Vigilância Epidemiológica;
2. Reforço da integração na VID-R de outras doenças crónicas não transmissíveis, morte materna e acidentes rodoviários;
3. Criação de centros provinciais de processamento de dados;
4. Reforço de recursos humanos em bioestatística e epidemiologia a todo o nível do Sistema Nacional de Saúde;
5. Supervisão regular com uma vertente formativa;
6. Reforço da coordenação com o Instituto Nacional de Saúde Pública, outros laboratórios de referência Nacional, o Programa de Resposta às Emergências, a Protecção Civil e os Serviços Médicos Militares;
7. Divulgação da informação epidemiológica.

Metas

1. Até 2013, integrar as doenças crónicas não transmissíveis, morte materna e acidentes rodoviários no VID-R;
2. Até 2014, adequar todos os instrumentos de recolha da informação, incluindo a busca activa de casos de acordo com o Regulamento Sanitário Nacional e Internacional;
3. Até 2014, elaborar o guião de procedimentos e condições mínimas as actividades de investigação epidemiológica e resposta conforme os padrões nacionais e internacionais;
4. Até 2014, divulgar o manual de VID-R e o regulamento Nacional e Internacional sanitário, a todos os níveis;
5. A partir de 2015, dispor de recursos humanos especializados em bioestatística ou epidemiologia em todas as Províncias e Municípios;

6. Até 2015, elaborar e aprovar a Política de Vigilância Epidemiológica;
7. A partir de 2014, alcançar pelo menos 90% da taxa de pontualidade da notificação das doenças com potencial epidémico;
8. A partir de 2015, dotar os níveis Central, Provincial e Municipal de capacidade para investigar e responder os surtos epidemiológicos em 48 horas;
9. Até 2015, criar Centros Provinciais de processamento de dados;
10. Até 2016, 70% dos técnicos municipais envolvidos nas actividades de VE deverão estar treinados para executar as actividades conforme as normas nacionais e internacionais;
11. Até 2017, 70% das sedes provinciais e 40% dos Municípios deverão ter as condições mínimas de equipamento e meios para desenvolver as actividades de investigação epidemiológica e resposta conforme os padrões nacionais e internacionais.

Actividades e intervenções

1. Elaborar e aprovar a Política de Vigilância Epidemiológica;
2. Dinamizar os Comités Provinciais e Municipais de Luta Contra as Epidemias;
3. Criar os procedimentos de monitorização da execução dos planos a nível provincial e acreditação dos resultados da implementação de VID-R;
4. Criar os núcleos de formação provincial para a implementação da VID-R nos níveis provincial e municipal;
5. Implementar os guiões específicos para as doenças com vigilância baseada em investigação de casos;
6. Implementar os encontros anuais com os profissionais de saúde das principais unidades sanitárias do País;
7. Rever as listas de unidades alvo da busca activa e dos programas de visitas em cada Província e Município;
8. Implementar a monitorização da busca activa a Nível Nacional e Provincial e mecanismos de controlo de qualidade da visita;
9. Formar os pontos focais (autoridades locais, terapeutas tradicionais) e outro tipo de agentes comunitários;
10. Reproduzir e distribuir os instrumentos de notificação e investigação de surtos;
11. Adequar os instrumentos actuais de recolha da informação, incluindo a busca activa de casos de acordo com o Regulamento Sanitário Nacional e InterNacional;
12. Adquirir e distribuir o material e equipamento para melhorar a recolha, recepção, tratamento,

processamento e divulgação de dados a todos os níveis;

13. Criar as normas de funcionamento dos Centros de Processamento de Dados ao nível Provincial;
14. Rever os procedimentos de referência e contra-referência da informação;
15. Elaborar e implementar um plano de formação contínua para todos os níveis;
16. Implementar um modelo de treino dos técnicos de vigilância epidemiológica municipal durante a supervisão provincial;
17. Criar a Equipa Nacional de Resposta aos Surto Epidémicos;
18. Rever, elaborar e divulgar os Boletins Epidemiológicos semanais e mensais a todos os níveis.

Resultados esperados

1. Política de Vigilância Epidemiológica elaborada;
2. Técnicos de saúde em VID-R capacitados, recursos materiais e financeiros disponíveis a todos os níveis;
3. Instrumentos de recolha da informação, incluindo a busca -activa de casos de acordo com o Regulamento Sanitário Nacional e InterNacional adequados e operativos;
4. Doenças crónicas não transmissíveis, morte materna e acidentes rodoviários integradas no VID-R;
5. Centros provinciais de processamento de dados criados e operacionais;
6. Todas as provinciais e Municípios com recursos humanos especializados em bioestatística ou epidemiologista;
7. 100% das sedes provinciais e 60% dos Municípios com condições mínimas de equipamento e meios para desenvolver as actividades de investigação epidemiológica e resposta conforme os padrões nacionais e internacionais.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismo de execução: Centro de Processamento de Dados Epidemiológicos /DNSP;
2. Organismo de apoio à implementação do Ministério da Saúde: GEPE, Programas da DNSP (Vigilância Epidemiológica, Malária, Tuberculose, Doenças negligenciadas, Saúde Reprodutiva); DNRH, Secretária-Geral, unidades sanitárias; Instituto Nacional de Saúde Pública, Luta Contra a Sida e Combate as Tripanossomíase;
3. Parceiros Nacionais: DPS, RM INE, Ministério do Interior, Ministério da Defesa, Ministério da Administração do território, clínicas privadas, Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas; Ministério da Agricultura; Instituto dos Serviços de Veterinária; comunicação social;

4. Parceiros Internacionais: OMS, CDC, EU, USAID, UNFPA, International Health Information Society.

Indicadores de avaliação

1. Número de Províncias com sistemas de VE organizados de acordo com as normas nacionais;
2. Número de surtos epidémicos investigados com relatório final elaborado;
3. Número de técnicos provinciais e municipais treinados em investigação epidemiológica de casos, investigação e resposta a surtos epidémicos;
4. Número de Províncias com Taxa de Notificação de 2.0 casos suspeitos de sarampo investigados com amostra por cada 100.000 habitantes;
5. Número de Províncias com 80% dos Municípios que notificaram pelo menos 1 caso suspeito de febre-amarela com amostra;
6. Número de surtos investigados em 48 horas desde a notificação do alerta;
7. Número de boletins elaborados e distribuídos atempadamente pelo nível Central;
8. Número de Províncias que notificaram regularmente em cada semana;
9. Número de Províncias com pelo menos 90% de relatórios mensais enviados atempadamente nos últimos 12 meses.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios provinciais e de supervisão recebidos no nível Central;
2. Relatórios mensais das actividades recebidas ao nível Central;
3. Boletins epidemiológicos mensais recebidos ao nível Central e Provincial;
4. Relatórios finais de surtos epidémicos disponíveis ao nível Central;
5. Relatórios de capacitações realizadas em cada Província;
6. Relatórios de investigação de surtos enviados ao nível Central;
7. E-mail ou notas de envio emitidos pelo CPDE.

Sustentabilidade: pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Existência do Centro de Processamento de Dados (CPDE) a nível central e de equipamento informático em todas as sedes provinciais;
2. Comissões Interministeriais criadas para o Controlo da Cólera, Raiva, Gripe Aviária e H1N1;
3. Quase todas as actividades principais da vigilância epidemiológica estão implementadas a Nível Central e Provincial;
4. Existência de material de capacitação em vigilância epidemiológica integrada e em vigilância de doenças alvo do PAV;
5. Existência de rádios de comunicação montados em todas as sedes Provinciais ;

6. Existência de vontade política no Ministério de Saúde para o reforço do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica;
7. Apoio técnico da OMS e de outras agências de cooperação técnica para o reforço do Serviço Nacional de Saúde;
8. Acesso actual de todas as Províncias à comunicação de telefonia móvel. Implementação de serviços de Internet sem fio em quase todas as sedes provinciais. Disponibilidade do Pacote de Internet (Modem) para todos os técnicos provinciais de vigilância epidemiológica;
9. Existência de reuniões periódicas com os Governadores e os directores provinciais de saúde.

Pontos fracos

1. Surgimento de epidemias ou outras emergências nacionais que podem impedir a implementação do plano estratégico;
2. Débil coordenação ao Nível Central entre os diferentes actores envolvidos na vigilância epidemiológica. Não funcionamento da Comissão Nacional de VE e Estatística. Pouca coordenação a nível provincial;
3. Falta, a todos os níveis, de equipas técnicas, material e equipamento de resposta às emergências em tempo oportuno;
4. Falta de organização e funcionamento da rede Nacional de laboratório; pouco desenvolvimento do sistema de referência de amostras; falta de material e reagentes para o diagnóstico das principais doenças.

Condicionantes ambientes

1. Área fronteiriça extensa;
2. Sistema de água e saneamento deficiente;
3. Sistema de comunicação físico e telecomunicações débil.

Pesquisa operacional

1. Investigação epidemiológica de casos, surtos suspeitos e exposição a factores de risco;
2. Avaliação da situação dos recursos humanos actuais no SNVE.

Projecto 53: Tecnologias de Informação e Comunicação para a Saúde

Situação actual

Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) é um conjunto de recursos tecnológicos integrados entre si, que proporcionam, por meio das funções de *hardware*, *software* e *telecomunicações*, a automação e comunicação dos processos existentes numa determinada instituição/organização. Assim sendo, para facilitar a operacionalização do PNDS foi criado o referido Projecto.

O uso das Tecnologias de Informação e Comunicação no sector da saúde é considerado incipiente, caracterizando-se principalmente pelo uso de ferramentas básicas como, computadores, impressoras, telemóveis e internet. Contudo, sem a criação de uma plataforma única que facilite a materialização de um Sistema de Informação e Gestão Sanitária para apoiar a tomada de decisões estratégicas e ao planeamento.

O Sistema Nacional de Saúde é composto pelo Serviço Nacional de Saúde, os subsistemas de saúde públicos (Subsistema do Ministério do Interior e Subsistema do Ministério da Defesa) e o subsistema privado (lucrativo e não lucrativo). O Serviço Nacional de Saúde é composto por 1305 postos de saúde, 291 centros de saúde, 34 centros materno-infantis, 146 hospitais municipais, 22 hospitais gerais, 20 hospitais centrais e 36 unidades diversas. No que toca as estruturas administrativas, existem 167 Repartições Municipais de saúde, 18 direcções provinciais de saúde 3 Direcções Nacionais e 4 Institutos Públicos.

As estruturas acima listadas apresentam necessidades específicas que deverão ser identificadas e adaptadas no quadro da implementação deste projecto, sendo a recolha de informação sobre as TIC's junto de entidades de referência do Ministério da Saúde, uma actividade prioritária do PNDS.

De realçar que, o projecto 40 do PNDS contempla a construção de um vasto número de novas unidades sanitárias, pelo que será necessário uma abordagem integrada entre todos os projectos do PNDS.

Actualmente o país conta com uma Legislação para orientação do uso das TIC, nomeadamente:

- *O Livro Branco das Tecnologias de Informação e Comunicação*: O Livro Branco das Tecnologias de Informação e Comunicação, denominado Livro Branco das TIC, foi aprovado pelo Conselho de Ministros, através da Resolução n.º 2/06 de 11 de Janeiro de 2006. O referido Livro traça as medidas de políticas e acções para o desenvolvimento das TIC em Angola;
- *Lei de Combate a Criminalidade no domínio das Tecnologias de Informação e Comunicação e Sociedade da Informação*: Diário da República ou Boletim Oficial: N.º 2 do artigo 165.º e da alínea d) do n.º 2 do artigo 166.º;
- *Lei de Protecção de Dados*: Diário da República ou Boletim Oficial: N.º 2 do artigo 165.º e da alínea d) do n.º 2 do artigo 166.º;
- *Lei-quadro das Comunicações Electrónicas e dos Serviços da Sociedade da Informação* Diário da República ou Boletim Oficial: N.º 2 do artigo 165.º e da alínea d) do n.º 2 do artigo 166.º;
- *Regulamento das Tecnologias e dos Serviços da Sociedade da Informação*: Diário da República ou Boletim Oficial: Alínea l) do artigo 120.º e do n.º 3 do artigo 125.º;

- *Regulamento Geral das Comunicações Electrónicas*: Diário da República ou Boletim Oficial: Alínea l) do artigo 120º e do nº3 do artigo 125º.

Por outro lado existem Decretos de Lei em vigor no País que precisam de ser adequados e criados para o Sector da Saúde, requerendo sinergias e advocacia para sua revisão e adequação, como por exemplo:

- *Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde*: Decreto Presidencial Lei no21B/92 de 28 de Agosto;
- *Política Nacional de Saúde*: Decreto Presidencial no 262/10 de 24 de Novembro;
- *Estatuto orgânico do Ministério da Saúde, incluindo Central de Compras e Aprovisionamento de Medicamentos e Meios Médicos (CECOMA)*: Decreto Presidencial no 34/11 de 14 de Fevereiro;
- *Regulamento das Unidades Sanitárias*: Decreto Presidencial no 54/03 de 5 de Agosto;
- *Regime jurídico da Gestão Hospitalar*: Decreto Presidencial no 260/10 de 19 de Novembro;
- *Regulamento do Exercício da Medicina Privada*: Decreto Presidencial no34-B/92, de 17 de Julho;
- *Política Nacional Farmacêutica*: Decreto Presidencial no 18/10 de 18 de Agosto;
- *Regulamento do Exercício das Actividades Farmacêuticas*: Decreto Presidencial no 191/10 de 1 Setembro;
- *Bases Gerais da Política Nacional Farmacêutica*: Decreto Presidencial no 180/10 de 18 de Agosto;
- *Organização dos Processos Clínicos*: Decreto Executivo no 2/11 de 28 de Junho;
- *Licenciamento de unidades sanitárias privadas*: Decreto no 48/92 de 11 de Setembro.

O PNDS deverá criar condições para a implementação gradual e progressiva de uma Infra-estrutura robusta e partilhada tendo em vista a melhoria dos processos de informação e comunicação internos e externos das unidades sanitárias do primeiro, segundo e terceiro nível da pirâmide sanitária.

Estratégias operacionais

1. Criação do Gabinete Nacional de Tecnologias de Informação e Comunicação no Ministério da Saúde;
2. Elaboração do Plano Estratégico de Sistemas de Informação para a Saúde;
3. Recrutamento e Formação de técnicos com especialização em tecnologias de informação e comunicação para a saúde;
4. Actualização da legislação vigente e elaboração de instrumentos legais para regular as tecnologias de informação na saúde.

Metas

1. Até 2014, avaliar a situação actual das TIC's no sector da Saúde;
2. Até 2014, definir a estratégia do uso das Tecnologias de Informação e Comunicação no sector da saúde e identificação do modelo futuro;
3. Até 2014, elaborar o Plano Estratégico de Sistemas de Informação (PESI) para a Saúde;
4. Até 2014, elaborar o modelo de capacitação dos recursos humanos em TIC's;
5. Até 2014, criar a Gabinete Nacional de Tecnologias de Informação e Comunicação no Ministério da Saúde;
6. Até 2014, adaptar e elaborar novos instrumentos legais para apoio das TIC na saúde;

7. Até 2015, implementar a telemedicina em todas as unidades sanitárias do segundo nível de atenção;
8. Até 2017, ter implementado o Plano Estratégico de Sistemas de Informação para a Saúde;
9. Até 2017, recrutar e formar técnicos com especialização em tecnologias de informação e comunicação para a saúde, consoante as necessidades específicas da adequação e da expansão da rede sanitária.

Actividades e intervenções

1. Advogar para criação do Gabinete Nacional de Tecnologias de Informação e Comunicação no Ministério da Saúde;
2. Recolher informação junto de entidades de referência das TIC e Saúde (MTTI, MINSA e outras);
3. Efectuar um levantamento de iniciativas em curso no âmbito das TIC na Saúde;
4. Identificar macroprocessos e *portfolios* aplicativos (SW);
5. Efectuar um levantamento dos centros de dados, infra-estruturas físicas (HW) e redes de comunicação;
6. Caracterizar os perfis e competências dos recursos humanos;
7. *Realizar Workshops* de apresentação e discussão dos resultados da Avaliação da Situação Actual;
8. Proceder a identificação de boas práticas e realização de *benchmark* interNacional;
9. Desenhar o modelo futuro organizacional e de governação de TIC na Saúde (central / Províncias / unidades de saúde);
10. Caracterizar os módulos e componentes aplicativos;
11. Desenhar as *frameworks* de referência, das arquitecturas aplicativos (SW) de infra-estruturas (HW) e redes de comunicações;
12. Elaborar a estratégia e definição de normas e orientações de interoperabilidade técnica e semântica;
13. *Realizar Workshops* de discussão da estratégia, cenários e desenho do Modelo Futuro;
14. Efectuar a identificação, caracterização e priorização de iniciativas;
15. Criar um plano de acção e de investimentos;
16. Elaborar o Detalhe do modelo de evolução e gestão das TIC;
17. Elaborar o plano de formação e capacitação dos Recursos Humanos em TIC;
18. Definir os processos de acompanhamento, métricas e ferramentas de avaliação;
19. *Realizar Workshops* de apresentação do PESI;
20. Garantir o intercâmbio entre as unidades do segundo nível de atenção e outras congéneres a nível Nacional e no exterior do País através de Telemedicina;
21. Transferência de conhecimento garantindo a autonomia das instituições para garantir a continuidade do PESI.

Resultados esperados

1. Situação actual das TIC's no sector da Saúde avaliada;
2. Estratégia do uso das Tecnologias de Informação e Comunicação no sector da saúde definida e modelo futuro identificado;
3. Plano Estratégico de Sistemas de Informação para a Saúde elaborado;

4. Modelo de capacitação dos recursos humanos em TIC's elaborado;
5. Gabinete Nacional de Tecnologias de Informação e Comunicação no Ministério da Saúde criado;
6. Instrumentos legais para apoio das TIC na Saúde elaborado;
7. Plano Estratégico de Sistemas de Informação para a Saúde implementado;
8. Técnicos com especialização em tecnologias de informação e comunicação para a saúde recrutados e formados, consoante as necessidades específicas da adequação e da expansão da rede sanitária.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismo de execução: Gabinete de Tecnologias de Informação do MINSA, DNTIC;
2. Organismo de apoio à implementação do Ministério da Saúde: GEPE, DNSS;
3. Parceiros Nacionais: Ministério da Construção, Ministério do Interior, Ministério da Defesa Nacional, FAA, Ministério da Energia e Águas, Ministério do Ensino Superior, Ministério da Comunicação Social, Ministério da Educação, Angola Telecom e outras empresas do ramo;
4. Parceiros Internacionais: Organização Mundial de Saúde (OMS), Health Technology Assessment international (HTAi), The International Society for Quality in Health Care (ISQua).

Indicadores de avaliação

1. Plano estratégico elaborado e publicado;
2. Gabinete Nacional de Tecnologias de Informação e Comunicação no Ministério da Saúde, criado e funcional;
3. Legislação elaborada e publicada;
4. Número de Instituições que implementaram o plano estratégico;
5. Número de técnicos recrutados por ano;
6. Número de técnicos capacitados por ano.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios semestrais e anuais;
2. Relatórios mensais de manutenção;
3. Relatórios de supervisão.

Sustentabilidade: pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Existência de legislação que regula as TIC's em Angola;
2. Vontade política do Executivo para criar Direcções de TIC's em todas Instituições Ministeriais;
3. Ligação de todo País por fibra óptica;
4. Acesso actual de todas as Províncias à comunicação de telefonia móvel;
5. Implementação de serviços de internet sem fio em quase todas as sedes provinciais;
6. Implementação dos projectos, Satellite e Cabo Submarino no MTTI, para facilitar as comunicações.

Pontos fracos

1. Défice de recursos humanos;
2. Falta de formação específica na área de TIC's para saúde;
3. Indisponibilidade de recursos financeiros para apoio as TIC's;

Condicionantes ambientais

1. Irregular e limitado abastecimento de energia eléctrica;

Pesquisa operacional

1. Estudos sobre o grau de satisfação dos utentes perante os serviços oferecidos;
2. Estudo sobre o grau de satisfação dos utilizadores dos novos sistemas de informação;
3. Estudos baseados na análise do desempenho e da produtividade das unidades sanitárias comparadas com a satisfação do utente.

PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO QUADRO INSTITUCIONAL

O programa de desenvolvimento do quadro institucional é composto por dois subprogramas e respectivos projectos a seguir listados:

Subprograma da Inspeção Geral de Saúde

Projecto 54: Inspeção Geral de Saúde

Subprograma da reforma legislativa

Projecto 55: Reforma legislativa

Subprograma da Inspeção Geral de Saúde

Projecto 54: Inspeção Geral de Saúde

Situação actual

A Inspeção Geral da Saúde (IGS), é um órgão de apoio técnico ao Gabinete do Ministro, cuja missão é a de assegurar a fiscalização do cumprimento do Regulamento sanitário e o funcionamento dos serviços do sistema Nacional de saúde, em especial no que se refere à legalidade dos actos, à eficiência e rendimento dos serviços, bem como a utilização dos recursos, propondo as medidas de correcção e de melhoria, em conformidade com a legislação vigente.

Compete à IGS realizar inspecções, programadas ou não, às instituições alvo, tendo em vista o controlo da execução, a verificação da sua conformidade com os padrões estabelecidos ou a detecção de situações que exijam maior aprofundamento. São também suas atribuições, a avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir a adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efectividade. Finalmente, fazem igualmente parte das responsabilidades da IGS, a verificação dos atributos da qualidade, com a finalidade de garantir uma melhoria progressiva da qualidade dos serviços.

Importa observar que no caso das inspecções no âmbito sanitário e farmacêutico, estas visam desenvolver um conjunto de acções capazes de eliminar, diminuir, prevenir e intervir sobre os riscos à saúde decorrentes dos problemas sanitários e ambientais, da produção, circulação e consumo de bens e da prestação de serviços que directa ou indirectamente, se relacionem com a saúde, incluindo-se as acções de controlo do ciclo de vida do medicamento. Desta forma, constituem alvos das inspecções sanitária e farmacêutica, todos os estabelecimentos económicos, sociais e, particularmente os estabelecimentos farmacêuticos.

No entanto, no contexto actual, a IGS carece de recursos humanos, meios técnicos e infra-estruturas que possam viabilizar o cumprimento das atribuições que lhe são conferidas pelo Estatuto Orgânico do MINSa. Deste modo, no que se refere ao projecto da IGS, no âmbito do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de Angola 2012-2025, impõe-se a necessidade de reforçar o processo de reorganização e reestruturação a que o órgão vem sendo submetido.

Enquanto entidade que deve, acima de tudo, assegurar o cumprimento da legislação em vigor no que se refere à saúde e em matérias que incidem sobre a vigilância sanitária, a IGS deveria estar provida de instrumentos legais e normativos orientadores das suas actividades. Actualmente, exceptuando o Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde prevendo a sua existência, não há qualquer documento específico para o efeito.

Os três departamentos da IGS, consagrados no Estatuto Orgânico do MINSa, têm realizado, sobretudo ao nível da Província de Luanda, as acções de vistorias, inspecções programadas e não programadas, reinspecções às unidades sanitárias, farmácias e instituições cujas actividades interferem na saúde pública, de entre as quais, fábricas de alimentos ou bebidas, estabelecimentos comerciais, etc., assim como tem fiscalizado a entrada de medicamentos e demais produtos de saúde nos Portos de Luanda, Lobito, nos Correios de Angola, no Aeroporto InterNacional de Luanda e, de modo incipiente, nas fronteiras terrestres,

marítimas e fluviais em diferentes partes do País. Ainda nas actuais condições, a IGS tem realizado inquéritos no sentido de esclarecer denúncias, cujos resultados têm sido reportados com as devidas recomendações e sugestões ao Ministro da Saúde.

Nos níveis provincial e municipal, a situação é ainda mais preocupante considerando o baixo nível de formação académica, baixa qualificação técnica e o reduzido número de inspectores. A grande maioria é constituída por técnicos básicos e médios de enfermagem e por pessoal administrativo, portanto, longe da multidisciplinaridade exigida pela complexidade da actividade alvo da vigilância sanitária.

No que se refere aos recursos materiais, os serviços de inspecção nos dois níveis carecem desde meios de transporte, até às instalações físicas. Por outro lado, as maiores dificuldades que se impõem à inspecção da saúde nos níveis provincial e municipal são de natureza organizativa no que se refere a dependência administrativa e orientação metodológica. No organigrama dos governos provinciais, as inspecções provinciais da saúde estão subordinadas às direcções provinciais da saúde, com diferentes níveis de enquadramento (Departamentos, Gabinetes, Repartições e Secções), e dependência administrativa, o que neutraliza a capacidade de acção inspectiva, assim como dificulta a articulação metodológica com a IGS.

Apesar das dificuldades no funcionamento da Inspeção Geral da Saúde, o esforço e a motivação em prol da reestruturação deste órgão, que se traduz no empenho pessoal do corpo profissional existente, tem permitido alcançar resultados positivos, promissores e que, por conseguinte, sustentam um ponto de partida em direcção à sua melhoria.

Estratégias operacionais

1. Redefinição do papel da Inspeção da Saúde tendo em conta a desconcentração e descentralização administrativa;
2. Fortalecimento do papel da IGS, enquanto órgão coordenador e fiscalizador da vigilância sanitária, segundo as atribuições do Regulamento Sanitário Nacional;
3. Reorganização dos Departamentos da Inspeção Geral da Saúde em termos estruturais e os serviços de inspecção da Saúde a nível provincial e municipal;
4. Reforço do quadro de pessoal em matéria inspectiva;
5. Actualização da carreira inspectiva em saúde bem como a revisão salarial;
6. Melhoria dos sistemas e procedimentos inspectivos dos serviços da Inspeção da Saúde;
7. Estabelecimento de estreitas relações de colaboração e de troca de informações com os serviços similares de outros Países, especialmente os vizinhos, na prevenção e combate ao comércio clandestino de medicamentos, sobretudo de estupefacientes e psicotrópicos, através das fronteiras comuns e no cumprimento do regulamento sanitário interNacional;
8. Reforço da cooperação interNacional para formação e capacitação do quadro de pessoal;

9. Estabelecimento de intercâmbio com outros Países, especialmente os da SADC, CPLP e os fronteiriços, que mantém trocas comerciais com Angola, com vista a um melhor controlo de produtos alvo da vigilância sanitária.

Metas

1. Ter redefinido, até 2014, estruturas orgânicas e funcionais dos órgãos de inspecção em todos os níveis;
2. A partir de 2014 dotar as unidades de meios de modo a permitir que cumpram os instrumentos legais e normas existentes a todos os níveis de administração (Municipal, Provincial e Central);
3. Até 2014, ter uniformizado os procedimentos inspectivos em 100% dos actos;
4. A partir de 2014, inspecionar o património do MINSA;
5. A partir de 2014, efectuar inspecções às fábricas de alimentos, unidades hoteleiras, comerciais e demais instituições alvos de vigilância sanitária;
6. A partir de 2014, fazer cumprir os instrumentos legais e normas existentes, em 100% das instituições a todos os níveis de administração (municipal, provincial e central);
7. Ter a legislação elaborada e/ou revista até 2015;
8. Vistoriar 70% e 100% das unidades sanitárias públicas a serem construídas e/ ou em construção e ampliação em 2014 e 2016, respectivamente;
9. Entre 2013 e 2021, formar e capacitar recursos humanos nas seguintes especificidades **por ano**: curso de mestrado em saúde pública (n=3); curso de capacitação e actualização dos inspectores provinciais sobre procedimentos e regulamentos de inspecção (n=30); curso de capacitação em higiene e segurança do trabalho (n=15); curso em gestão de saúde pública e gestão hospitalar (n=10); curso em hotelaria hospitalar (n=10); curso em actividade inspectiva em saúde pública (n=15); curso em gestão de resíduos sólidos e hospitalares (n=15); curso em equipamentos hospitalares (n=20); curso em gestão de recursos humanos (n=15); curso em gestão farmacêutica (n=20);
10. Entre 2014 e 2021 aumentar o controlo de 30% para 100% das entradas e saídas de medicamentos e dispositivos médicos;
11. Até 2015, actualizar a carreira inspectiva em saúde bem como a rever a tabela salarial;
12. Até 2021, acabar com a venda ilegal de medicamentos e dispositivos médicos em 100% do território Nacional;
13. Preenchimento completo do quadro previsional de pessoal até 2021.

Actividades e intervenções

1. Divulgar diversos instrumentos legais e normativos nas dependências do MINSa e Províncias;
2. Elaborar o regulamento interno da Inspeção Geral da Saúde;
3. Elaborar o Estatuto orgânico da Inspeção Geral da Saúde;
4. Elaborar o Código de ética e conduta do inspector;
5. Elaborar normas de funcionamento das inspeções de saúde a níveis Provincial e Municipal;
6. Elaborar o plano de carreira inspectiva da Inspeção da Saúde;
7. Actualizar a carreira inspectiva em saúde bem como a rever a tabela salarial;
8. Realizar inspeções programadas ou não às instituições alvo;
9. Formar e capacitar recursos humanos;
10. Realizar inquéritos, isoladamente ou em conjunto, com as mais diversas Direcções Nacionais do MINSa, Gabinetes e outros Órgãos de Apoio ao Ministro, Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros e diversas Associações Profissionais da área da saúde com o propósito de esclarecer situações;
11. Elaborar e divulgar Modelos e Guiões de Inspeção a instituições e serviços;
12. Redefinir as estruturas orgânicas e funcionais dos órgãos de inspeção da saúde, nos níveis provinciais e municipais e fortalecimento da IGS;
13. Certificar as unidades sanitárias;
14. Participar do Licenciamento de unidades sanitárias privadas e reinspeções com vista ao cumprimento do estatuído no Decreto n.º 48/92 de 11 de Setembro e no estatuto orgânico do MINSa;
15. Supervisionar anualmente as Províncias e Municípios com vista a acompanhar o funcionamento das inspeções e serviços provinciais da saúde;
16. Actualizar e controlar o inventário Patrimonial da Inspeção Geral da Saúde;
17. Verificar o património do MINSa;
18. Inspeccionar as fábricas de alimentos, unidades hoteleiras, comerciais e demais instituições e organismos alvos da vigilância sanitária com o propósito de se evitar a produção e comercialização de produtos sem qualidade ou de qualidade duvidosa;

19. Criar serviços de inspecção da saúde em todos os pontos de entrada do País com o objectivo de aplicar os Regulamentos Sanitário Nacional e InterNacional;
20. Inspeccionar os estabelecimentos farmacêuticos e participar do combate contra venda ilegal de medicamentos;
21. Inspeccionar projectos e programas do MINSA no sentido de se verificar o cumprimento de normas;
22. Pronunciar e/ou vistoriar as unidades sanitárias públicas a serem construídas e/ou em construção e ampliação com o propósito de se verificar o cumprimento dos requisitos básicos para o planeamento de uma unidade sanitária;
23. Recrutar e admitir pessoal tendo em vista as cifras preconizadas no quadro previsional dos recursos humanos.

Resultados esperados

1. Observância da Legislação em vigor melhorada em todo o Sistema Nacional de Saúde, com impacto positivo no funcionamento dos serviços de saúde;
2. Grau de cumprimento de normas médicas, de enfermagem e técnicas no Serviço Nacional de Saúde aumentado;
3. Actuação proactiva da IGS no exercício das funções de inspecção e fiscalização;
4. Regulamento Sanitário Nacional e InterNacional (2005) no País mais respeitados;
5. Unidades sanitárias legalizadas e cumprimento as normas em vigor;
6. Medicamentos em circulação no País fiscalizados;
7. Gestão do processo e atendimento em todas as unidades sanitárias melhorados;
8. Algumas doenças com incidência diminuída;
9. Inspectores capacitados a todos os níveis e Inspeção Geral da Saúde fortalecida;
10. Prestação de serviços da IGS melhorada;
11. Maioria dos processos de inquéritos remetidos à IGS esclarecidos.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Inspeção-Geral de Saúde

2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos; CECOMA; Direcção Nacional da Saúde Pública; Direcção Nacional de Recursos Humanos; Direcções Provinciais da Saúde, Repartições Municipais da Saúde;
3. Parceiros nacionais: Alfândegas de Angola e Inspeções Sectoriais dos Ministérios do Interior, das Finanças, da Educação, do Ensino Superior, Ciência e Tecnologia, do Comércio e da agricultura, Pescas e Desenvolvimento Rural e Sector Privado (Importadores e Distribuidores, Farmácias, Ervanárias e Laboratórios Licenciados no País).
4. Parceiros internacionais: INFARMED - Autoridade Portuguesa do Medicamento e Produtos de Saúde. ASAE - Autoridade de Segurança Alimentar e Económica de Portugal; IGAS- Inspeção Geral das Actividades de Saúde de Portugal; ANVISA - Agência Brasileira de Vigilância Sanitária; instituições congéneres nacionais, da CPLP, da SADC e outras, de âmbito interNacional.

Indicadores de avaliação

1. Percentagem de importações de medicamentos controladas e inspeccionadas;
2. Percentagem de unidades sanitárias privadas e públicas inspeccionadas;
3. Percentagem de farmácias inspeccionadas;
4. Percentagem de recomendações efectivamente implementadas;
5. Percentagem de unidades sanitárias com a legislação sanitária implementada;
6. Número de recomendações efectivamente cumpridas;
7. Número de inquéritos concluídos;
8. Número de supervisões as Províncias e Municípios efectuadas;
9. Número de secções da Inspeção da Saúde criadas nos pontos de entrada do País;
10. Número de inspectores da saúde formados nas diversas áreas de inspecção da saúde;
11. Número de inspectores que participaram de cursos de capacitação;
12. Número de sessões de divulgação de instrumentos normativos ou legais organizadas;
13. Número de inspecções realizadas às mais diversas instituições alvo da vigilância sanitária.

Mecanismos de seguimento e de avaliação

1. Relatórios mensais, trimestrais, semestrais e anuais;
2. Apresentação e discussão nos conselhos de direcção e consultivos dos serviços de inspecção e do MINSÁ.
3. Debates e mesas redondas promovidas pela IGS.

4. Auditoria externa a cada 2 anos.

Sustentabilidade: pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Ampliação do espaço físico para funcionamento da IGS;
2. Admissão de novos quadros;
3. Reforma Administrativa e Institucional em curso;
4. Vontade política;
5. Forte liderança do sector;
6. Pretensão de criação de autoridade reguladora de alimentos e medicamentos.

Pontos fracos

1. Défice de instrumentos normativos e legais;
2. Défice de recursos humanos;
3. Défice de meios de transporte para trabalho de campo, incluindo nas Províncias;
4. Inexistência de um plano de carreira inspectiva;
5. Insuficiência de recursos materiais;
6. Falta de formação específica no mercado;
7. Deficiente coordenação das várias inspecções sectoriais;
8. Insuficiência e indisponibilidade oportuna de recursos financeiros;
9. Indefinição ou inexistência de uma autoridade reguladora das actividades de saúde.

Condicionantes ambientais

1. Dificuldades financeiras tendo em conta o facto de a inspecção ser um órgão dependente do MINSAs;
2. Grande resistência a mudança considerando os longos anos de trabalho sem qualquer norma, plano estratégico e até falta de formação adequada para as acções inspectivas;
3. Falta de experiência de cumprimento de planos estratégicos particularmente de longa duração;

4. Interferência de outros órgãos da saúde e de outras inspeções sectoriais as actividades e atribuições da inspecção da saúde;
5. Falta de protecção dos inspectores em serviço.

Pesquisa operacional

1. Perfil do inspector da saúde em Angola com a finalidade de se avaliar a situação actual e apresentação de soluções para o futuro ao nível de todo o Serviço Nacional de Saúde;
2. Análise da situação normativa e legal do Sistema Nacional de Saúde com o propósito de identificar as principais lacunas neste âmbito e definição de prioridades da sua elaboração;
3. Pesquisa sobre satisfação dos utentes com a qualidade do atendimento e de assistência hospitalar em Angola;
4. Análise das tendências de financiamento da inspecção da saúde no quinquénio.

Subprograma da reforma legislativa

Projecto 55: Reforma legislativa

Situação actual

O Programa de desenvolvimento do quadro institucional é a base para a implementação do PNDS 2012-2025. A reforma e a modernização do Sistema de Saúde passam pela implementação de acções e intervenções do tipo organizativas, legislativas e regulamentares para adequar o Sistema Nacional de Saúde aos desafios actuais e vindouros no quadro da prestação de cuidados de saúde contínuos e integrados de promoção, prevenção, tratamento e de reabilitação.

O Ministério da Saúde tem necessidade de elaborar instrumentos legais e regulamentos de suporte para a implementação da Política Nacional de Saúde (PNS), com o objectivo de garantir o direito à saúde como consagrado na Constituição da República.

O PNDS prevê a revisão e a adequação de instrumentos legais, nomeadamente, a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 21-B/92, de 28 de Agosto), as Bases Gerais da Política Nacional Farmacêutica (Decreto Presidencial nº 180/10 de 18 de Agosto), o Regulamento do Exercício da Medicina Privada (Decreto nº 34-B/92, de 17 de Julho) e o Regulamento Geral das unidades sanitárias (Decreto Presidencial, nº 54/03, de 5 de Agosto), entre outros.

Contempla igualmente, a elaboração de leis que regulam a Criação do Serviço Nacional de Saúde, o Transplante dos Tecidos e Órgãos, o Sangue Seguro e a Investigação em Saúde.

Para o desenvolvimento e reforço do sistema de gestão torna-se indispensável a produção de um certo número de diplomas legais, com vista à optimização da implementação do PNDS, tais como, normas, regras e procedimentos do funcionamento do Sistema de Saúde a Nível Municipal, a Política dos Recursos Humanos da Saúde, a Política Nacional do Agente Comunitário, a Política dos dispositivos médicos, a Política da saúde mental, a Política de Promoção da Saúde, a Política dos cuidados primários, a Política da saúde reprodutiva, a Política da saúde infantil e do adolescente, a Política da Medicina Tradicional e a Política que regula os factores de riscos das doenças crónicas não transmissíveis.

Por outro lado, existem instrumentos legais que necessitam de ser adequados ao Sector da Saúde, requerendo sinergias e advocacia para a sua revisão. São exemplos os Subsídios de isolamento e fixação na periferia (Decreto Presidencial, nº 01/03, de 21 de Janeiro) e os Incentivos para compensar a penosidade, o risco, o isolamento e em geral as dificuldades (Decreto, nº 12/03 de 8 de Abril, do Conselho de Ministros).

Estratégias operacionais

1. Reforço do Gabinete Jurídico do MINSA;
2. Elaboração, revisão e publicação de diplomas legais;
3. Elaboração e aprovação de Políticas Públicas de suporte à execução do PNDS para a materialização dos objectivos da Política Nacional da Saúde, 2025;
4. Formação de técnicos em legislação sanitária;
5. Promoção do nível de conhecimento e cumprimento da legislação em vigor em todo o Sistema Nacional de Saúde.

Metas

1. Até 2013, identificar as necessidades de revisão/actualização, bem como as lacunas a preencher, do pacote legislativo que suporta o sector da saúde, definindo prioridades;
2. Até 2013, elaborar o instrumento legal que regula a gestão dos resíduos hospitalares e dos Serviços de saúde;
3. Até 2014, rever e adaptar as necessidades do sector da saúde, o Decreto Presidencial, nº 01/03, de 21 de Janeiro sobre subsídios de isolamento e fixação na periferia e o Decreto, nº 12/03 de 8 de Abril, do Conselho de Ministros sobre e os Incentivos para compensar a penosidade, o risco, o isolamento e em geral as dificuldades;
4. Até 2014, aprovar as leis que regulam a Criação do Serviço Nacional de Saúde, o Transplante dos Tecidos e Órgãos, o Sangue Seguro e a Investigação em Saúde;
5. Até 2015, rever e adequar, a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 21-B/92, de 28 de Agosto), das Bases Gerais da Política Nacional Farmacêutica (Decreto Presidencial nº180/10 de 18 de Agosto), do Regulamento do Exercício da Medicina Privada (Decreto Presidencial nº 34-B/92, de 17 de Julho) e do Regulamento Geral das Unidades Sanitárias (Decreto Presidencial, nº 54/03, de 5 de Agosto).

Actividades e intervenções

1. Rever e adequar, a Lei nº 21-B/92, de 28 de Agosto, sobre o Sistema Nacional de Saúde;
2. Elaborar o instrumento legal que regula a gestão dos resíduos biomédicos;
3. Rever e actualizar, o Decreto Presidencial, nº 54/03, de 5 de Agosto, sobre o Regulamento Geral das unidades sanitárias;
4. Rever e adequar, o Decreto Presidencial, nº 01/03, de 21 de Janeiro sobre subsídios de isolamento e fixação na periferia;
5. Rever e actualizar o documento sobre o Exercício das Actividades Farmaceuticas, da Política Nacional Farmacêutica, Decreto Presidencial nº180/10 de 18 de Agosto;
6. Rever e adequar, Decreto nº 12/03 de 8 de Abril, do Conselho de Ministros sobre e os Incentivos para compensar a penosidade, o risco, o isolamento e em geral as dificuldades;
7. Elaborar e aprovar as diferentes propostas de lei para o funcionamento do sector (proposta de lei que regula adequação do sistema Nacional de saúde, do regulamento do serviço Nacional de saúde e de serviço de investigação e saúde);
8. Adquirir a plataforma informática para o acesso à legislação sanitária;
9. Reproduzir e distribuir a colectanea da legislação sanitária;
10. Elaborar e aprovar, Políticas Públicas de suporte à execução do PNDS para a materialização dos objectivos da Política Nacional da Saúde, 2025.

Resultados esperados

1. Pacote legislativo de suporte do sector da saúde actualizado e completo;
2. Nível de conhecimento e cumprimento da legislação em vigor elevado em todo o Sistema Nacional de Saúde.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Gabinete Jurídico;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Órgãos de apoio técnico, Serviços Executivos Centrais e órgãos tutelados do MINSA;

3. Parceiros nacionais: Ministério da Justiça, Ordem dos Advogados; Associações dos Profissionais de Saúde, Ministério da Defesa Nacional, Ministério do Interior;
4. Parceiros internacionais: OMS; CDC.

Indicadores de avaliação

1. Número de Diplomas criados e publicados;
2. Número de Diplomas revistos e publicados;

Mecanismos de Seguimento e avaliação

1. Diário da República;
2. Programa legislativo Anual do MINSÁ;

Sustentabilidade: pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Contexto político favorável;
2. Oportunidade para a elaboração de políticas públicas sociais.

Pontos fracos

1. Défice de instrumentos normativos e legais;
2. Insuficiência de recursos humanos.

Condicionantes ambientais

1. Contexto político-social.

PROGRAMA DE FINANCIAMENTO E SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

O programa de financiamento e sustentabilidade financeira do sistema Nacional de saúde é composto por um subprograma e três projectos a seguir listados:

Subprograma de financiamento e sustentabilidade financeira do sistema Nacional de saúde

Projecto 56: Sustentabilidade financeira do Sistema Nacional de Saúde

Projecto 57: Gestão financeira do Serviço Nacional de Saúde

Projecto 58: Contas Nacionais de Saúde

Subprograma de financiamento e sustentabilidade financeira do sistema Nacional de saúde

Projecto 56: Sustentabilidade financeira do Sistema Nacional de Saúde

Situação atual

É prioridade para o Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Angola o asseguramento de um financiamento sustentável uma vez que a insuficiência de recursos financeiros e a inadequação do modelo de financiamento são consideradas uns dos principais constrangimentos actuais do SNS.

Segundo a Lei de Bases Nº 21B/ 92, compete ao Estado, seja por via do OGE, seja pela mobilização e coordenação da ajuda externa, suportar a maior parte dos custos de implementação da saúde, como um factor de desenvolvimento do país. No seu artigo 27, abre também a possibilidade de terceiros e dos cidadãos participarem nos custos com a saúde.

Segundo o estudo das Contas Nacionais de Saúde, realizado com o apoio da OMS em 2008, o financiamento público corresponde a 65,2% das despesas totais em Saúde, seguido das contribuições das famílias com 22,5%, as empresas públicas e privadas com 8,9% e os parceiros internacionais com 3,4%.

A sustentabilidade do Sistema de Saúde do tipo Serviço Nacional de Saúde, depende da disponibilidade dos recursos do OGE, bem como das fontes alternativas e complementares de financiamento, e de um Sistema de Gestão que permita o uso racional e eficiente dos recursos postos à disposição do Sector.

Em geral, os sistemas de saúde dos países da OCDE se confrontam com uma constante insuficiência de fundos. Isso acontece, pois as necessidades de saúde de uma população são infinitas e os custos em saúde são crescentes, em especial, relacionados às novas tecnologias que se apresentam cada vez mais como adicionais e não substitutivas.

Por esse motivo, em todo o mundo, vêm sendo criadas novas formas complementares de financiamento, sem prejudicar o modelo inicial adoptado por cada país em busca da almejada sustentabilidade financeira.

O financiamento da saúde consiste na organização das fontes de captação de fundos junto da sociedade para fazer face às despesas com cuidados de saúde. A sustentabilidade é a capacidade de se auto manter. Uma actividade sustentável é aquela que pode ser mantida por um longo período indeterminado de tempo, de forma a não se esgotar nunca, apesar de imprevistos que possam vir a ocorrer.

A sustentabilidade financeira de todo e qualquer sistema Nacional não pode ser visto de forma independente, pois está profundamente relacionado ao avanço económico do país e a evolução das demais receitas e despesas públicas, sendo esta uma preocupação comum de diversos países.

Analisando os diferentes modelos de financiamento existentes pelo mundo, nota-se que, apesar de raízes semelhantes, actualmente a busca pela sustentabilidade financeira decorre do percurso histórico de cada país. O que se pode concluir por esta análise é que para garantir a sustentabilidade financeira de qualquer Serviço Nacional de Saúde é necessário adoptar diversas medidas simultaneamente, não sendo possível determinar uma única medida que sozinha, alcance tal objectivo.

Sabe-se que o modelo de financiamento é um domínio prioritário de acção para o sector de saúde na República de Angola. No domínio do financiamento em saúde, a perspectiva, segundo a Estratégia Angola 2025, é a de fazer evoluir o modelo de financiamento, de uma situação com largo domínio do sector público e da ajuda internacional, para uma situação de pluralidade de fontes de financiamento, em que, todavia, os cuidados primários de saúde permaneçam largamente financiados por recursos públicos. Para os cuidados terciários, a introdução de participações e de outros modelos de financiamento terá de ser efectuada de forma selectiva e gradual, a fim de não impedir o acesso de pobres e grupos vulneráveis, pelo que a sua articulação com o sistema de protecção social deve ser considerada.

Há diversas opções de modelos de financiamento sendo adoptados em diversos países do mundo a fim de alcançar o objetivo da sustentabilidade financeira, contudo uma grande preocupação que acompanha a preocupação com a sustentabilidade financeira é o financiamento equitativo. A OMS acredita que, a melhor forma de garantir a equidade financeira consiste em privilegiar o pré-pagamento progressivo, por oposição ao pagamento directo. Sendo que o pagamento directo deve levar em consideração a capacidade de pagar das famílias.

Assim, vemos que a OMS levanta duas opções interessantes de partilha de riscos: o co-pagamento por parte dos utentes e familiares nas modalidades de pagamento directo e de pré-pagamento. Outras opções adoptadas em diversos países consideram uma maior presença do sector privado em parceria com o sector público. Assim, o Estado pode assumir maioritariamente o papel de financiador e regulador, enquanto o papel de prestador pode ser delegado a outras entidades mediante mecanismos de contratualização.

O incentivo a parcerias público-privadas, bem como o incentivo a iniciativa privada, em si, na forma de serviços privadas e de seguros de saúde, são uma opção relevante na busca da sustentabilidade financeira e podem ser igualmente classificadas como partilha de risco, só que dessa vez, o risco é partilhado com o sector privado e não com os utentes e famílias angolanas.

Independente das opções estudadas actualmente, a manutenção dos ritmos históricos da percentagem dos investimentos em saúde com relação ao PIB configura um passo importante para a sustentabilidade financeira do SNS.

Ao longo da última década, os recursos financeiros públicos não se pautaram pela sua regularidade. A percentagem do OGE alocada à função saúde subiu de 4,65% em 2006, para 8,38 % em 2009, ao passo que em 2010 e 2011 essa percentagem baixou para 5,02%. Contudo em 2008 na Conferência de Ouagadougou, Angola subscreveu o compromisso de criar um ambiente favorável ao aumento dos recursos afectados para o sector da saúde, de modo a elevá-los, progressivamente a, pelo menos, 15% do Orçamento Nacional.

E para alcançar o objectivo geral de garantir o financiamento da saúde, integrado no quadro geral de desenvolvimento Nacional, que proteja os mais desfavorecidos e vulneráveis, em especial as mulheres e as crianças, garantindo, ao mesmo tempo, que o sistema de afectação dos recursos, por níveis de cuidados, seja equitativo e sustentável, mantendo o equilíbrio adequado entre as componentes de cuidados de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, deve-se além de garantir mecanismos mistos e regulados de financiamento haver uma preocupação clara em aumentar a eficiência da prestação dos serviços de saúde racionalizando a utilização dos recursos disponíveis fortalecendo a gestão em todos os níveis e aprimorando a avaliação para a adoção de novas tecnologias e medicamentos.

É possível criar diferentes cenários para o futuro do financiamento do SNS em Angola, sendo um cenário em que o sistema continua sendo exclusivamente financiado pelo Estado e parceiros internacionais, um sistema misto em que o recolhimento de impostos considera a capacidade financeira de cada família e há espaço para a iniciativa privada e um cenário de partilha de riscos, em que existe um pré-pagamento por parte das famílias e parcerias público-privadas.

É importante ressaltar que nos últimos dez anos a economia de Angola registou um rápido crescimento económico, sendo que o PIB por habitante passou de US\$ 871,40 em 2003, para US\$ 4.266,80 em 2010. Este é um cenário optimista para a manutenção de valores crescentes de investimentos em saúde em Angola.

Além disso, com a aprovação da Lei de Bases do SNS, Lei 21-B/92, o Estado Angolano deixou de ter a exclusividade na prestação dos serviços de saúde e permitiu a iniciativa privada em saúde e a comparticipação financeira dos utentes nos custos de saúde. Contudo, o acesso a este sub-sector está muito limitado para uma grande parte da população. Os centros médicos que prestam serviços diferenciados e qualificados e com meios de diagnósticos, só têm preços acessíveis a uma pequena camada da população. Outros serviços privados de preços mais acessíveis (centros e postos da periferia) são procurados por não mais de 30 % da população.

Assim, em Angola, prevê-se que o modelo de financiamento da saúde irá evoluir do modelo de financiamento quase exclusivamente público, com decrescente ajuda interNacional, para um modelo de maior pluralidade de fontes de financiamento.

Estratégias operacionais

1. Redefinição do modelo de financiamento, com pluralidade de fontes de financiamento em que, os Cuidados Primários em Saúde tenham, todavia, um financiamento público largamente garantido;
2. Fortalecimento da gestão do Serviço Nacional de Saúde, em todos os níveis do Governo e nas Unidades Sanitárias com vista à utilização eficaz e, progressivamente mais eficiente dos recursos disponíveis;
3. Realização de estudos sobre as opções de fontes e mecanismos de financiamento do SNS;
4. Reforço do uso de indicadores financeiros relacionados à saúde em todos os níveis do Governo;
5. Criação de uma Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Sistema Nacional de Saúde;
6. Reforço dos mecanismos de prestação de contas;
7. Estabelecimento de intercâmbio com outros países da OCDE, com vista a identificar novas oportunidades de pluralidade de fontes e sustentabilidade financeira.

Metas

1. Até 2014 criar uma Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Sistema Nacional de Saúde;
2. Até 2015 ter realizado estudos quanto às opções de modelos de financiamento na busca da sustentabilidade financeira;
3. Até 2016 definir o novo modelo de financiamento do SNS;
4. Até 2016 definir novos mecanismos de controlo da gestão e prestação de contas das unidades sanitárias;
5. Até 2016 definir os indicadores financeiros a serem controlados em cada nível de governo e capacitar os envolvidos na interpretação dos dados coletados;
6. A partir de 2016 acompanhar os indicadores financeiros e realizar adaptações na linha da busca da sustentabilidade financeira;
7. Até 2025 ser financeiramente sustentável no âmbito do SNS.

Actividades e intervenções

1. Criar a Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Sistema Nacional de Saúde;

2. Estudar as diversas opções de fontes de financiamento;
3. Estudar a possibilidade de garantir, em forma de lei, um mínimo e/ou um aumento progressivo do investimento em saúde por parte de cada nível do Governo (central, provincial e municipal) a partir do OGE;
4. Estudar a possibilidade de criar mecanismos de contractualização para prestação de serviços de saúde com maior eficiência e eficácia na gestão dos recursos sob a regulação e controle do Estado;
5. Estudar a possibilidade de criar mecanismos de comparticipação do utente em serviços e produtos de saúde;
6. Estudar a possibilidade de criar mecanismos de partilha de riscos a partir do pré-pagamento progressivo (considerando capacidade de pagamento de cada família);
7. Estudar a possibilidade de criar incentivos a iniciativa privada para serviços privados de saúde e seguros de saúde e parcerias público-privadas;
8. Dar forma legal ao novo mecanismo de financiamento estabelecido após estudos;
9. Redefinir os mecanismos de controlo de gestão e prestação de contas das unidades sanitárias, bem como redefinir os indicadores financeiros a serem medidos pelas mesmas;
10. Capacitar as equipas de controlo de gestão e prestação de contas das unidades sanitárias;
11. Acompanhar os indicadores financeiros e realizar adaptações necessárias em busca da sustentabilidade financeira.

Resultados esperados

1. Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Sistema Nacional de Saúde;
2. Estudos sobre as diversas opções de fontes de financiamento;
3. Novo modelo de financiamento do SNS, em forma de lei;
4. Modelo de controlo e prestação de contas das unidades sanitárias reforçados;
5. Quadro de indicadores financeiros do SNS;
6. Sustentabilidade financeira do SNS.

Organismos e Instituições Responsáveis pela Execução

1. Organismos de execução: Secretaria-Geral do MINSA;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Gabinete Jurídico;
3. Parceiros Nacionais: Ministério das Finanças, Ministério do Planeamento e Desenvolvimento Territorial, Ministério da Administração do Território, Ministério das Telecomunicações e Tecnologias da Informação, Ministério da Economia;
4. Parceiros Internacionais: OMS, Banco Mundial.

Indicadores de avaliação

1. Número de reuniões e acções pela Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Sistema Nacional de Saúde;
2. Número de medidas financeiras estabelecidas pelo novo modelo de Financiamento a ser estabelecido;
3. Horas de treinamento por inspector responsável pelo controlo e prestação de contas das unidades sanitárias;
4. Número de indicadores financeiros do SNS acompanhados.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios semestrais sobre os estudos realizados;
2. Actas das reuniões da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Sistema Nacional de Saúde;
3. Relatórios dos debates sobre o novo modelo de financiamento do SNS;
4. Apresentações semestrais do quadro de indicadores financeiros definidos.

Sustentabilidade: pontos fortes e pontos fracos

Pontos fortes

1. Vontade política;
2. Reforma em curso do sistema Nacional de saúde;
3. Reforma fiscal;
4. Crescimento económico e social.

Pontos fracos

1. Subfinanciamento do Sector;
2. Aumento dos custos recorrentes de manutenção e funcionamento;
3. Uso inadequado dos recursos disponíveis;
4. Dificuldades em encontrar um modelo de financiamento adequado no curto prazo.

Condicionantes ambientais

1. Contexto político-social.

Projecto 57: Gestão financeira do Serviço Nacional de Saúde

Situação actual

O Estado Angolano estabeleceu o seu Sistema Nacional de Saúde assente num Serviço Nacional de Saúde, tal como os do Reino Unido, Irlanda, Suécia, Dinamarca, Itália, Espanha e Portugal, baseando-se no princípio da cobertura universal, com financiamento obrigatório, predominantemente pela via dos impostos.

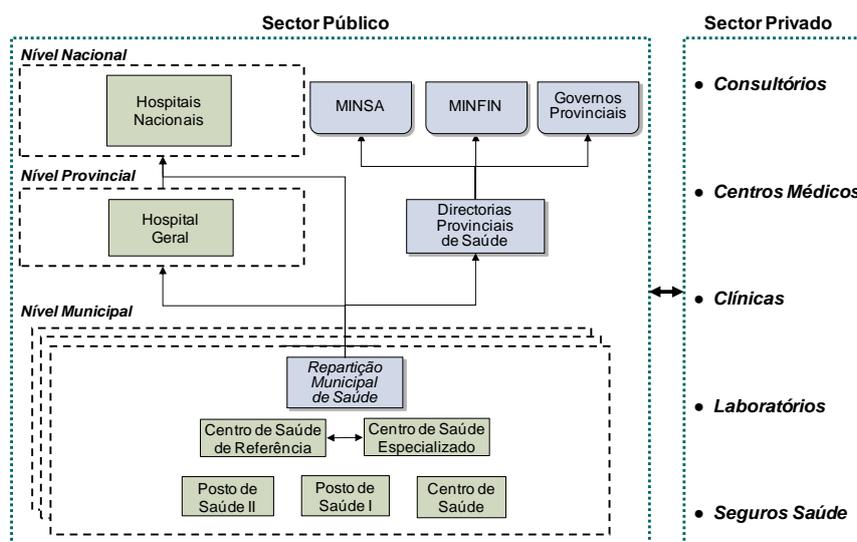
A gestão institucional de um serviço Nacional de saúde é pública, podendo a prestação ser pública ou, cada vez mais, em vários países do mundo, contratualizada. Nestes casos, geralmente os cuidados de saúde são gratuitos ou quase gratuitos no momento de acesso. A propriedade das unidades prestadoras é normalmente pública – ainda que tal não seja forçosamente assim - e o financiamento é assegurado por um organismo público que recebe do orçamento do estado as verbas de que necessita.

Em Angola não é muito diferente. Embora já se discuta no país alguma alternativa de contratualização, ainda não podemos considera-la uma prática. Portanto, o Serviço Nacional de Saúde de Angola é quase que inteiramente financiado pelo Orçamento Geral do Estado (sem deixar de considerar que há uma receita adicional oriunda da cobrança de comparticipação dos utentes em alguns serviços), tendo os seus órgãos operacionais – as Unidades Sanitárias – como propriedade do estado e geridas pela sua estrutura funcional.

A eficiência de um sistema de saúde não está directamente associada ao valor total de recursos disponibilizados para tal fim, mas sim à alocação dos recursos de acordo com factores como produtividade, resolubilidade e eficácia dos serviços. Uma vez equacionados o modelo e os mecanismos de financiamento do Sistema de Saúde Angolano – objecto de intervenção do Projecto 48 – e assegurado o principal pilar da sua sustentabilidade, a origem dos recursos, há que se criar as condições para se proporcionar o estabelecimento de um outro pilar, tão importante quanto o referido anteriormente: o uso eficiente dos recursos. Para tanto, foi instituído o Projecto 49 – Gestão Financeira do Serviço Nacional de Saúde SNS.

O objectivo deste projecto é dotar o SNS, em todos os seus níveis, de um conjunto de ferramentas institucionais para permitir que cada unidade sanitária possa planear suas necessidades, receber e aplicar adequadamente seus recursos e produzir as informações necessárias aos processos de controlo e avaliação de resultados. Tudo isso, de forma sinérgica com outras unidades do SNS e órgãos de coordenação e regulação, nos três níveis de governação do estado, nomeadamente os níveis municipal, provincial e central.

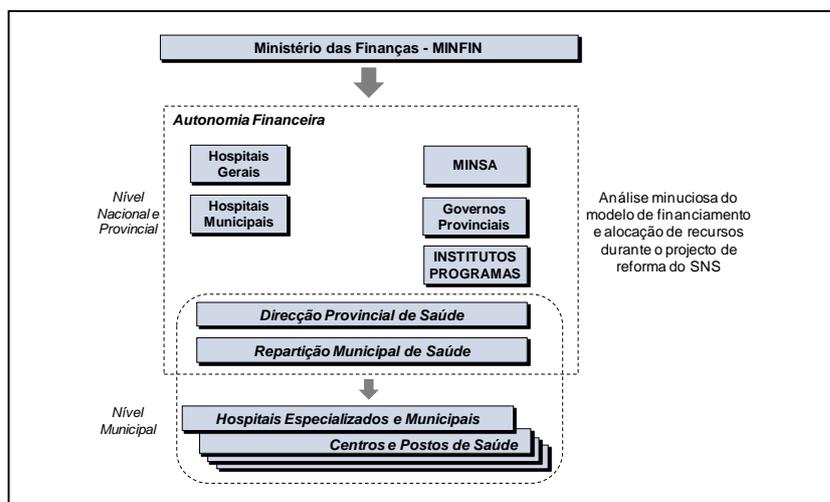
As Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde estão organizadas no nível Nacional em Hospitais Centrais e Centros Nacionais Especializados, no nível provincial em Hospitais Gerais, Hospitais Provinciais de Especialidades e no nível municipal em Hospitais Municipais, Centros e Postos de Saúde. Todas de alguma forma relacionam-se com as estruturas técnico-administrativas do Governo (Ministérios, Direcções Provinciais e Repartições Municipais). O sector de saúde privado em Angola é pouco desenvolvido, sendo o sector público predominante no atendimento à população. A figura em baixo demonstra as inter-relações entre os diferentes *agentes* do sistema de saúde.



Embora exista em geral um grau crescente de autonomia administrativa, financeira e patrimonial destas unidades, os instrumentos normativos e de gestão são, em parte considerável das unidades do SNS, insuficientes, deficientes ou inexistentes (estatuto orgânico, organigrama, quadro de pessoal, regulamento interno, planos de acção, orçamento, relatórios de actividade). Destes, a principal ferramenta de gestão da área financeira é o Orçamento da Unidade.

O Orçamento, seja do órgão autónomo ou não, é a espinha dorsal para qualquer actividade de gestão financeira da unidade: planeamento; execução financeira; gestão de tesouraria; e emissão de relatórios. Além do mesmo representar o elo que permite a consolidação financeira do sector saúde e a inter-relação da unidade com os demais intervenientes de carácter económico, conforme podemos observar na ilustração em baixo.

MODELO ILUSTRATIVO DO FLUXO ORÇAMENTAL PARA A SAÚDE



A actividade de gestão financeira nas unidades sanitárias do SNS, guardadas as devidas proporções em relação à tipologia da unidade, ainda é uma área incipiente no sector. O défice quantitativo e qualitativo de

recursos humanos parece ser o principal entrave ao desenvolvimento desta função. Entretanto, não podemos deixar de reconhecer que as ferramentas estruturadas e os sistemas de informação necessários ao bom desempenho desta valência, ainda são pouco vistos nos níveis mais baixos de governação. Os mesmos restringem-se a poucas unidades melhor estruturadas e aos órgãos da administração central.

Dessa forma, com vista a equacionar os constrangimentos encontrados no dia a dia da gestão financeira das unidades sanitárias integrantes do Serviço Nacional de Saúde, este projecto buscará, em carácter multidisciplinar (estrutura; pessoas; processos; sistemas), desenvolver as competências próprias para o bom desempenho da gestão financeira individual de cada unidade, bem como resguardar os aspectos que permitam uma unificação metodológica, processos e linguagem, para uma acção coordenada do SNS como um todo.

Estratégias operacionais

1. Dotação de estrutura, organização, métodos e sistemas aos órgãos de coordenação e controlo do SNS nos níveis central, provincial e municipal (MINSAs; DPSs; RMSs; DNAs), para as actividades de planificação, controlo, consolidação e emissão de relatórios no âmbito da gestão financeira;
2. Dotação de recursos necessários, incluindo profissionais e gestores, estrutura física, equipamentos e sistemas, bem como os meios financeiros adequados à melhoria de eficiência dos sectores administrativos financeiros das estruturas e unidades sanitárias, nos três níveis de governação;
3. Integração das diversas fontes geradoras de dados e informações financeiras em uma linguagem unificada e compatível com os sistemas de informação existentes, bem como os que serão implantados futuramente;
4. Criação e fortalecimento da carreira de gestor financeiro no âmbito da saúde, pela instituição do plano de progressão da carreira e qualificação dos quadros técnicos nos diversos níveis seja para formação, especialização ou refrescamento;
5. Elaboração e implementação, para todos os níveis, do manual de rotinas e procedimentos para todas as funções de âmbito financeiro: planificação; orçamentação; execução financeira; gestão de tesouraria; auditoria e controlo; informação & estatística;
6. Desenvolvimento de um modelo remuneratório complementar às dotações do OGE, baseado em desempenho clínico e operacional para as unidades nos diversos níveis.

Metas

1. Até 2014, ter concluído o mapeamento de necessidades de recursos físico-estruturais para todos os níveis operacionais e de governação;
2. Até 2014, ter identificado o perfil quantitativo e qualitativo do quadro de técnicos das áreas administrativo-financeiras das unidades sanitárias e órgãos de coordenação e controlo, bem como a proposta de sua adequação;
3. Até 2014, ter elaborado o plano de formação de quadros para a carreira de gestor financeiro no âmbito da saúde;

4. Até 2014, ter desenvolvida e identificada a metodologia e o sistema de informação financeira para servir de base e modelo de implantação para as unidades sanitárias e órgãos de coordenação e controlo;
5. Até 2014, ter elaborado o plano de investimentos para suportar as actividades de desenvolvimento e optimização da gestão financeira no âmbito do SNS;
6. Até 2014, ter elaborado, para os diversos níveis, os manuais de rotinas e procedimentos para as áreas administrativo-financeiras das unidades e órgãos de coordenação e controlo;
7. Até 2015, atender às necessidades quantitativas e de qualificação de quadros de carreira financeira das unidades de nível Terciário;
8. Até 2016, atender às necessidades quantitativas e de qualificação de quadros de carreira financeira das unidades de nível Secundário;
9. Até 2017, atender às necessidades quantitativas e de qualificação de quadros de carreira financeira das unidades de nível Primário;
10. Até 2015, ter elaborado e implantado o manual de normas e procedimentos nas unidades e órgãos de coordenação e controlo em todos os níveis;
11. Até 2015, ter implantado módulo de gestão financeira no sistema de informações das unidades de nível Terciário e nos órgãos de coordenação e controlo;
12. Até 2016, ter desenvolvido e implementado a solução informática para integração das informações económico-financeiras das unidades de nível secundário e primário;
13. Até 2015, ter desenvolvido o modelo de remuneração complementar por desempenho;
14. Até 2014, ter aprovado e inscrito no OGE 2015 os recursos necessários para a implementação e sustentabilidade do modelo de remuneração complementar por desempenho;
15. A partir de 2016, ter em funcionamento o modelo de remuneração complementar por desempenho.

Actividades e intervenções

1. Rever e adequar a estrutura dos organigramas das áreas administrativo-financeiras das unidades e órgãos de coordenação e controlo no âmbito do SNS;
2. Aprovar e promover os concursos para contratações de quadros com vista à adequação quantitativa dos sectores financeiros das unidades e órgãos de coordenação e controlo;
3. Desenvolver e implementar o Plano de Formação e refrescamento dos quadros administrativos e financeiros envolvidos no programa;
4. Apetrechar os departamentos administrativo-financeiros com as ferramentas necessárias para o bom desempenho das suas funções;
5. Desenvolver e implementar os Manuais de Normas e Procedimentos para os diversos níveis.
6. Implementar a infraestrutura do Sistema de Informação Electrónica para a integração dos diversos níveis e bases de dados envolvidas;
7. Implementar o módulo de “Business Intelligence”²² (Inteligência empresarial) para consolidação das informações financeiras e acompanhamento de indicadores e metas;

²² Business Intelligence é uma ferramenta de software que permite a agregação e análise de dados de diferentes fontes ou bases de dados.

8. Elaborar o estudo para o desenvolvimento do modelo de remuneração complementar por desempenho;
9. Implementar a equipa de acompanhamento e implantação num modelo de PMO (Project Management Office) para coordenação geral do projecto, comunicação e advocacia;
10. Desenvolver o modelo de remuneração complementar por desempenho, baseado na evidência;
11. Adoptar um painel de indicadores que permita o exercício de Benchmarking interNacional e uma avaliação ponderada do desempenho clínico e operacional.

Resultados esperados

1. Infraestrutura de trabalho adequada para o desempenho da gestão financeira (estrutura física; hardware e sistemas);
2. Unidades Sanitárias e Órgãos de coordenação e controlo dotados de equipas adequadas de gestão financeira em quantidade e qualidade aceitável;
3. Equipas financeiras nos diversos níveis capacitadas para adoptar as melhores práticas de gestão financeira;
4. Melhor gestão e uso eficiente do recurso público;
5. Melhoria no desempenho clínico e operacional das unidades;
6. Relatórios e estatísticas financeiras mais claros, precisos e atempados;
7. Melhor capacidade de planificação central para alocação eficiente de recursos financeiros;
8. Reconhecimento e bonificação do bom desempenho.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: Secretaria-Geral do MINSAs;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: GEPE/MINSAs/GPs; Gabinete de Informática do MINSAs; DNRH; Hospitais centrais, provinciais e municipais; Administrações Municipais; Repartições Municipais de Saúde;
3. Parceiros nacionais: MINFIN, MINPLAN, MINAT, MAPTESS, Ministério da Economia, Ministério das Telecomunicações e Tecnologias da Informação;
4. Parceiros internacionais: OMS, Banco Mundial.

Indicadores de avaliação

1. Numero de Trabalhadores financeiros Ideal / Número de Trabalhadores financeiros Efectivo;
2. Número de Trabalhadores financeiros qualificado/Número de Trabalhadores financeiros Efectivo, percentagem de cobertura de recursos humanos por programa de formação e refrescamento;
3. Percentagem de unidades implantadas por nível de atenção;
4. Percentagem de unidades apetrechadas por nível de atenção;
5. Percentagem de execução orçamental geral e individual (bens e serviços e PIP);
6. Percentagem de desvio orçamental por rubrica, geral e individual;

7. Orçamento aprovado/Orçamento ideal (bens e serviços e PIP).

Mecanismos de Seguimento e avaliação

1. Painel de indicadores.
2. Relatório de acompanhamento de projecto PMO.
3. Relatórios de execução orçamental.
4. Painel de desempenho clínico e operacional.

Sustentabilidade: pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política;
2. Descentralização e desconcentração para o Município;
3. Reabilitação e expansão da rede sanitária;
4. Existência de parceiros nos vários domínios de conhecimentos e capacidade tecnológica demonstrada.

Pontos fracos

1. Défice de quadros qualificados em todos os níveis;
2. Falta de padronização de métodos e processos;
3. Grau deficiente de informatização nos níveis mais baixos;
4. Dificuldade de colheita e consolidação da informação.

Condicionantes ambientais

1. Fixação de quadros qualificados em nível provincial e municipal.
2. Pouca atratividade da carreira.
3. Centralização excessiva na gestão das unidades.

Pesquisa operacional

1. Diagnóstico de necessidades físicas;
2. Diagnóstico de recursos humanos na área administrativo-financeira;
3. Estudo para desenvolvimento do modelo de remuneração complementar por desempenho.

Projecto 58: Contas Nacionais de Saúde

Situação actual

As Contas Nacionais de Saúde (CNS) constituem uma ferramenta de trabalho reconhecida a nível interNacional que permite medir e fazer o seguimento da utilização de todas as despesas em saúde. As CNS descrevem os fluxos financeiros de um sistema de saúde e, entre outras questões relacionadas com o financiamento do sistema de saúde, procuram responder às seguintes perguntas: (i) Quais são os financiadores da função saúde? (ii) Qual é o valor total das despesas em saúde? (iii) Onde vão os fundos para a saúde? (iv) Qual é a distribuição dos fundos entre os prestadores de serviços e que prestações são disponibilizadas? (v) e quem beneficia desta divisão das despesas em saúde?

No âmbito da alocação de recursos financeiros e através da monitoria do fluxo, as CNS permitem definir melhor as áreas que devem merecer a devida atenção, visando combater as assimetrias quer seja entre distintas regiões geográficas como entre os vários níveis de atendimento. Procura-se assim equilibrar a distribuição a favor dos cuidados primários de saúde, para assegurar uma cobertura universal.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda a institucionalização das CNS, através da recolha sistemática e permanente dos fluxos de recursos financeiros que são dedicados aos sistemas de saúde, em cumprimento do ponto 11, da resolução WHA.64.9 da Assembleia Mundial da Saúde²³. Esta resolução, exorta os estados membros a estabelecer e fortalecer a capacidade institucional, a fim de produzir evidências a nível Nacional que suportem a adopção de políticas eficazes e a tomada de decisões sobre a cobertura universal de sistemas de saúde, incluindo a monitorar os fluxos de despesas em saúde por meio da implementação de estruturas contabilístico padrão.

A existência de recolha permanente de dados contabilísticos das despesas de saúde, permite reduzir os custos com a realização de inquéritos. Todavia, isso implica a disponibilidade de modelos de recolha de dados estatísticos apropriados e a existência de contabilidades bem organizadas a nível de todas as unidades, tanto públicas como privadas, que oferecem bens, serviços e cuidados de saúde.

As primeiras CNS, em Angola incidiram o período de 2006 a 2008. Estas, permitiram aferir o fluxo de financiamento da saúde em Angola bem como avaliar a contribuição de cada actor do financiamento do

²³ OMS: WHA 64.9, Resolution on health financing, *Sustainable health financing structures and universal coverage*, World Health Assembly, Tenth plenary meeting, 24 May 2011 – Committee A, fourth report, Geneva 2011.

sistema de saúde em Angola, principalmente a dos agregados familiares que atingiu um nível preocupante de cerca de 22% das despesas totais em saúde, tendo em conta o carácter tendencialmente gratuito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Angola.

Seguindo o modelo utilizado para a elaboração das primeiras CNS em Angola, está prevista, para o período de 2009 a 2012, a realização de um estudo idêntico.

O Ministério das Finanças está suficientemente bem organizado e recolhe mensal, trimestral, semestral e anualmente os dados contabilísticos de todas as unidades orçamentadas, estando assim facilitado o conhecimento do fluxo financeiro das unidades dependente do OGE. Porém, com vista a prestação de contas e a realização das CNS, é imperioso que o Ministério da Saúde faça a compilação de rotina dessa informação.

Quanto às empresas privadas da área da saúde, devido a debilidade da organização contabilística, é necessário advogar o desenvolvimento de uma cultura contabilística nestas organizações.

Actualmente não existem normas ou instrumentos legais que regulam a prática da elaboração das CNS. Contudo, como instrumento de monitorização do fluxo financeiro destinado ao sistema de saúde, as CNS enquadram-se (i) nas Contas Gerais do Estado no que concerne as despesas públicas do Orçamento Geral do Estado (OGE) da função saúde bem como com os objectivos e metas dos respectivos planos nacionais; (ii) ao nível da Lei Geral do Trabalho relativamente as obrigações das empresas à saúde dos seus trabalhadores e de despesas das entidades públicas ou privados, não financiados através do OGE, dedicadas à produção de bens, serviços e cuidados de saúde; (iii) na obrigatoriedade das instituições privadas de saúde de prestar os abonamentos estatísticos que lhes forem solicitados ao abrigo do artigo 42 do decreto nº 48/92 de 11 de Setembro²⁴; (iv) na obrigatoriedade de registo das empresas junto do Instituto Nacional de Estatística (INE); (v) no cumprimento das normas para o licenciamento das actividades comerciais junto das entidades competentes; e (vi) nas pertinentes resoluções da Assembleia Mundial da Saúde em geral e em particular a WHA64.9.

Durante a implementação do PNDS deve-se realizar acções para a institucionalização das CNS, a criação de bases legais e modelos de suporte ao seu funcionamento. No quadro da reforma do sistema de saúde deve-se incentivar e reformular a legislação sobre a obrigatoriedade de prestação da informação estatística da

²⁴ Conselho de Ministros: Decreto nº 48/92, *Aprova o Regulamento das instituições privadas de assistência Médico-Sanitária*, Diário da República nº 37, 1ª Serie, de 24 de Setembro, Luanda

saúde, incluindo a vertente financeira e contabilística para todos, público ou privado, os produtores de bens de saúde e prestadores de serviços e cuidados de saúde, ao órgão reitor do sistema de saúde, o Ministério da saúde conforme previsto no projecto de sistema de informação sanitária (SIS).

Estratégias operacionais

1. Advocacia para a criação de uma Comissão Multisectorial das CNS;
2. Sensibilização e formação para a adopção da cultura de contabilizar as despesas em saúde;
3. Conhecimento e divulgação das CNS.
4. Criação das bases legais para a institucionalização das CNS;
5. Formação de quadros para a prestação de informação contabilística no Sistema de Saúde.

Metas

1. Até 2014, criar a Comissão Multisectorial para as CNS;
2. Até 2014, elaborar as Contas Nacionais de Saúde para o período de 2009 – 2012;
3. Até 2014, advogar para a revisão do decreto 48/92 de no que diz respeito a informação estatística;
4. Até 2014, elaborar e submeter para aprovação um diploma legal que institucionaliza as CNS;
5. A partir de 2015, realizar anualmente, seminários de sensibilização e de formação sobre os conceitos das Contas Nacionais de Saúde;
6. A partir de 2015, ter integrado informação sobre as CNS no Sistema de Informação e Gestão Sanitária do Serviço Nacional de Saúde;
7. A partir de 2016, realizar as CNS anualmente;
8. Até 2017, formar os pontos focais para a informação estatística sobre contabilidade nas 18 Províncias e nos órgãos centrais de administração do Estado.

Actividades e intervenções

1. Advogar para a criação de uma Comissão Multisectorial para as Contas Nacionais de Saúde e dos instrumentos legais necessários;
2. Elaborar as CNS para o período de 2009-2012, e com periodicidade anual a partir de 2013;
3. Elaborar e submeter para aprovação um diploma legal que institucionaliza as CNS;
4. Sensibilizar os principais actores do sistema de saúde sobre os conceitos das CNS;
5. Formar os principais actores do sistema de saúde sobre os conceitos das CNS;
6. Formar os pontos focais para institucionalização das Contas Nacionais de Saúde;
7. Advogar para a introdução da recolha de dados financeiros no Sistema de Informação Sanitária;

8. Contribuir para a digitalização do sistema de informação financeira e contabilística.
9. Publicar e divulgar os relatórios sobre as CNS.

Resultados esperados

1. CNS conhecidas para cada período em análise, a contribuir para a sustentabilidade do sistema de saúde e para o Atlas Mundial sobre as despesas em Saúde.
2. Contas Nacionais de Saúde de 2006 – 2008 publicadas e divulgadas;
3. Diploma legal e modelos estatísticos de prestação de informação contabilística aprovados e publicados;
4. Institucionalizadas as CNS nas unidades sanitárias públicas, privadas, incluindo a medicina tradicional;
5. Relatórios anuais produzidos sobre as despesas em saúde.

Organismos e instituições responsáveis pela execução

1. Organismos de execução: GEPE e Secretaria-Geral;
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde: Direcções Nacionais e Institutos Públicos, DPS, RMS, Unidades Sanitárias;
3. Parceiros nacionais: MINFIN, MINPD, MAT, MTTI, Ministério da Economia, INE, Ordens, Associações e sindicatos dos profissionais de Saúde; Universidades e Institutos de formação; Representantes do sector privado e da medicina tradicional, sociedade civil;
4. Parceiros internacionais: OMS; Outras Agências das Nações Unidas; Parceiros da Cooperação bi e multilateral (USAID, EU, França, Banco Mundial).

Indicadores de avaliação

1. Número de relatórios de Contas Nacionais de Saúde produzidos e divulgados;
2. Número de seminários de sensibilização e formação realizados;
3. Número de pontos focais das Contas Nacionais de Saúde operacionais nos sectores público, privados, incluindo a medicina tradicional;
4. Número de relatórios compilados e produzidos sobre as despesas anuais em saúde.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios anuais;
2. Relatórios periódicos de desempenho;
3. Reuniões da Comissão Multisectorial das Contas Nacionais de Saúde;
4. Reuniões de Consenso sobre os relatórios de informação contabilista e sobre os relatórios das Contas Nacionais de Saúde;
5. Auditoria externa.

Sustentabilidade: Pontos fortes e fracos

Pontos fortes

1. Vontade política de assegurar uma gestão eficiente e transparente, manifestada na Política Nacional de Saúde e pela Direcção do MINSA;
2. Necessidade de assegurar a sustentabilidade financeira do sistema de saúde preservando a cobertura universal, a qualidade e a equidade;
3. Necessidade de demonstrar o empenho do Executivo com a saúde da população;
4. Experiência adquirida na elaboração das primeiras Contas Nacionais de Saúde;
5. Esforço para implementação de um sistema de informação sanitária que integra a informação financeira e contabilística

Pontos fracos

1. Fraca cultura de prestação de contas, sobretudo financeira;
2. Mentalidade de não se preocupar com os custos (*O facto de ser “gratuito” significa por muito que não custa nada, enquanto que esquecem que é dinheiro deles que esta em causa!*);
3. Debilidades do sistema de informação de saúde;
4. Fragilidades do quadro legal da prestação de contas financeira do sistema de saúde;
5. Fraco empenho e participação dos órgãos nacionais, incluindo as instituições de formação, nas primeiras Contas Nacionais de Saúde;
6. Baixo nível de informatização da informação contabilística a quase todos os níveis do sistema de saúde.
7. Fundos para a realização das primeiras CNS provenientes principalmente de parceiros internacionais.

Condicionantes ambientais

1. Resistência para a prestação de contas sobre a situação financeira tem sido o maior obstáculo a realização harmoniosa das Contas Nacionais de Saúde;
2. Falta de informação sobre o propósito das Contas Nacionais de Saúde;
3. Falta de organização contabilísticas das empresas privadas;
4. Falta de disponibilidade financeira específica no OGE para esta actividade de rotina de recolha de informação.

Pesquisa operacional

1. Realizar inquéritos das Contas Nacionais de Saúde juntos das fontes de financiamento, agentes de financiamento e dos prestadores de bens, serviços e cuidados de saúde para os períodos de 2009 a 2012, de 2013 a 2017 e de 2017 a 2022, até completar o ciclo até 2025.

BIBLIOGRAFIA

- Decreto Presidencial Lei nº21B/92 de 28 de Agosto -Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde
- Constituição da República de Angola-DR, I Série-Nº 23 de 5 de Fevereiro de 2010
- Republica de Angola- Ministério do Planeamento, “Angola 2025, Um País de Futuro”: Estratégia de desenvolvimento a longo Prazo Angola 2025
- Despacho Ministerial de Março de 2000 – comité de ética do Ministério da Saúde
- Decreto Presidencial nº 262/10 de 24 de novembro - Política Nacional de Saúde
- Decreto Presidencial nº 34/11 de 14 de fevereiro – Estatuto orgânico do Ministério da Saúde
- Declaração de Argel sobre a investigação em saúde na região africana. Argel, conferência ministerial de 26 de Junho de 2008.
- Decreto Presidencial nº54/03 de 5 de Agosto- Regulamento das Unidades Sanitárias
- Decreto Presidencial nº260/10 de 19 de Novembro- Regulamento de Gestão Hospitalar
- Decreto Presidencial nº14/06 de 19 de Maio- Condições de Instalação e Funcionamento dos Lares de Assistência a Pessoa Idosa.
- Decreto Presidencial nº13/06 de 17 de Maio-Regulamento das Condições de Instalação e Funcionamento dos Centros de Dia de Assistência à Pessoa Idosa e Portadora de Deficiência.
- Decreto Presidencial nº 01/03 de 21 de Janeiro - subsídio de isolamento e fixação na periferia.
- Decreto Presidencial nº 12/03 08 de Abril - incentivos atribuídos ao pessoal em regime de destacamento e transferência.
- Decreto 25/94, de 1 de Julho -Avaliação de desempenho dos recursos humanos.
- Os instrumentos da gestão da Formação DNRH/MINSA 2007.
- Decreto nº 39-G/92 de 28 de Agosto- Regulamento do Regime Especial de Carreiras Médicas, do Serviço Nacional de saúde.
- Decreto nº 15/04, de 28 de Maio, Do Conselho Nacional de especialização Pós – Graduada em Ciências Médicas.
- Despacho nº 161/GAB.MIN/2011, Abertura do Internato Complementar Médico;
- Decreto Presidencial nº 177/04, de 31 de maio de 2004 - regulamento sobre o Internato Complementar Médico;
- Decreto Presidencial 33/91 de 26 de Julho -Trabalhadores da Administração Pública.
- Decreto Presidencial nº39- G/92 de 28 de Agosto - Carreiras Profissionais: Carreira Médica.
- Decreto nº 16/97 de 27 de Março- Carreira de Técnico e Diagnóstico e Terapêutica.
- Decreto Presidencial 254/10 de 17 de Novembro, Carreira de Enfermagem.
- Decreto Presidencial nº 54/03 de 5 de Agosto- Regulamento das Unidades Sanitárias do SNS.
- Decreto Presidencial nº 260/10 de 19 de Novembro- Regime Jurídico de Gestão Hospitalar.
- Decreto Presidencial nº34-B/92, de 17 de Julho- Regulamento do Exercício da Medicina Privada.
- Resolução nº 27/94 de 28 de Agosto - Funcionários Públicos.
- Ministério da Saúde, Regulamento da Formação Permanente em Saúde
- Lei nº 17/90 de 20 de Outubro – Princípios a observar pela Administração Pública.
- Decreto Presidencial nº 18/10 de 18 de Agosto – Política Nacional Farmacêutica.
- World Health Organization. How to develop and implement a national drug policy. 2nd Ed. Updates and replaces: Guidelines for developing national drug policies, 1988.
- Decreto Presidencial n.º 260/10 de 19 de Novembro-Regime jurídico da Gestão Hospitalar.
- Decreto Presidencial n.º 191/10 de 1 Setembro-Regulamento do Exercício das Actividades Farmacêuticas.
- Decreto n.º 79/07 de 16 de Novembro -Estatuto Orgânico da Autoridade Reguladora da Energia Atómica.
- Decreto Presidencial n.º 180/10 de 18 de Agosto-Bases Gerais da Política Nacional Farmacêutica.
- Decreto Executivo n.º 20/10 de 7 de Setembro-Contratação pública.
- Decreto Executivo n.º 62/11 de 14 de Abril- Regulamento sobre Biossegurança.
- Decreto Executivo n.º2/11 de 28 de Junho-Organização dos Processos Clínicos.
- Decreto n.º 48/92 de 11 de Setembro - Licenciamento de unidades sanitárias privadas.
- Decreto Presidencial 102/11 de 20 de Outubro – Obrigatoriedade de realização de concursos para ingresso na função pública e acesso nas carreiras da Administração Pública.
- Decreto Presidencial 104/11 de 23 de Maio – Condições e procedimentos de elaboração, gestão e controlo dos quadros de pessoal da Administração Pública, bem como o planeamento.
- World Health Organization (Organização Mundial da Saúde). National Health Accounts, 2011.
- UNICEF. Tracking Progress on Child and Maternal Undernutrition. New York, NY: UNICEF, Luanda-Angola, 2009.
- Ministério da Saúde, Relatório do Inquérito Alimentar em Angola. Luanda, 2007.
- Ministério do Planeamento, Instituto Nacional de Estatística *Multiple Indicator Cluster Survey-2*. Angola, 2001.
- Ministério do Planeamento, Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Integrado Sobre o Bem-Estar da População (IBEP) 2008-2009: Principais Resultados Grelha de Indicadores, Angola, 2010.
- Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde, Angola. Luanda, 2010.

- Conselho Nacional da Criança. O Conselho Nacional da Crianças e os 11 Compromissos com as Crianças, Angola. Luanda, 2008.
- Ministério da Agricultura, Estratégia Nacional para a Nutrição e Segurança Alimentar, Angola. Luanda, 2009.
- Ministério da Saúde, Pacote de equipamentos das unidades sanitárias. Departamento de Planeamento do GEPE. Angola. Luanda, 2012 (*Rascunho*).
- World Health Organization (Organização Mundial da Saúde). Regulamento Sanitário InterNacional, 2005.
- Regulamento Sanitário da República Popular de Angola, Diário da República, Junho 1986. Comissão Multisectorial coordenada pelo Ministério da Saúde, 2011
- Declaração de Maputo sobre o Fortalecimento de Sistemas Laboratoriais
- Sociedade Africana de Medicina Laboratorial (ASLM)
- Organização Mundial de Saúde /AFRO – Criação de Centros de Excelência e Laboratórioa Supra-nacionais. (AFR/RC59/R4 9/2009).
- Organização Mundial de Saúde/AFRO-Fortalecimento dos Laboratórios de Saúde Pública. (AFR/RC58/R2,09/2008),(vii) MINSA – Proposta de Revitalização dos Serviços de Laboratório Do Sistema Nacional de Saúde,
- Ministério da Saúde – Plano Estratégico para os Serviços de Laboratório do VIH/SIDA, 2005-2010.
- Organização Mundial de Saúde/ Centro de Prevenção e Control de Doenças/ Atlanta – Guia para o Desenvolvimento de Planos Estratégicos Nacionais de Laboratório.
- Decreto Presidencial nº 191/10-Regulamento do Exercício da Actividade Farmacêutica.
- Política Nacional de Medicina Tradicional e Práticas Complementares (em fase de aprovação)
- Decreto Presidencial nº 34/11-Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde
- Estratégia Regional e Plano de Acção da OMS sobre a Medicina Tradicional 2001-2010.
- Decreto Presidencial nº54/03-Regulamento Geral das Unidades Sanitárias.
- Decreto-Lei 2/07 sobre a organização e actividade administrativa do Estado a nível local, que ilustra a desconcentração de poderes para as Províncias e os Municípios.
- República de Angola, Política Nacional de Saúde, Por uma vida saudável para todos, versão 3 de Maio, texto aprovado pelo Conselhos dos Ministros, Luanda, Agosto 2010.
- República de Angola, Ministério da Saúde, GEPE, Plano Estratégico (PESIS) do SIS 2011-2015, terceiro rascunho, Luanda, Maio 2011.
- Ministério da Saúde -GEPE, Relatório de Avaliação Nacional do Sistema de Informação da Saúde (SIS), Dezembro 2009 – Março 2010, versão final, com o apoio da OMS e da EU, Luanda, Junho 2010.
- Decreto Executivo nº 39/89 de 13 de Setembro – Regulamento do Gabinete do Plano do Ministério da Saúde.
- Lei 5/87 de 23 de Fevereiro aprova o regulamento sanitário da Republica de Angola, em que se observa ausência de regulamentação funcionamento das infra-estruturas sanitárias do primeiro nível e que determinava as 27 doenças sob vigilância epidemiológica e de notificação obrigatória.
- Relatório económico do Centro de Estudos e Investigação Científica da Universidade Católica de Angola, em 2010.
- Ministério da Saúde, Inquérito Nutricional de 2007.
- Decreto-Lei nº 2/07, de 3 de Janeiro – Atribuições e o regime jurídico de organização e funcionamento dos governos provinciais, administrações municipais e comunais.
- Global Harmonization Task Force, Grupo de estudo 1 Projecto de trabalho SG1/N029R7.
- Organização Mundial da Saúde, Nota Descritiva Número 346 de Setembro de 2010, 1º Fórum Mundial sobre dispositivos médicos na Tailândia.
- Resolução WH60.29 da OMS, do recordatório da OMS sobre dispositivos médicos seguros, do “Development of Medical Device Police”
- Documentos elaborados pela GHTF (Grupo de Trabalho para a Harmonização Global)
- Directivas das certificações de conformidade ISO (ISO 13485:2003 e ISO 9001:2000)
- Ministério da Saúde, Anteprojecto do Regulamento do exercício da actividade de análises clínicas
- Ministério da Saúde, Banco Mundial & Total Angola, Projecto de reforço dos serviços Municipais de saúde, Angola 2010.
- Ministério da Saúde, Primeiro Relatório das Contas Nacionais de Saúde, (Relatório Provisório) 2006-2008.
- Ministério da Saúde, Programa Executivo do Sector da Saúde (PESS), 2012-2017.
- Ministério das Finanças, Resumo da Despesa do Órgão por Programa para o exercício 2012, 2011.
- Universidade Católica de Angola, Centro de estudos e investigação científica, Relatório Economico 2010, 2011.
- Armindo José Queza, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. Sistema de Saúde em Angola: Uma Proposta a Luz da Reforma de Serviço Nacional de Saúde em Portugal, Mestrado Integrado em Medicina, 2009-2010.
- Ministério da Saúde Publica, Republica da Guine Bissau, Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário II, 2008-2017.
- Ministério da Saúde, Republica de Cabo Verde, Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, 2008-2011.
- Ministério da Saúde, Sistema Nacional de Saúde a Nível Municipal, 2010.
- Ministério da Saúde-DNSP, Revitalização dos Cuidados e Serviços de Saúde, 2007.
- Ministério da Saúde-DNSP, Plano Nacional de Redução acelerada da Mortalidade Materna Infantil, 2009-2012.
- Ministério da Saúde-DNSP, Roteiro Redução Acelerada da Mortalidade Materna e Neonatal, 2009-2012.
- Ministério da Saúde, INLS, Plano Estratégico Nacional do VIH e SIDA, 2011-2015.

- Ministério da Saúde, DNSP, Plano Estratégico Nacional da Tuberculose, 2005-2012.
- Ministério da Saúde, DNSP, Plano Estratégico Nacional das Doenças Negligenciadas, 2012-2017.
- Ministério da Saúde, DNSP, Plano Estratégico Nacional da Malaria, 2010-2015.
- Ministério da Saúde, DNSP, Plano de Segurança dos Produtos de Saúde Reprodutiva, 2010-2015
- Ministério da Saúde, DNSP, Plano Estratégico Plurianual, 2011-2015.
- Ministério da Saúde, DNSP, Plano Estratégico Nacional de Vigilância Integrada de Doenças e Respostas, 2006-2011.
- Ministério da Agricultura, Pescas e Desenvolvimento Rural- Ministério da Saúde, Plano de Contingência da Raiva, 2008.
- Ministério da Saúde, Plano de Contingência da Cólera, 2006.
- Ministério da Saúde-GEPE, Mapa Sanitário Nacional, 2011.
- Despacho nº 161/GAB.MIN/2011, Regulamento Sobre o Internato Complementar Médico.
- Ministério da Saúde, Inquérito de Indicadores Múltiplos da Malaria, 2011
- Ministério da Saúde, Inquérito dos Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência, 2007.
- Ministério da Saúde, Relatórios Anuais do MINSÁ, 2008, 2009, 2010, 2011.
- Ministério da Saúde, Relatórios Anuais da DNSP, 2008, 2009, 2010, 2011.
- Ministério da Saúde-INLS Relatório sobre Progresso do País para dar seguimento aos Compromissos de Sessão Especial sobre o VIH e SIDA da Assembleia Geral das Nações Unidas, 2010-2011.
- Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, République Islamique de Mauritanie : Plan Stratégique de Développement des Ressources Humaines, 2006-2015.
- Global Harmonization Task Force, Grupo de estudo 1, Projecto de trabalho SG1/N029R7.
- Lei nº 01/07 de 14 de Maio, Lei das Actividades Comerciais.
- Plano Estratégico de Combate às Drogas, SICAD, Serviços de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, Portugal 2013-2015.
- Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicodependências, Portugal 2009-2012.
- Margarida Soares e Paula Caetano (CAT da Parede), *Manual de Prevenção do Uso de Drogas para Mediadores*, Associação Humanidades, Avenida Brasil 53, Edifício 14, Lisboa, Portugal.
- OMS, *Resolution adopted by the General Assembly on 19 December 2011 [on the report of the Third Committee (A/66/464)] 66/183. International Cooperation against the world drug problem.*
- Programa do Governo, *Combate às Drogas 2012-2017.*
- Organização InterNacional do Trabalho (OIT), *Problemas ligados ao Álcool e as Drogas no Local de Trabalho*, Autoridade Para as Condições de Trabalho (ACT), Genebra 2003.
- Alfred Brumstein, *Youth violence, Gums and the illicit drug Industry Journal of criminal law and criminology*, Vol 86 n.1 Northwestern University, School of Law 1995 - Volume 27, Issue 4, August 2004, Pages 429-440.
- Trends in adolescent alcohol and other drug use: findings from three sentinel sites in South Africa (1997-2001).
- Ira J. Chasnoff, MD. Harvey J. Landress, A.C.S.W., and Mark E. Barrett, PH.D., *The Prevalence of Illicit-Drug or Álcool use during Pregnancy and Discrepancies in Mandatory Reporting in Pinellas Country, Florida, USA, 1990.*
- Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira e Marcelo Ribeiro, MSc, *Drogas Ilícitas e efeitos na Saúde.*
- BARROS, FISCHER & ASSOCIADOS. Resumo: *primeiros socorros*. 3ª Edição, São Paulo, 2010, 6 p.
- KOMURA HOGA, Luiza Akiko and DE SOUZA PINTO, Cleusa Maia. *The partners presence in delivery care: The professionals experience. Invest. educ. enferm. [online].* Jan.June 2007, vol.25, no.1 [cited 10 April 2009], p.74-81. Available from World Wide Web: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012053072007000100008&lng=en&nrm=iso. ISSN 0120-5307.
- Mickey C. Smith and David Knapp, *Pharmacy, Drugs, and Medical Care* (Baltimore: Williams and Wilkins, 1972), p. 161.
- A Política do Ministério da Saúde para *Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*, 2.ª Edição Revista e ampliada, Brasília – DF 2004.
- [www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004/2006/Lei/L11343htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004/2006/Lei/L11343.htm).
- Jones, Christopher, LCDR, Division of Unintentional Injury Prevention, Centers for Disease Control and Prevention, Prescription Drug Abuse and Overdose in the United States, presented at the Prescription Drug Monitoring Programs and Third-Party Payers Meeting in Washington, DC, December 3-4, 2012.
- Centers for Disease Control (CDC), CDC Grand Rounds: Prescription Drug Overdoses — a U.S. Epidemic. *Morbidity and Mortality Weekly Reports (MMWR)* 61(10) 10-13. January 13, 2012.
- Centers for Disease Control (CDC), Policy Impact: Prescription Drug Overdoses. National Center for Injury Prevention and Control. Centers for Disease Control. November 2011.
- Drug Abuse Warning Network (DAWN) Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Center for Behavioral Health Statistics and Quality. *The DAWN Report: Highlights of the 2011 Drug Abuse Warning Network (DAWN) Findings on Drug-Related Emergency Department Visits*. Rockville, MD. February 22, 2013.

- National Survey on Drug Uses and Health (NSDUH) Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings. NSDUH Series H-44, HHS Publication No. (SMA) 12-4713. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Department of Health and Human Services (DHHS). September 2012.
- Modelo de Política Escolar, implementação da Estratégia Global da OMS para Alimentação, Actividade Física e Saúde. OMS 2008.
- Decreto nº 48/92, Aprova o Regulamento das instituições privadas de assistência Medico-Sanitária, Diário da República nº 37, 1ª Serie, de 24 de Setembro, Luanda.
- Lei N.º 38/02 de 26 de Julho do Regulamento de Assistência Médica e Medicamentosa das FAA.
- Despacho Nº 26/CEMG/FAA de 28/04/08 com o objectivo de prevenir e controlar a hipertensão arterial, e contribuir para a redução da morbilidade e mortalidade entre os efectivos militares.
- Despacho nº 27/CEMGFAA/2010 com a finalidade de prevenir e controlar a Diabetes Mellitus.
- Decreto Presidencial Nº 178/13, de 6 de Novembro que aprova o Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde.
- Lei de Uso de Energia Atómica em Angola, aprovada pela Assembleia Nacional em Junho/2007.
- Lei 5/98, de Bases do Ambiente, que determina o sistema gestão ambiental do País.
- Decreto Presidencial 51/04, de 23 de Julho sobre Avaliação de Impacte Ambiental, que obriga as todas as iniciativas e actividades com impactos ambientais a avaliarem e mitigarem os impactes.
- Decreto Presidencial 261/11 de 6 de Outubro sobre a Qualidade da Água, que determina as responsabilidades e os mecanismos de garantia da qualidade da água.
- Decreto 196/12 de 30 de Agosto aprova o Plano Estratégico de Gestão de Resíduos Urbanos (PESGRU).
- Decreto n 190/12 de 24 de Agosto aprova o Regulamento sobre Gestão de Resíduos, que estabelecem as metas e os programas para melhoria da gestão de resíduos no País
- Decreto Presidencial 194/11 de 07 de Julho, que aprova o Regulamento sobre Responsabilidade por Danos Ambientais, estabelecendo assim medidas sancionarias para os responsáveis de danos ambientais.
- Decreto executivo 57/03 actualiza o valor das infracções.
- Decreto Executivo 124/06, Regula a inspecção Pré-embarque (IPE).
- Decreto 5/06, Código aduaneiro (O novo código entra em vigor em Janeiro de 2014).
- Lei 1/07, Lei sobre as actividades Comerciais.
- Decreto 289/10, regula o comércio grossista.
- Decreto-lei 2/08, pauta Aduaneira angolana.
- Despacho 306/08, Contratação de Produtos farmacêuticos.
- Lei 20/10, Contratação pública.
- Decreto 288/10, Licenciamento da actividade Comercial.
- Lei 20/11, Lei do Investimento privado.
- Decreto Presidencial 275/11, regulamento de análises laboratoriais.
- Decreto presidencial 63/13 Isenta a IPE.
- Decreto sobre a Importação de antirretrovirais.

Ficha Técnica

Autores:

Comissão Multisectorial criada por Despacho Presidencial nº 84/11, de 27 de Outubro prorrogado a 1 de Abril de 2013:

Ministro da Saúde – Dr. José Vieira Dias Van-Dúnem (Coordenador)
Ministro das Finanças – Dr. Armando Manuel
Ministra do Planeamento e Desenvolvimento Territorial – Dr. Job Graça
Ministro do Urbanismo e Habitação - Dr. José António Da Conceição E Silva
Ministro da Construção – Eng.º Waldemar Pires Alexandre
Ministra da Justiça e dos Direitos Humanos - Dr. Rui Jorge Carneiro Mangueira
Ministro da Administração do Território - Dr. Bornito De Sousa Baltazar Diogo
Ministro da Assistência e Reinserção Social - Dr. João Baptista Kussumua
Ministro do Ensino Superior – Dr. Adão do Nascimento
Ministro da Ciência e Tecnologia – Dr.ª Maria Cândida Pereira Teixeira
Ministro das Telecomunicações e Tecnologias da Informação – Eng.º José De Carvalho Da Rocha
Ministro da Energia e Águas – Eng.º João Baptista Borges
Ministra do Ambiente – Dr.ª Maria De Fátima Monteiro Jardim
Ministro da Comunicação Social - Dr. José Luís De Matos
Ministro da Defesa Nacional – General Cândido Pereira dos Santos Van-Dúnem
Ministro do Interior - Dr. Ângelo De Barros Veiga Tavares
Ministro da Educação – Dr. Pinda Simão
Ministro da Agricultura - Eng.º. Afonso Pedro Canga

Comissão Multisectorial criada por Despacho Presidencial nº 84/11, de 27 de Outubro:

Ministro da Saúde – Dr. José Vieira Dias Van-Dúnem (Coordenador)
Ministro das Finanças – Dr. Carlos Alberto Lopes
Ministra do Planeamento – Dr.ª Ana Dias Lourenço
Ministro do Urbanismo e Construção – Eng.º Fernando Alberto de Lemos Soares da Fonseca
Ministra da Justiça – Dr.ª Guilhermina Contreiras da Costa Prata
Ministro da Administração do Território – Dr. Bornito de Sousa Baltazar Diogo
Ministro da Assistência e Reinserção Social – Dr. João Baptista Kussumua
Ministra do Ensino Superior, Ciência e Tecnologia – Dr.ª Maria Cândida Pereira Teixeira
Ministro das Telecomunicações e Tecnologias de Informação – Eng.º José Carvalho da Rocha
Ministro da Defesa – Gen. Cândido Pereira dos Santos Van-Dúnem
Ministro do Interior – Dr. Sebastião José António Martins

Grupo Técnico:

Ministério da Saúde – Dr. Carlos Alberto Maseca (Coordenador)
Ministério da Saúde – Dr.ª Evelise J. da C. Frestas (Coordenadora adjunta durante o trabalho da 1ª Comissão)

Ministério da Saúde – Dr. Abreu Pecamena Tondesso
Ministério da Saúde – Dr. Afonso Wete
Ministério da Saúde – Dr. Alberto Chungo
Ministério da Saúde – Dr. André Lamas
Ministério da Saúde – Dr. António Costa
Ministério da Saúde – Dr. Aran Palau
Ministério da Saúde – Dr. Avelino Artur
Ministério da Saúde – Dr. Belarmino João
Ministério da Saúde – Dr. Boaventura Moura
Ministério da Saúde – Dr. Celestino Teixeira
Ministério da Saúde – Dr. Daniel António
Ministério da Saúde – Dr. Eusébio Manuel
Ministério da Saúde – Dr. Eustáquio Gomes
Ministério da Saúde – Dr. Fernando Miguel
Ministério da Saúde – Dr. Filomeno Fortes
Ministério da Saúde – Dr. Garcia Quitari
Ministério da Saúde – Dr. João Francisco Domingos da Cunha
Ministério da Saúde – Dr. Josenando Theophile
Ministério da Saúde – Dr. Leonardo Inocência
Ministério da Saúde – Dr. Luís Bernardino
Ministério da Saúde – Dr. Manuel Caetano
Ministério da Saúde – Dr. Manuelino Firmo do Rosário
Ministério da Saúde – Dr. Mário Fernandes
Ministério da Saúde – Dr. Mário Quitumbo
Ministério da Saúde – Dr. Mateus Fernandes
Ministério da Saúde – Dr. Miguel Bettencourt
Ministério da Saúde – Dr. Miguel Kiassekoka
Ministério da Saúde – Dr. Miguel Oliveira
Ministério da Saúde – Dr. Mikhail Tiounine
Ministério da Saúde – Dr. Nobre Miguel
Ministério da Saúde – Dr. Paulo Van-Dúnem
Ministério da Saúde – Dr. Pedro Van-Dúnem
Ministério da Saúde – Dr. Rodrigues Leonardo
Ministério da Saúde – Dr. Simião Chili
Ministério da Saúde – Dr. Sucami André
Ministério da Saúde – Dr.^a Adelaide de Carvalho
Ministério da Saúde – Dr.^a Alda Morais
Ministério da Saúde – Dr.^a Antónia Mendes
Ministério da Saúde – Dr.^a Armanda da Conceição Silva
Ministério da Saúde – Dr.^a Brígida Santos
Ministério da Saúde – Dr.^a Conceição Palma
Ministério da Saúde – Dr.^a Constantina Furtado Machado
Ministério da Saúde – Dr.^a Deodete Machado
Ministério da Saúde – Dr.^a Dulcelina Serrano
Ministério da Saúde – Dr.^a Filomena Silva
Ministério da Saúde – Dr.^a Filomena Wilson

Ministério da Saúde – Dr.^a Jesse Hele
Ministério da Saúde – Dr.^a Joseth Rita de Sousa
Ministério da Saúde – Dr.^a Lúcia Furtado
Ministério da Saúde – Dr.^a Luzia Fernandes
Ministério da Saúde – Dr.^a Margarida Trindade
Ministério da Saúde – Dr.^a Maria Alice Suzano
Ministério da Saúde – Dr.^a Maria Futi
Ministério da Saúde – Dr.^a Maria Inês Conceição Leopoldo
Ministério da Saúde – Dr.^a Massoxi Vigário
Ministério da Saúde – Dr.^a Noélia Teixeira
Ministério da Saúde – Dr.^a Yamilla De Armas
Ordem dos Enfermeiros – Teresa Vicente
Ordem dos Médicos – Dr. Carlos Alberto Pinto de Sousa
Conselho Nacional dos Técnicos de Diagnóstico e
Terapêutica – Dr. Júlio Gomes
Clínica Girassol – Dr. António Filipe Júnior
Clínica Multiperfil – Dr. Manuel Dias dos Santos
Clínica Sagrada Esperança – Dr. Rui Pinto
Sector Privado da Saúde – Dr.^a Cláudia Cohen

Ministério da Administração do Território – Dr. Nazário Pedro Vilhena Bemba
Ministério da Administração do Território – Dr.^a Adelina Cassova
Ministério da Agricultura – Dr. Adelino Luís Rodrigues
Ministério da Agricultura – Dr. António José
Ministério da Ciência e da Tecnologia – Dr.^a Emingarda Castelbranco
Ministério da Comunicação Social – Dr. Rosário Mateus
Ministério da Construção – Dr. Adérito Mohamed
Ministério da Construção – Dr. Filomeno Herculano da Costa Saraiva
Ministério da Defesa Nacional – Brigadeiro Médico Belchior Silva
Ministério da Defesa Nacional – Coronel Médico Miguel Gaspar
Ministério da Defesa Nacional – General Aires Do Espírito Santo Africano
Ministério da Defesa Nacional – Dr. Alberto Feliciano Macaia
Ministério da Defesa Nacional - Dr. Matadi Daniel
Ministério da Educação – Dr. Abílio Tomé

Ministério da Educação – Dr. Domingos Kudibingana
Ministério da Energia e Águas – Dr. Osvaldo Gonçalves
Ministério da Energia e Águas – Dr.^a Odete Trigo
Ministério da Justiça e Direitos Humanos – Dr. Kachupe Silvano
Ministério da Justiça e dos Direitos Humanos – Dr.^a Ana Graça
Ministério das Finanças – Dr. Lusanga Miakongo
Ministério das Telecomunicações e Tecnologias da Informação – Dr.^a Gisela Inácio
Ministério do Ambiente – Dr. Nascimento Soares
Ministério do Ambiente – Dr.^a Joana Bernardo
Ministério do Ambiente – Dr.^a Kâmia Carvalho
Ministério do Ensino Superior – Dr.^a Carmen dos Santos

Ministério do Interior – Dr. António Manuel da Silva
Ministério do Planeamento e Desenvolvimento Territorial – Dr. Milton Reis
Ministério do Urbanismos e Habitação – Dr. Adriano dos Santos da Silva

Organização Mundial da Saúde – Dr. Hernando Agudelo
Fundo das Nações Unidas para a Criança – Dr. Francisco Songane
Fundo das Nações Unidas Para a População – Dr.ª Kourtoum Nacro

Secretariado Técnico do PNDS : Dr.ª Tânia Lourenço, Dr.ª Maria José Menezes, Dr.ª Helga Freitas, Dr.ª Alexandra Antunes, Dr. Christian Voumard, Dr. Adelino Manaças, Dr. Nkanga K. Guimarães.

Consultores: Dr. Andre Zida, Dr. Bill Winfrey, Dr.ª Catherine Connor, Dr.ª Lenka Tucek, Dr. Nazareno Todini, Rachel Sanders, Dr.ª Alexandra Hulme.

Titulo: Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário “Angola 2012 – 2025”

Ano: 2015

Director do Projecto: Ministro da Saúde.



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

