



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PLANO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO 2012 - 2025



Mais e Melhor Saúde.

VOLUME 1



ABRIL / 2014



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

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

Mais e Melhor Saúde.

VOLUME 1

ABRIL / 2014

Preâmbulo

José Eduardo dos Santos
PRESIDENTE DA REPÚBLICA DE ANGOLA

Apresentação

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 (PNDS), elaborado por uma Comissão Multissetorial, 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 que o País já se encontra engajado.

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 do reforço do bem-estar das populações.

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 englobam actualmente as doenças transmissíveis e as crónicas não transmissíveis, a atenção à mãe e à criança e 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 de uma relação de parceria estratégica 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 resultados para avaliação das metas e dos objectivos preconizados nos seus programas e projectos, nomeadamente no que diz respeito ao alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, em 2015, e do Programa do Executivo, em 2017. Para além disso, no termo da sua vigência, o PNDS será inevitavelmente sujeito a uma 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 os meus agradecimentos e reitero o convite para ajudarem o PNDS a cumprir a sua missão, envolvendo cada vez mais todos os actores, de modo a continuarem a congregar experiências e contributos e constituírem-se 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 cada vez mais, com eficiência e eficácia às necessidades das nossas populações, com um propósito comum e uma visão convergente, 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.....	8
Resumo	10
Estrutura do plano	18
INTRODUÇÃO.....	20
Contexto socioeconómico e demográfico	21
Perfil sanitário do País	26
Doenças transmissíveis.....	27
Doenças crónicas não transmissíveis.....	31
Infra-Estruturas.....	32
Sector farmacêutico.....	33
Dispositivos Médicos	33
Recursos humanos em saúde	33
Financiamento do Sistema Nacional de Saúde.....	34
Enquadramento do PNDS 2025	35
Estratégia de Desenvolvimento a longo prazo Angola 2025	36
Política Nacional de Saúde.....	37
As grandes linhas da reforma do Sistema Nacional de Saúde.....	38
Sistema e Serviço Nacional de Saúde	39
O Subsistema de Saúde Privado	41
O Serviço de Saúde das Forças Armadas Angolanas	43
O Serviço de Saúde do Ministério do Interior	49
ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS DO PNDS 2012-2025	54
Visão a longo prazo do desenvolvimento da saúde	54
Princípios orientadores do PNDS 2012-2025.....	56
Prioridades.....	57
Objectivos do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025	58
Metas	60
Estratégias.....	61
DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE	62
PARCERIAS PARA O DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO E O PNDS	69

PRINCIPAIS PROGRAMAS DO PNDS 2025	71
Programa de Prevenção e Luta Contra as Doenças	72
Programa de Prestação de Cuidados Primários e Assistência Hospitalar	76
Programa de Gestão e Desenvolvimento dos Recursos Humanos	81
Programa de desenvolvimento da investigação em saúde	84
Programa de Gestão e Ampliação da Rede Sanitária	86
Programa de gestão, aprovisionamento e logística, desenvolvimento do sector farmacêutico e dos dispositivos médicos	90
Programa de Desenvolvimento do Sistema de Informação e Gestão Sanitária	94
Programa de Desenvolvimento do Quadro Institucional	97
Programa de financiamento e sustentabilidade financeira do sistema nacional de saúde	100
QUADRO GERAL DE EXECUÇÃO	105
MECANISMOS DE LIDERANÇA, EXECUÇÃO, SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO	106
Liderança e Governança	106
Implementação e coordenação a nível central	107
Implementação e coordenação a nível provincial	108
Implementação e coordenação a nível municipal	108
Monitorização e Avaliação	109
BIBLIOGRAFIA	111

Abreviaturas

CPS	Cuidados Primários de Saúde
DCNT	Doenças Crónicas Não Transmissíveis
DMS	Direcção Municipal de Saúde
DNME	Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos
DNRH	Direcção Nacional de Recursos Humanos
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DPS	Direcção Provincial da Saúde
GEPE	Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística
IBEP	Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População
ICCT	Instituto de Controlo e Combate à Tripanossomiase
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IGS	Inspeção Geral de Saúde
INEMA	Instituto Nacional de Emergências Médicas de Angola
INLS	Instituto Nacional de Luta contra a Sida
INSP	Instituto Nacional de Saúde Pública
IRA	Infecções Respiratórias Agudas
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
LNME	Lista Nacional de Medicamentos Essenciais
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OGE	Orçamento Geral do Estado
ONGs	Organizações Não-Governamentais
PIB	Produto Interno Bruto
PMDS	Plano Municipal de Desenvolvimento Sanitário
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNF	Política Nacional Farmacêutica
PNS	Política Nacional de Saúde
PPDS	Plano Provincial de Desenvolvimento Sanitário

RMS	Repartição Municipal de Saúde
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIS	Sistema de Informação Sanitária
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SSFAA	Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas
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:

- 1. 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.

2. **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.
3. **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.
4. **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.
5. **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.
6. **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.

7. **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.
8. **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.
9. **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 13 triliões (US\$ 92 bilhões) para o período 2013-2025, equivalente a AOA 1 trilião (US\$ 7.7 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 2.2 trilhões (US\$ 19 bilhões), 59% mais alto em comparação com o orçamento alocado para o sector saúde em 2013. O PNDS visa aumentar as despesas da saúde per capita para \$275 em 2018 e \$500 em 2025, com base na demografia projectada equiparando-se a países como a Roménia (US\$500), Bulgária (US\$522), Venezuela (US\$555), México (US\$620) e Africa do Sul (US\$689) (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.

INTRODUÇÃO

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 é um documento orientador para a implementação da *Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo “Angola -2025”* e da *Política Nacional de Saúde*, transformando estas em acções e intervenções concretas, a serem executadas e monitorizadas em períodos sucessivos durante a sua vigência.

Trata-se de um instrumento operacional, integrador, para a inter-relação entre as necessidades, as intervenções e os recursos disponíveis ou mobilizáveis, multiplicando as oportunidades e racionalizando os recursos, promovendo sinergias 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 orienta a 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 a efectividade, bem como a qualidade das respostas do SNS; (iv) Participar na transformação dos determinantes sociais da saúde e promover as parcerias nacionais e internacionais, em prol da redução da mortalidade materna e infantil e do reforço dos programas de combate às grandes endemias e doenças não transmissíveis, (v) Acompanhar e avaliar a implementação do PNDS, incluindo o desempenho do sector através do SIS e de estudos apropriados.

O PNDS será um elo de ligação, servindo, por um lado, para a coordenação das actividades no terreno e a prestação de cuidados e, por outro, para a promoção do desenvolvimento harmonioso dos recursos e serviços, bem como a materialização de políticas sectoriais e uma distribuição eficiente dos recursos humanos e financeiros.

Contexto socioeconómico e demográfico

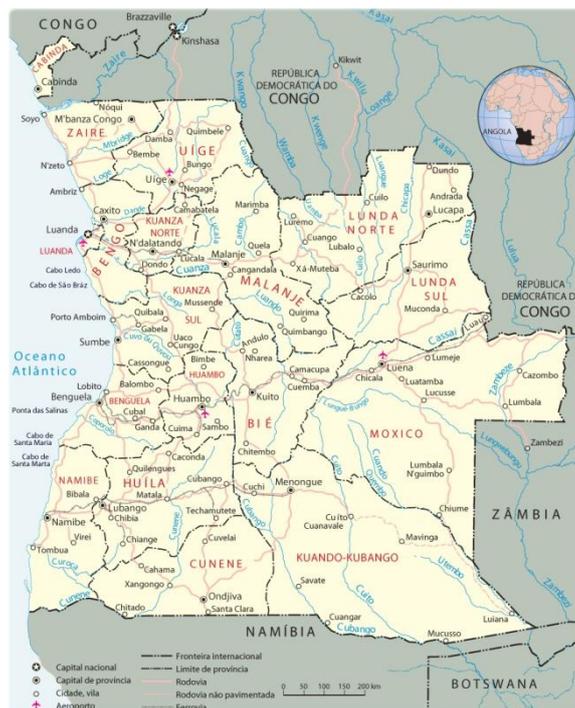
A República de Angola situa-se na região ocidental da África Austral, com uma superfície de 1.246.700 km². A oeste possui a costa atlântica com 1.650 Km de comprimento. Tem também uma extensa fronteira terrestre de 4.837 Km que a limita, a norte, com a República do Congo e a República Democrática do Congo, a leste, com a República Democrática do Congo e a República da Zâmbia e, a sul, com a República da Namíbia.

O País é constituído por 18 Províncias, 166 Municípios e 530 Comunas. No quadro político-administrativo e com o processo de desconcentração e descentralização, o Município tornou-se na Unidade de administração e gestão administrativa.

O clima contempla duas estações: a estação das chuvas, período mais quente, que ocorre entre Setembro e Maio, e a estação do Cacimbo ou Seca, que é menos quente e que ocorre entre Maio e Setembro. Em média, as temperaturas do País variam entre, 17°C, a mínima, e 27°C, a máxima.

Angola tem uma população estimada em 18,5 milhões de habitantes.¹ O aumento gradual da mesma deve-se não só ao crescimento natural da população (estimado em cerca de 3,1% por ano), mas também ao constante regresso de angolanos, outrora refugiados nos países vizinhos, bem como o aumento da esperança de vida. A distribuição por género aponta para uma população composta por 48% de homens e 52% de mulheres. Maioritariamente, 55%² da população encontra-se concentrada nas áreas urbanas e apenas 45% vive nas áreas rurais. A concentração das pessoas nas cidades, resulta em parte da migração (20%) em busca de segurança e de melhores oportunidades económicas.

A distribuição etária apresenta uma população essencialmente jovem, havendo cerca de 48% da população abaixo dos 15 anos de idade, 49% entre os 15 e os 64 anos e apenas 3% têm idade acima dos 64 anos.



¹ INE, 2010

A população infantil (abaixo dos cinco anos de idade) constitui 20% da população total. A população com menos de 15 anos de idade, é de cerca de 47% e 49% nas zonas urbanas e rurais, respectivamente. As crianças com menos de um ano de idade (8%), estão distribuídas de igual forma entre as áreas rurais e urbanas. As mulheres em idade reprodutiva, compreendida entre 15 e 49 anos, constituem 44% do universo feminino e apresentam uma taxa de fecundidade elevada, estimada actualmente em 6,4 nascimentos por mulher. O tamanho médio dos agregados familiares é de cinco pessoas. A maioria dos agregados familiares é chefiada por homens, sendo apenas um em cada cinco dos mesmos liderado por uma mulher. Este padrão demográfico tem implicações em termos da procura de serviços sociais, particularmente a saúde e a educação, bem como na criação de oportunidades de emprego, considerando que menos de 50% desta população é economicamente activa. A esperança média de vida à nascença em Angola estima-se actualmente em 52 anos, sendo 51 para os homens e 53 para as mulheres³.

Nos últimos dez anos a economia de Angola registou um rápido crescimento económico⁴. O petróleo e seus derivados, continuam a predominar nas exportações (95%) e no PIB (47%), seguidos da Agricultura e Pescas (9%) e da indústria manufacturadora (5%). O PIB por habitante passou de US\$ 871,40, em 2003, para US\$ 4.266,80, em 2010.

Apesar da dependência do sector petrolífero, o país regista uma notável estabilidade e performance macroeconómica, que se reflecte na estabilidade da moeda nacional, de entre outros indicadores. Com efeito, a taxa de inflação passou de 45,3% em 2004, para 14,5% em 2010.

O sistema ferroviário de Angola é constituído por cinco eixos que ligam o litoral ao interior. A reabilitação do sistema ferroviário, ainda em curso, teve início em 2005. O Aeroporto 4 de Fevereiro, situado em Luanda, é o centro de linhas aéreas que ligam o país ao resto do mundo. Angola dispõe de uma rede de 18 aeroportos e 12 aeródromos. Um novo aeroporto internacional, com uma capacidade de um milhão de passageiros/ano, está em construção em Icolo e Bengo, há cerca de 45 quilómetros do centro de Luanda. O novo aeroporto deverá entrar em funcionamento em 2015.

O Porto de Luanda, o mais importante do país, tem uma extensão de 2.738 metros de cais e quatro terminais, enquanto os portos do Lobito e do Namibe têm uma grande capacidade que, por razões conjunturais, não são ainda devidamente aproveitadas.

³ Relatório Anual de Estatística 2012, OMS.

O transporte terrestre pode ser feito através dos 51.429 km de estradas, das quais 5.349 km são asfaltadas. Estão em reabilitação troços fundamentais que ligam as diferentes províncias e municípios.

No contexto do País, a língua e a religião merecem uma atenção particular, como potenciais veículos na comunicação para a mudança de comportamentos, em prol da promoção da saúde e do bem-estar em geral.

O português é a língua oficial, sendo falado por perto de 83% da população angolana, maioritariamente nas áreas urbanas. Constata-se que em províncias como Bié, Cunene, Moxico, Zaire, Lunda Sul e Kuando Kubango, mais de metade da população não fala português. O Umbundo é uma língua encontrada nas 18 províncias. O Kimbundu é a segunda língua nacional mais falada, mas está mais limitada no espaço. O Chokwe, o Kikongo e o Nhaneca também apresentam níveis de incidência geográfica relativamente altos. Tendo Angola uma população predominantemente jovem, não é surpreendente que a população que mais se identifica com o português, esteja maioritariamente abaixo dos 30 anos de idade. A proporção da população que identifica as línguas nacionais como língua materna, é significativamente inferior à que se identifica com o português.

O padrão histórico de predominância da religião católica prevalece. Cerca de 50% da população identifica-se como católica e 33% como protestante, não obstante a maior parte da população seguir o animismo.

Quanto à alfabetização e educação, as estatísticas⁵ revelam que mais de 76% de famílias no meio urbano e 55% no meio rural, têm acesso à escola num raio de 2 km da sua residência. Cerca de 29 % das crianças têm de percorrer, diariamente, mais de 2km para frequentar a escola. Em geral, 34% da população angolana ainda é analfabeta. No meio rural, essa proporção atinge mais de 70% da população, o dobro do que se regista no meio urbano.

No que concerne à escolaridade,³ a taxa de frequência líquida no ensino é de 76% a nível nacional. As raparigas entram na escola com idade correcta (55%) e em maior percentagem do que os rapazes (49%), o que contribui para uma incidência maior de escolaridade primária entre as meninas. Consequentemente, 62% das mulheres completam o ensino primário, comparativamente aos 50% dos homens. Esta tendência inverte-se a seguir, com uma diferença de 7% a favor dos homens, no 1º Ciclo.

Em relação à habitação,⁶ 88% dos agregados familiares vivem em habitações inadequadas, sendo a proporção menor nas áreas urbanas (79%) comparativamente às rurais (99%). Calcula-se que mais de

⁵ INE, IBEP, 2010.

⁶ INE, IBEP, 2010.

metade da população (54,8%) esteja concentrada no meio urbano, particularmente em volta das grandes cidades das províncias de Luanda, Benguela, Huíla, Huambo e Kwanza Sul. Em Angola, 36% da população tem acesso à rede eléctrica, sobretudo na área urbana.

A nível nacional, apenas 42% da população usa uma fonte apropriada de água para beber. Na área rural, a população tem uma probabilidade muito inferior de obter água potável, comparativamente à população urbana. A precaridade em termos de água de consumo nota-se mais entre as populações pobres, sendo que apenas uma em cada cinco pessoas entre os 20% da população mais pobre, tem acesso a fontes apropriadas de água para beber.⁴

No que concerne ao saneamento,⁴ apenas 53% dos agregados tem algum tipo de instalação sanitária em casa. A proporção de famílias com uma instalação sanitária em casa, é maior nas áreas urbanas (74%).

Importa realçar a existência de estudos que sugerem que os episódios de diarreia, podem ser reduzidos entre 35% a 39% através do tratamento e conservação adequados, da água de consumo. Por outro lado, admite-se que a melhoria do saneamento pode diminuir em 38% os casos de diarreias, ao passo que os hábitos de lavagem das mãos, estão relacionados com uma redução na ordem de 35%.

As outras questões ambientais, como o fenómeno do aquecimento global, a desflorestação, a poluição sonora e outras degradações do meio ambiente devido à exploração dos recursos naturais, têm tido um impacto negativo sobre a saúde da população, embora se desconheça a sua magnitude em Angola.

A prática de amamentação é comum em Angola,⁴ com 92% das mulheres a amamentarem os seus filhos ao longo do período de crescimento. Enquanto 47% das mulheres iniciam a amamentação no dia do nascimento, uma proporção consideravelmente alta de 44%, só a inicia após o primeiro dia.

O Inquérito Nutricional em 2007,⁷ revelou que 8.2% das crianças menores de 5 anos sofria de malnutrição aguda e 29,2% estava numa situação de malnutrição crónica moderada. Nos agregados extremamente pobres, o consumo diário de calorias é inferior a um terço do recomendado. Apenas 25% das famílias urbanas consome diariamente a quantidade de calorias recomendada.

Aproximadamente 37% dos angolanos vivem abaixo da linha da pobreza, isto é consomem menos de 4.793 Kwanzas por mês. Esta incidência, comparada entre o meio urbano e rural, revela uma diferença significativa, estando a população pobre concentrada maioritariamente no meio rural.⁸

⁷ MINSA, Inquérito Nutricional, 2007.

⁸ INE, IBEP, 2010.

O Índice de Gini é um índice que indica a desigualdade. O seu valor é compreendido entre 0 a 1. O valor de 0 significa que a distribuição de receitas (ou de consumo) é perfeitamente equitativa, isto é, que todas as pessoas têm as mesmas receitas (ou consumo), enquanto o valor de 1 significa que todas as receitas (ou consumo) se concentram numa só pessoa. Infelizmente, não existe uma interpretação intuitiva e simples para valores intermédios. Em Angola o índice de Gini relativo à distribuição de receitas é de 0,55 no meio urbano e de 0,50 no meio rural, enquanto o mesmo relativo à distribuição das despesas é de 0,39 no meio urbano e de 0,38 no meio rural.⁶

De acordo com o relatório sobre o Índice de Desenvolvimento Humano de 2011,⁹ o País situa-se, no 148º lugar contra 160º em 2006, numa lista de 187 e 173 países, respectivamente.

Quanto às questões do género, o Estado assegura a igualdade. Contudo o contexto e o estado actual do sistema nacional de saúde, continuam ainda adversos à saúde da mulher, sobretudo em idade de procriação, a julgar pela alta taxa de mortalidade materna. A proporção homem/mulher de infecção por VIH, vem-se desequilibrando em detrimento desta última. A este fardo, acrescenta-se o facto de que a mulher, ao lado da criança, é também a principal vítima da violência doméstica.¹⁰

A mulher representa 70%¹¹ da força do trabalho do sector informal. Ao nível dos órgãos nacionais de decisão, a mulher continua minoritária. No caso da Assembleia Nacional, em 2008 cerca de 30% dos assentos eram ocupados por mulheres.

⁹ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Relatório sobre o Índice de Desenvolvimento Humano, 2011.

¹⁰ Decreto Presidencial nº 262/10 de 24 de novembro - Política Nacional de Saúde.

¹¹ Ministério do Planeamento/PNUD: Relatório de progressos: Angola Objectivos do Desenvolvimento do Milénio 2005, Luanda 2005.

Perfil sanitário do País

As necessidades em saúde e os problemas actuais que o Serviço Nacional de Saúde enfrenta, sobretudo ligados às limitações de recursos humanos, materiais e financeiros (ver Caixa 1) constituem um enorme desafio para a prossecução dos objectivos do PNDS.

A análise mais recente dos indicadores de saúde globais, mostram uma melhoria significativa relativamente ao rácio da mortalidade materna, que passou de 1400 mortes maternas por 100.000 nados vivos em 2001, para 450 por 100.000 em 2010.¹⁰

A taxa de mortalidade neonatal em 2001 foi de 98 por 1000 nascidos vivos, reduziu para 42 por 1000 nascidos vivos em 2010. A mortalidade infantil evoluiu de 150 mortes por 1000 nascidos vivos em 2001 para 116 em 2010. A mortalidade em menores de cinco anos passou de 250 em 2001 para 194 em 2010. A mortalidade em adultos (15-60 anos) actualmente é de 314 por 1000 habitantes. A região Africana apresenta uma taxa média de 383 por 1000 habitantes¹² (ver Tabela 1).

Caixa 1: Problemas Actuais do Sistema Nacional de Saúde

- Cobertura sanitária ainda insuficiente e fraca manutenção das US;
- Fraco sistema de referência e contra referência entre os três níveis do Serviço Nacional de Saúde;
- Recursos humanos e técnicos de saúde de reduzida expressão quantitativa e qualitativa e má distribuição do pessoal nas áreas rurais e periurbanas;
- Fraquezas no Sistema de Gestão em Saúde, incluindo o sistema de informação, de logística e de comunicação;
- Insuficiência de recursos financeiros e inadequação do modelo de financiamento;
- Reduzido acesso à água potável, saneamento e energia.

Tabela 1: Principais indicadores de saúde em Angola e na Região Africana

Indicadores	Angola	Região Africana
Esperança de vida	52 Anos	54 Anos
Taxa de Mortalidade Neonatal	42 / 1000 NV	36 / 1000 NV
Mortalidade em menores de 1 ano de idade	116 / 1000 NV	80 / 1000 NV
Mortalidade em menores de 5 anos de idade	195 / 1000 NV	127 / 1000 NV
Mortalidade materna	4,5 / 1000 NV	6,2/1000 NV
Taxa de mortalidade em adultos 15-60 anos de idade	314 / 1000 Hab	383 / 1000 Hab
Acesso aos serviços de saúde	44,6%	S/I

¹² INE, MICS 2001; INE, IBEP 2010; Estatísticas Mundiais da OMS 2011.

Apesar da melhoria registada nos indicadores de saúde, 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, persistência de surtos de Cólera, Raiva, Sarampo e Malária, 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 geral.

Doenças transmissíveis

O perfil epidemiológico do País é caracterizado pela predominância das doenças transmissíveis como causas de morbilidade e mortalidade na população. A Malária, as Doenças Respiratórias Agudas e as Doenças Diarreicas Agudas, a Tuberculose e o Sarampo, representam cerca de 96,3% do total de doenças notificadas em 2011.

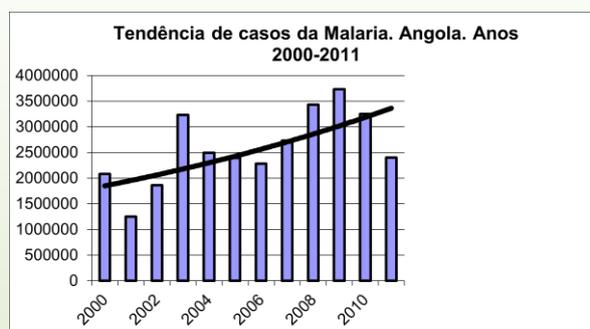
Em 2011, o Sistema de Vigilância Epidemiológica detectou quatro epidemias nomeadamente, a de Poliomielite (4 casos), do Sarampo (13.115 casos), da Raiva (173 casos) e da Cólera (2.291 casos).

Malária¹³

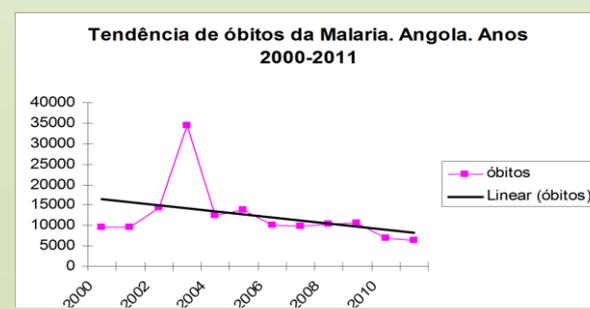
A Malária é ainda um importante problema de saúde pública. Nos últimos anos, a taxa de prevalência da Malária em crianças menores de cinco anos baixou de 21%, em 2006, para 13%, em 2011, ou seja, uma redução de 38%. Em 2011, foram registados 3.501.953 casos e 6.909 óbitos, destacando-se a faixa etária de menores de 5 anos, com 3.476 casos (57%).

Caixa 2: Malária

O gráfico abaixo mostra um registo cronológico do número de casos desde 2000 até 2011, podendo observar-se um aumento significativo em 2003, seguido de uma diminuição a partir de 2004 até 2006. A partir de 2007 e até 2009 têm-se verificado flutuações. Em 2009, houve um aumento de 28% do número de casos comparativamente ao ano de 2008.



Relativamente ao número de óbitos, observa-se que estes começam a diminuir bruscamente a partir do ano de 2004, até 2008, tendo-se registado um ligeiro aumento em 2009, comparativamente aos anos de 2008 e 2010.



As crianças menores de 5 anos e as mulheres grávidas constituem os grupos mais vulneráveis. Em termos de serviços de saúde, a malária representa ainda, cerca de 35% da demanda de cuidados curativos, 20% de internamentos hospitalares, 40% das mortes perinatais e 25% da mortalidade materna (ver Caixa 2).

Doenças Diarreicas Agudas

As Doenças Diarreicas Agudas (DDA) são notificadas em todo o País, ocupando o segundo lugar depois da Malária. Em 2011, a prevalência foi de 537.575 casos, com 769 óbitos. A taxa de letalidade correspondente é de 0,1%. A taxa de incidência anual por DDA, foi de 8.589/100.000 habitantes.

Dos casos registados, a maior incidência foi verificada na província de Luanda: 135.560 casos clínicos, correspondendo a 25,2% do total. O maior número de óbitos ocorreu na Província do Huambo (267), com uma taxa de letalidade específica de 26%.

Doenças Respiratórias Agudas

As Doenças Respiratórias Agudas foram em 2011, a terceira patologia e a segunda causa de óbitos registados no país. Os dados disponíveis mostram que foram notificados 1.171.194 casos, dos quais 2.464 faleceram, o que corresponde a uma taxa de letalidade de 0,2%. A proporção de casos registados em menores de 5 anos, foi de 40,3% (472.735) e a de óbitos foi de 29,3%. Foram registados em grávidas 17.926 casos, sem ocorrência de óbitos.

Tuberculose

Em 2011, a taxa de notificação foi de 311 por 100.000 habitantes. A Tuberculose pulmonar é a forma mais frequente e ocorre entre os 15 e 45 anos, na fase mais produtiva da vida das populações. A taxa de cura ainda se encontra fixada em 45%, contra uma taxa de cura desejada na ordem dos 85 %. A taxa de abandono do tratamento do período em referência é de 17%. A Tuberculose é, actualmente, um dos mais graves problemas de saúde pública em Angola, assumindo proporções de uma autêntica emergência nacional.

Sarampo

Em Angola o Sarampo é endémico, com surtos epidémicos cíclicos a cada 2 a 4 anos. Em 2011 foram notificados, 13.115 casos, o que resultou numa taxa de incidência de 72/100.000 habitantes, 436 óbitos e uma taxa de letalidade de 3,3%. Destes casos, 2.382 foram confirmados laboratorialmente por

Imunoglobulina M. O grupo etário mais atingido é de 1 aos 4 anos de idade, representando cerca de 67% de casos. No período em análise, com exceção da Província do Namibe, todas as restantes Províncias registaram surtos epidémicos de Sarampo.

Infecção pelo VIH/SIDA e sífilis

Infecção pelo VIH/SIDA

A taxa de prevalência da infecção pelo VIH em Angola está estimada em 1,98%¹⁴ na população sexualmente activa. Embora tenha registado uma diminuição em 5% no período compreendido entre 2000 a 2010¹⁵, a ocorrência de novas infecções é de 0,2%, sendo maior na zona urbana, com 0,4%, do que nas zonas rurais, com 0,16%¹⁶. A transmissão do VIH é predominantemente heterossexual, com 79,2% dos casos notificados. A distribuição da epidemia no país é diferente, segundo a província, variando de 0,8% em Malange a 4,4% na província do Cunene, sendo a mediana nacional de 2,8%. As províncias fronteiriças apresentam a mais elevada prevalência, com o Cunene com 4.4%. A mais baixa prevalência ocorre na província do Uíge, com 1%. Em relação a transmissão vertical, a estimativa de grávidas positivas para 2012 é de 20.428.

Sífilis:

A prevalência mediana em mulheres grávidas aumentou de 1,4%, em 2004, para 2,0%, em 2009. 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 1,86%. 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 mediana da sífilis em mulheres grávidas é ligeiramente inferior à da faixa etária de 15 a 49 anos.

A sífilis tem uma tendência similar à do VIH. Nas áreas fronteiriças a prevalência é mais alta, especialmente nas fronteiras com a Namíbia e com a Republica Democrática do Congo.

¹⁴ Em Angola os dados da vigilância epidemiológica colhidos em 36 sítios sentinela, urbanos e rurais, para medir a prevalência da população sexualmente activa são calculados com base num estudo de sero prevalência em grávidas do grupo etário dos 15 aos 49 anos de idade, utilizando o pacote estatístico EPP-Spectrum realizado em 2009.

¹⁵ Relatório da ONUSIDA/OMS/UNICEF: www.unaids.org

¹⁶ Estimativa calculada pelo EPP-SPETRUM

Tripanossomíase

Das dezoito Províncias de Angola, catorze têm a presença da mosca Glossina. Das catorze províncias, sete são endémicas à Tripanossomíase Africana (THA) por *Tripanossoma brucei gambiense*, nomeadamente Bengo, Kwanza Norte, Kwanza Sul, Malanje, Uíge, Zaire e Luanda. A incidência de THA diminuiu consideravelmente de 8.275 casos registados em 1997, para 154 casos em 2011. O desafio actual é reforçar a atenção na luta contra este flagelo, para se evitar a calamidade dos anos noventa, mantendo uma vigilância epidemiológica activa da doença e a integração das acções de combate à tripanossomíase no sistema de saúde, particularmente ao nível municipal.

Cólera

Durante o ano 2011, foram notificados 2.291 casos, com 181 óbitos, o que corresponde a uma taxa de letalidade de 8%, considerada alta, pois deveria situar-se abaixo de 1%. A maior incidência observou-se nos três últimos meses, tendo-se observado o maior pico em Dezembro, principalmente nas zonas de garimpo.

Do total de casos reportados, a maior incidência foi observada na província da Lunda-Norte com 57%, seguindo-se as Províncias de Malange e Kwanza Norte com 18% e 12%, respectivamente. Quanto à taxa de letalidade, a maior ocorreu na província da Lunda-Norte com 11%, seguindo-se as Províncias de Malange com 7% e Luanda com 3% (ver caixa 3).

Lepra

Em Angola a Lepra já não é um problema de saúde pública porque existe menos de um caso por 100.000 habitantes.

Doenças negligenciadas

Caixa 3: Cólera

Num estudo comparativo de casos de Cólera 2006 (linha azul) a 2011 (linha castanha), o ano de 2010 (linha verde) o ano de 2010, registou-se um aumento do número de casos em 14%, tendo passado de 1.955 em 2010 para, 2.284 em 2011. Quanto aos óbitos, aumentaram em 75%, tendo passado de 45 em 2010 para, 181 em 2011. A taxa de incidência por cólera foi de 13 por 100 mil habitantes.



As Doenças tropicais negligenciadas são um grupo de doenças infecciosas e parasitárias que afectam principalmente as populações mais desfavorecidas.

Oncocercose ou cegueira dos rios: O mapeamento de 2004 revelou que 2.715 comunidades, necessitam de tratamento em massa, correspondendo a uma população alvo de 1.535.956 pessoas. As províncias de Uíge e Lunda Norte são as que têm maior número de população a ser submetida ao tratamento em massa. Em 2011, foram registados 874 casos, sem ocorrência de óbitos, com uma taxa de incidência de 4.8 por 100.000 habitantes.

As Geohelmintíases constituem um problema de Saúde Pública e são endémicas em todo o País. Existem 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 Malange 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%).

A Schistosomíase: 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%. A província com o maior número de casos foi a da Huíla com 4.281, facto que se repete nos dois últimos anos e a Província com maior número de óbitos é Luanda, com 4. A forma hepática foi encontrada na província do Zaire, Uíge e Kwanza Norte e a forma urinária nas restantes províncias.

Filariose Linfática: Estima-se que cerca de 12.000.000 pessoas estejam expostas ao risco de transmissão. Importa salientar que a Filariose Linfática não é uma doença de notificação obrigatória, pelo que não existe informação sobre o número de casos nos últimos cinco anos.

Loase: É endémica nas províncias do Zaire, Uíge, Bengo, Kwanza Norte, Benguela e Cabinda, sendo igualmente uma doença de notificação não obrigatória, pelo que não existe informação do número de casos.

Doenças crónicas não transmissíveis

O perfil epidemiológico das doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, insuficiência renal crónica, tumores malignos, diabetes mellitus, doenças de nutrição, falciformação e doença mental) é insuficientemente conhecido em Angola, por não fazer parte do sistema de notificação de doenças obrigatórias e não existirem estudos sobre as mesmas. Todavia, existe entre os profissionais de saúde o

sentimento do seu aumento progressivo e acelerado, ao lado das altas prevalências das principais doenças transmissíveis, constituindo assim um duplo fardo.

Infra-Estruturas

A rede de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde é constituída por 2.356 unidades sanitárias, sendo 1.650 postos de saúde, 331 centros de saúde, 43 centros materno-infantis, 165 hospitais municipais, 25 hospitais provinciais, 20 hospitais centrais e 83 unidades não tipificáveis (ver Tabela 2).

Tabela 2: Rede Sanitária em Angola por Tipo de Unidade Sanitária

PROVÍNCIA	POS ¹⁷	CEN ¹⁸	CM ¹⁹	HN/HC ²⁰	HM ²¹	HP ²²	OUTRO	SEM INFO ²³	TOTAL GERAL
BENGO	93	17	1		9	1	3		124
BENGUELA	140	26	1	2	14	1	2	5	191
BIÉ	63	6	3		10	3		10	95
CABINDA	80	17	2		9	1			109
CUNENE	90	18			6	1			115
HUAMBO	82	42	4	2	5	1	1	26	163
HUÍLA	172	35	1	1	2	4	2	15	232
KUANDO KUBANGO	64	6			10	1			81
KWANZA NORTE	86	16	1		8	1	3		115
KWANZA SUL	184	22	7		14	1	16		244
LUANDA	42	19		15	20		2	27	125
LUNDA NORTE	61	11			7	2	1		82
LUNDA SUL	63	13	3		4	1			84
MALANJE	108	12	3		15	1	3		142
MOXICO	88	6	3		10	1	6		114
NAMIBE	58	11			6	2			77
UÍGE	120	34	10		10	2			176
ZAIRE	56	20	4		6	1			87
TOTAL GERAL	1.650	331	43	20	165	25	39	83	2.356

Fonte: Mapas Sanitários. Dados de 2006 para Luanda, Benguela, Huambo, Huíla e Bié. Dados de 2009 para Malanje, Cabinda, Kwanza Norte, Zaire, Bengo e Cunene. Dados de 2010 para Lunda Norte, Lunda Sul, Moxico, Kuando Kubango, Kwanza Sul, Namibe, Uíge (levantamento parcial). Segundo informações dos municípios, Uíge dispõe de 229 US funcionais, das quais funcionantes 36 CEN, 9 CMI, 1 OUT, 173 POS.

¹⁷ POS= Posto de Saúde;

¹⁸ CEN= Centro de Saúde;

¹⁹ CMI= Centro Materna e Infantil;

²⁰ HN/HC= Hospital Nacional/Hospital Central;

²¹ HM= Hospital Municipal;

²² HP= Hospital Provincial;

²³ SEM INFO= Sem Informação

Sector farmacêutico

O País conta actualmente com a Política Nacional Farmacêutica aprovada pelo Decreto Presidencial nº 18/10 de 18 de Agosto de 2010.

O aprovisionamento de medicamentos e outros meios médicos é assegurado pela Central de Compras e Aprovisionamento de Medicamentos e Meios Médicos (CECOMA), criada ao abrigo do Decreto Presidencial nº 34/11, de 14 de Fevereiro de 2011.

Contudo, o sector farmacêutico necessita de uma abordagem global, integrada, para a resolução dos seus principais problemas, nomeadamente: (i) a promoção da produção local de medicamentos; (ii) a construção do Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade; (iii) a adopção da Lista Nacional de Medicamentos Essenciais (LNME); (iv) a elaboração do Formulário Nacional de Medicamentos e dos Guias Terapêuticos, como ferramentas importantes no apoio ao uso racional de medicamentos e (v) o enquadramento técnico e legal dos medicamentos tradicionais.

Dispositivos Médicos

Existe uma multiplicidade de marcas e modelos, o que dificulta grandemente as intervenções de manutenção dos dispositivos médicos. Consta-se que existe equipamento que foi adquirido e não instalado nas unidades sanitárias por razões diversas, nomeadamente: inadequação do local de funcionamento, inexistência de normas e falta de padronização. O recrutamento e a formação de profissionais de manutenção, bem como a sua colocação, constituem, por si sós, um enorme desafio, face ao constante aliciamento do sector privado. Um plano de distribuição dos referidos profissionais pelo País é indispensável, para racionalizar a sua intervenção e garantir o permanente funcionamento dos dispositivos médicos.

Recursos humanos em saúde

Há uma distribuição assimétrica de recursos humanos em Angola, com uma concentração excessiva nos grandes centros urbanos. Com a iniciativa da expansão da formação de médicos, através da criação de cinco novas Faculdades de Medicina Pública em Cabinda, Malanje, Benguela, Huambo, e Huíla, será reforçado o perfil dos recursos humanos em Angola.

Financiamento do Sistema Nacional de Saúde

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%. O orçamento entre 2012 e 2013 tem apresentado uma tendência de crescimento, tendo no último ano orçamental (2013) apresentado um 5.56% (Tabela 3). 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.²⁴ Tendo em conta a desejada sustentabilidade financeira, essa redução observada no Orçamento para o sector, configura uma séria ameaça, numa altura de crescimento da demanda, do aumento da cobertura sanitária e dos crescentes custos dos serviços de saúde, face ao cumprimento da Declaração de Ouagadougou.

Tabela 3 Valores orçamentados no sector da saúde, 2006-2013 (em dólares e percentagens).

FUNÇÃO	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total do OGE	20.695.532.992	25.038.870.601	25.447.689.497	31.761.268.000	30.922.721.666	41.724.176.631	45.011.062.905	66.355.671.905
Função Saúde	961.716.802	921.497.841	1.699.190.923	2.662.955.321	1.552.658.408	2.094.312.297	2.313.070.589	3.691.567.576
%	4,65%	3,68%	6,68%	8,38%	5,02%	5,02%	5,14%	5,56%

Fonte: Secretaria-Geral do MINSa, 2014

²⁴ Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em Africa: Melhorar a Saúde em Africa no novo milénio

Enquadramento do PNDS 2025

O Despacho Presidencial nº 84/11, de 27 de outubro, constituiu uma Comissão Multisectorial, coordenada por Sua Excelência o Ministro da Saúde, a quem foi incumbida, de entre outras tarefas, a elaboração do Plano Nacional de Saúde Pública para o período 2012-2025.

A presente proposta de elaboração de um Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), pretende consolidar, 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 proposto até 2025, tem por base a Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo “Angola 2025” e a Política Nacional de Saúde, de que este Plano Nacional será, efectivamente, um instrumento estratégico-operacional.

O PNDS permitirá, do mesmo modo, projectar, a longo prazo, aquelas que serão as estratégias, os objectivos e as metas a observar nos programas quinquenais e anuais do Executivo, com alinhamento aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM).

Sendo o primeiro instrumento deste tipo a ser elaborado para o sector da saúde, o mesmo vai preencher uma lacuna existente entre as ferramentas de gestão, principalmente ao nível da articulação entre as acções programáticas e o orçamento.

Em 2002, com a conquista da paz, segurança e estabilidade política, Angola iniciou um processo acelerado de desenvolvimento socioeconómico, para criar uma sociedade de bem-estar para os Angolanos para o presente e o futuro, assente nos princípios de universalidade, igualdade, justiça social, solidariedade social e democracia, como estabelecido na Constituição da República de Angola.

Em 2008, Angola adoptou a Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo “Angola 2025”, cujo principal desiderato é o de criar bem-estar para os angolanos e garantir o futuro às gerações vindouras, através de uma resposta global e integrada, assente numa visão multidimensional e sustentável do desenvolvimento, e expressa numa estratégia global e nacional, que articula, de forma coerente, as acções a nível interno e externo, permitindo o desenvolvimento do País.

A Estratégia “Angola 2025” considera que, para se construir o futuro, é necessário empreender reformas profundas nos planos institucional, social, macroeconómico, económico-productivo e territorial, razão pela

qual as políticas enunciadas nessa estratégia, são políticas ao serviço de reformas. Entre as grandes reformas previstas, enquadra-se a do Sistema de Saúde, que tem como objectivos globais “combater a pobreza e promover a melhoria sustentada do estado sanitário da população angolana, apoiando, de forma mais directa, os grupos sociais mais desfavorecidos e pobres, e assegurando, à população, maior longevidade saudável”.

Nesta linha de orientação, em 2010 o Executivo aprovou a Política Nacional de Saúde (PNS), cujo objectivo geral é o de estabelecer, definir e traçar orientações conducentes à melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida da população, permitindo alcançar uma vida saudável para todos.

É, no referido contexto, que foram definidas as grandes linhas estratégicas para o desenvolvimento do País e, em particular, a reforma do Sistema de Saúde, que surge o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, PNDS 2012-2025.

Estratégia de Desenvolvimento a longo prazo Angola 2025

O objectivo geral da Estratégia visa *“manter a um nível relativamente elevado, o crescimento natural da população, de forma a povoar o vasto território nacional, através do efeito conjugado de uma mais rápida queda da mortalidade e de uma regressão mais lenta da fecundidade, para que a população residente em 2025 duplique a estimada para 2000...”*.

Os domínios prioritários de Acção para o Sector de Saúde são os seguintes: (i) Combate à doença; (ii) Atendimento às populações; (iii) Modelo de Recursos Humanos; (iv) Modelo de Financiamento; (v) Modelo de Organização e de Gestão do Sistema Nacional de Saúde. De igual modo, a estratégia a longo prazo, “Angola 2025” recomenda conceder prioridade absoluta aos Cuidados Primários de Saúde (CPS) e relativa ao 2º Nível do SNS; reabilitar, até 2015, a rede hospitalar provincial e a rede de hospitais centrais polivalentes.

No domínio do combate à doença, a estratégia recomenda o enfoque sobre os Programas de Luta contra as principais endemias e doenças infecto-contagiosas, com realce ao VIH/SIDA, malária, tuberculose e tripanossomíase e também sobre a mortalidade infantil em menores de cinco anos, bem como a protecção da saúde materna.

As acções de prestação de cuidados de saúde devem assegurar aos indivíduos e famílias, cuidados integrados, completos e continuados. No domínio dos Recursos Humanos, “Angola 2025” recomenda o

aumento substancial, em quantidade e qualidade, dos recursos humanos do sector de saúde, privilegiando profissionais nacionais, incluindo os que se encontram na diáspora.

No domínio do financiamento em saúde, a perspectiva, segundo a Estratégia, 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.

O comportamento das famílias e das comunidades em prol da vida comunitária e do bem-estar é imprescindível, pois que, segundo “Angola 2025” “...é utópico projectar o desenvolvimento sem a participação activa das comunidades de base, a família, a aldeia ou o bairro...” A estratégia de promoção de comunidades de base, é um bom indicador de desenvolvimento e de sustentabilidade”.

Política Nacional de Saúde

A Política Nacional de Saúde tem por meta assegurar, no horizonte 2025, “uma vida saudável para todos” num contexto de desenvolvimento nacional sustentável, e de um Sistema Nacional de Saúde, que responda às expectativas da população, prestando cuidados de saúde humanizados, de qualidade e com equidade.

A concretização da meta para uma vida saudável para todos, é um grande desafio que ultrapassa as fronteiras tradicionais do sistema de saúde, pelo que o concurso dos outros sectores de que dependem importantes determinantes da saúde, é de extrema importância.

Nas suas disposições, a Política Nacional de Saúde (PNS) considera o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) como seu instrumento de execução.

Por conseguinte, os Planos Nacional, Provinciais e Municipais de Desenvolvimento Sanitário, deverão, ter por base, as orientações estratégicas definidas na PNS, e estarem em conformidade com os mecanismos de execução dos programas do Executivo e do Orçamento Geral.

As orientações estratégicas prioritárias da PNS até 2025 integram:

1. Reforço do Sistema de Saúde a Nível do Município baseado nos CPS através de : (i) Organização e gestão do Sistema Nacional de Saúde, (ii) Prestação de cuidados de saúde, (iii) Produção, administração, gestão e desenvolvimento dos Recursos humanos, (iv) Medicamentos, infra-estruturas e tecnologias de saúde, (v) Financiamento sustentável ao Sector saúde, (vi) Sistema de informação de saúde, (vii) Investigação em saúde e, (viii) Liderança e boa governação.
2. Oferta do Pacote Essencial de Saúde com enfoque em: (i) Intervenções prioritárias para a redução da mortalidade materna e infantil e (ii) Intervenções prioritárias para a redução da morbilidade e mortalidade por doenças prioritárias.
3. Mobilização da Sociedade para Promoção da Saúde das Comunidades de modo a contribuir para: (i) Um desenvolvimento nacional sustentável, (ii) Combate à Pobreza, (iii) Adopção pelas famílias, de estilos de vida favoráveis à saúde, (iv) Melhoria do meio ambiente e do acesso a água e, (v) Reforço das parcerias e capacitação dos indivíduos, das famílias e das comunidades.
4. As prioridades do sistema de saúde em Angola, de acordo com a PNS, visam fundamentalmente o seguinte: (i) Redução da mortalidade materna e infantil, (ii) Controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis, (iii) Adequação dos recursos humanos e tecnologias de saúde, (iv) Asseguramento de um financiamento sustentável e (v) Gestão eficiente dos recursos do sistema de saúde.

As grandes linhas da reforma do Sistema Nacional de Saúde

O PNDS encontra as linhas de força para a sua formulação e execução na Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo “Angola 2025”, onde estão estabelecidas as grandes linhas da reforma do Sistema Nacional de Saúde, incluindo a elaboração e aprovação da Política Nacional de Saúde.

O Ministro da Saúde, através do Despacho nº 555/MINSA/GMS/2008, definiu as bases para a Reforma do Sistema Nacional de Saúde (RSNS), para o Programa de Governo 2009 – 2012 (ver Caixa 4).

A RSNS assenta em quatro pilares: (1) Estrutura, (2) Financiamento, (3) Regulação e (4) Funcionamento do Sistema. Os quatro pilares são associados de forma matricial aos pontos fulcrais da reforma (Figura 2)

Caixa 4: Bases para a Reforma do Sistema Nacional de Saúde

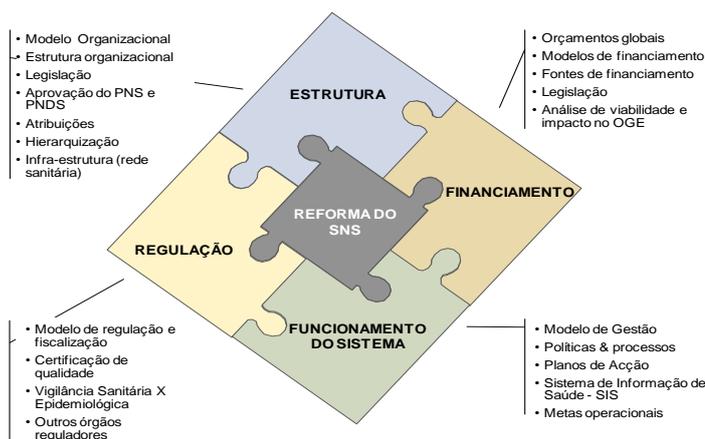
- Estruturação, Reorganização e Gestão do Sistema Nacional de Saúde e do Serviço Nacional de Saúde;
- Cobertura sanitária e organização do sistema de referência e contra referência na prestação dos serviços e cuidados de saúde e integração dos sectores público, privado e da medicina tradicional;
- Normalização, organização e financiamento da prestação de cuidados de saúde;
- Monitorização da qualidade de cuidados de saúde;
- Investigação científica em saúde.

para criar sinergias e promover uma estrutura inclusiva, que considere a maioria dos grupos de interesse envolvidos no processo de reforma do SNS.

Figura 1 Cronograma das grandes linhas de reforma do sistema nacional de saúde



Figura 2: Pilares da Reforma do SNS



Fonte: Elaboração MINSA, 2009.

Sistema e Serviço Nacional de Saúde

Desde a independência até 1992, por razões históricas, Angola instaurou um Sistema Nacional de Saúde, baseado nos princípios da universalidade e equidade através da gratuidade dos Cuidados Primários de Saúde. Com a aprovação da Lei de Bases do SNS, Lei 21-B/92, em 1992, o Estado Angolano deixa de ter a exclusividade na prestação dos serviços de saúde e permite a iniciativa privada em saúde e a comparticipação financeira dos utentes nos custos de saúde.

O quadro ilustra o Sistema Nacional de Saúde angolano com os seus subsistemas (Figura 3).

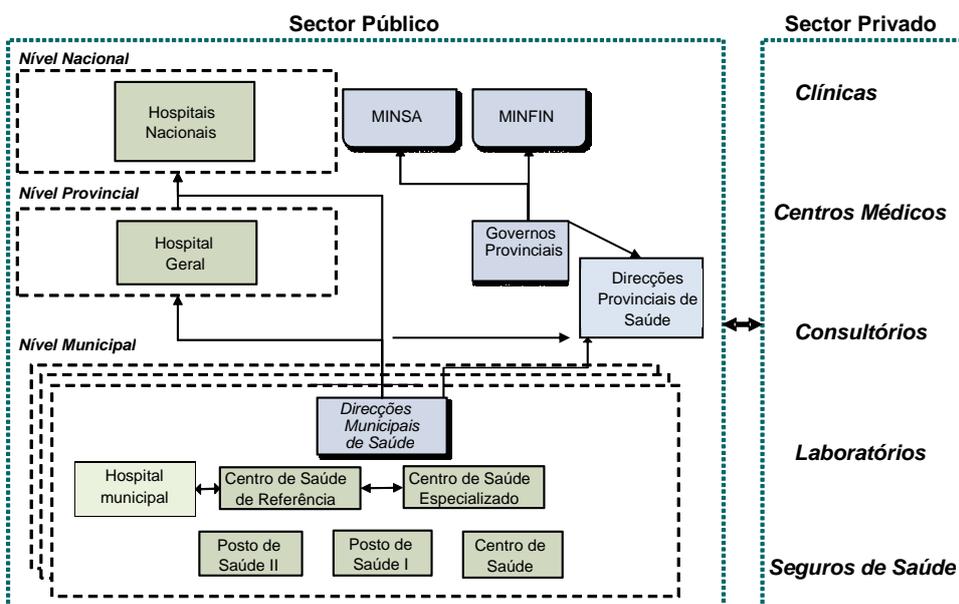
Figura 3: Regulamentação, orientação, planeamento, avaliação, inspecção



Fonte: Adaptado de ANGOLA: Despesas Públicas no Sector Saúde, 2000-2007. MINSa, 2009.

Organicamente, o Ministério da Saúde rege-se por um sistema com três níveis hierarquizados de administração sanitária: os níveis Central, Provincial e Municipal. O nível Central integra os Gabinetes do Ministro e Secretário de Estado, Órgãos de Apoio e Órgãos Executivos Centrais, em articulação com os outros organismos intrasectoriais e intersectoriais (ver Figura 4).

Figura 3: Quadro ilustrativo do SNS



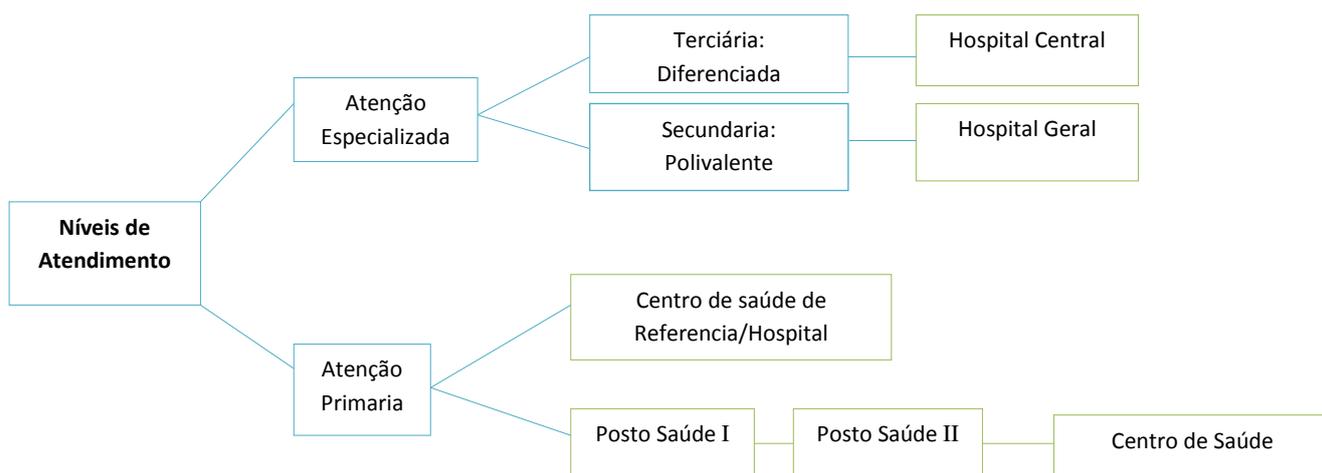
Fonte: Adaptado do REGUSAP; Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, 2002-2005; GEPE, 2007. Análise

O nível Provincial integra as Direcções Provinciais de Saúde (DPS) que dependem administrativamente dos Governos Provinciais e metodologicamente do nível central do MINSA, em articulação com outros organismos intrassectoriais e intersectoriais.

O nível Municipal integra as Repartições Municipais de Saúde (RMS) que são parte integrante da Administração Municipal, dependem metodologicamente do MINSA, através da DPS, em articulação com os outros organismos intrassectoriais e intersectoriais. A este nível, as RMS constituem a autoridade sanitária máxima.

O Serviço Nacional de Saúde (Lei nº 21-B/92, de 28 de Agosto) compreende três níveis de atenção, nomeadamente: (i) o primeiro nível, constituído por postos de saúde, centros de saúde, hospitais municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos, e oferece serviços de baixa complexidade; (ii) o segundo nível, integra os hospitais gerais e monovalentes, que oferecem serviços de complexidade intermédia, (iii) o nível terciário, compreende os hospitais centrais e hospitais especializados, como é o caso da maternidade Lucrecia Paím. A este nível são oferecidos serviços de alta complexidade. Estes níveis encontram-se articulados entre si através de mecanismos de referência e contra referência, de forma a garantir uma assistência integrada e contínua (Figura 5).

Figura 5: Níveis de atenção do Serviço Nacional de Saúde



O Subsistema de Saúde Privado

O sector privado lucrativo presta os cuidados de saúde a nível dos grandes centros urbanos, bem como na periferia destes, onde a rede sanitária pública é limitada ou não existente. Os preços praticados por

alguns constituem as vezes um factor de exclusão e de iniquidade e em muitos casos a qualidade dos serviços e dos cuidados prestados não correspondem aos preços praticados.

“ ...A iniciativa particular e cooperativa nos domínios da Saúde, previdência e segurança social é fiscalizada pelo Estado e exerce-se nas condições previstas por lei.” Art. 77 da Constituição da República de Angola, sob a epígrafe Saúde e protecção social. A Constituição da República consagra, deste modo a existência da actividade privada nos domínios da saúde.

A Política Nacional de Saúde constata que o sector privado de saúde com fins lucrativos, em Angola, é pouco expressivo a nível terciário e limitativo no que respeita a qualidade do serviço prestado e às condições de acessibilidade por parte da população, devido ao custo dos serviços prestados por estas unidades ou estruturas privadas de saúde, restringindo-se o seu acesso à um grupo muito reduzido da população.²⁵ Outro grande constrangimento no desenvolvimento do sector privado de saúde prende-se com a situação dos Recursos Humanos, que são na sua maioria funcionários do sector Público, o que origina prejuízo para ambos os sectores.

O sector privado não lucrativo, constituído por Igrejas, organizações religiosas e organizações não-governamentais (ONGs), presta cuidados de saúde na periferia das cidades e no meio rural, tendo como população-alvo as comunidades pobres e desfavorecidas.

Para além das clínicas, centros e postos médicos e de enfermagem, farmácias, depósitos de medicamentos, importadores de medicamentos, dentre outros prestadores de serviços de saúde, há que considerar o sistema de seguros privados de saúde, baseados predominantemente em Luanda.

A Lei de Bases do SNS, autoriza o exercício da medicina privada. Esta foi regulamentada através do decreto nº48/92 de 11 de Setembro. O crescimento do sector privado pode-se apreciar através dos relatórios elaborados pela Inspeção Geral de Saúde e pela Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos (2013), entidades responsáveis pelo licenciamento de Clínicas, postos e consultórios Privados e farmácias e empresas grossistas de importação de medicamentos e equipamentos medicamentos, respectivamente. Em Angola, existem cerca de 65 Clínicas, 505 centros médicos, 125 consultórios, 48 gabinetes de especialização, 62 laboratórios, 627 postos de enfermagem, 273 Depósitos de medicamentos, 1574 farmácias, 3 Ervanárias e 5 projectos de fábricas. Destas Estruturas, mais de 60% se encontram localizadas na Província de Luanda.

²⁵ Política Nacional De Saúde, Decreto Presidencial 262/10, Diário da República, I Série nº 222, pág.

Um dos maiores problemas com que se debate o Estado, como garante do direito e protecção a saúde prende-se com a fraqueza do sistema de fiscalização e controlo que permite a existência de Estruturas Privadas de Saúde ilegais, bem como de recursos humanos com qualidade duvidosa.

A acreditação destas unidades ainda não existe (somente 18,5 % delas estão registadas na Inspeção Nacional de Saúde). Os mecanismos de inspeção, fiscalização, controlo e de regulação de preços não estão estabelecidos. A obrigatoriedade de fornecimento de dados estatísticos, nomeadamente a da vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis não está ainda estabelecida.

Como forma de garantir uma maior complementaridade entre o Serviço Nacional de Saúde e os serviços de saúde prestados pelo sector privado, bem como aumentar o acesso destes serviços por todas as camadas da população, a Política Nacional de Saúde considera esta uma estratégia para a melhoria da qualidade de vida da população.

A medicina tradicional ainda carece de política, estruturação, legislação e definição clara do seu enquadramento no Sistema Nacional de Saúde. Mesmo quando uma boa parte da população recorre aos cuidados e tratamentos desta medicina, a falta de dados não permite avaliar a contribuição da mesma na saúde das populações.

O Serviço de Saúde das Forças Armadas Angolanas

Os Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas (SSFAA) são um subsistema do Sistema Nacional de Saúde e têm como objectivo principal a prestação da assistência médica e medicamentosa aos beneficiários do Sistema de Segurança Social das Forças Armadas Angolanas (FAA), nos termos do artigo 1º do Decreto-Lei N.º 38/02 de 26 de Julho do Regulamento de Assistência Médica e Medicamentosa das FAA.

Os SSFAA, constituem um conjunto de forças e meios desdobrados de forma organizada, para promover e proteger o estado de saúde das tropas, prestar a assistência pré-médica, médica básica, qualificada e especializada, num território específico de acordo com o nível e missão do Comando.

Os Serviços de Saúde desdobram-se nos três níveis da Cadeia de Comando das FAA, nomeadamente, Estratégico, Operativo e Tático e dispõem de unidades sanitárias de complexidade crescente, sendo Posto Médico para o Nível Tático (periférico), Enfermaria e Hospital Militar Regional para o Nível Operativo (intermédio), Clínicas e Hospital Militar Principal para o Nível Estratégico (Central).²⁶

As unidades sanitárias das FAA estão abertas para a prestação de assistência médica e medicamentosa às populações civis circunvizinhas às Unidades Militares, zonas de difícil acesso assim como em áreas fronteiriças com ausência de cobertura sanitária do MINSA.

²⁶ Do ponto de vista da hierarquia da assistência, o Nível Tático corresponde ao nível da assistência primária, o Nível Operativo - Assistência Secundária e o Nível Estratégico - Assistência Terciária

Quanto a sua organização, os SSFAA, constituem um Órgão do Estado Maior General das FAA, subordinado directamente ao Chefe do Estado Maior General das FAA e dirigido por um Oficial General a quem compete dirigir técnica e metodologicamente os Serviços de Saúde dos Ramos (Exército, Força Aérea e Marinha) e Órgãos de Subordinação Central.

Os SSFAA têm essencialmente duas missões: (1) de componente militar e (2) de Interesse Público. Esta última, traduz-se no engajamento e sincronização com as autoridades sanitárias no apoio a prestar ao Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Nacional de Saúde e do Sistema de Protecção civil, especialmente na protecção epidemiológica contra a disseminação de ameaças e riscos externos e internos, combate as epidemias e apoio em caso de desastres de grande impacto social.

Os SSFAA têm uma cobertura estimada de cinco milhões de beneficiários. Os Serviços estão implantados e estruturados desde o nível mais básico, até ao mais diferenciado de prestação de cuidados que é exercida através de duas componentes: (1) a Componente Operacional ou móvel: integra o conjunto de forças e meios nas Unidades Militares (Brigadas, Regimentos, Batalhões, Companhias e Pelotões), tendo como unidade sanitária o Posto Médico e Posto de Socorro, correspondente ao Nível primário de Assistência; e a (2) Componente Territorial ou Fixa, que é constituída por Hospitais, Enfermarias Militares, e Clínicas, correspondentes ao nível secundário de assistência.

O Hospital Militar Principal/Instituto Superior localizada na capital do país, com capacidade de 400 camas, é a unidade sanitária mais diferenciada de nível terciário e serve de referência para todas as especialidades clínicas assim como os serviços complementares de alta complexidade. Ainda em Luanda estão localizadas as Clínicas dos 3 Ramos das Forças Armadas, nomeadamente a Clínica do Exército com 160 camas, a Clínica da FAN e a Clínica da MGA, que oferecem serviços de assistência qualificada e especializada com a componente cirúrgica. Os Serviços têm ainda três Hospitais Regionais que oferecem assistência qualificada e especializada (Hospital da Região Militar Cabinda, Hospital Militar Regional do Huambo e Hospital Militar Regional do Lubango). As Enfermarias Militares estão localizadas em Cabinda, Bié, Cuando Cubango, Huíla, Moxico, Catumbela, Soyo e Luanda.

As Enfermarias estão dotadas de capacidade cirúrgica funcionando com médicos angolanos e expatriados. Para os Postos Médicos das Brigadas, está organicamente prevista a presença de médicos que garantem a assistência médica básica.

A Junta Médica Militar cumpre duas tarefas fundamentais:

- a) O programa de assistência médica dos doentes das FAA no exterior do país, sempre que os recursos das unidades sanitárias das FAA estejam esgotados. Os países de eleição para onde os doentes são evacuados são os seguintes: África do Sul, Portugal, Reino Unido, Espanha, Cuba, França, Brasil, Namíbia, EUA, Rússia e China.
- b) A realização da peritagem médica dirigida para avaliar e determinar o grau de aptidão física e mental dos efectivos militares.

O quadro militar dos Serviços de Saúde tem a seguinte composição: 306 médicos, sendo 172 especialistas, 126 licenciados em várias áreas, 2.025 técnicos médios de enfermagem, 225 técnicos médios de laboratório, 24 técnicos médios de farmácia, 1943 técnicos básicos de enfermagem, 2659 sanitários perfazendo um total de 7.529 militares. O seu quadro de pessoal tem também médicos expatriados contratados, médicos e outros técnicos superiores de saúde civis nacionais contratados, perfazendo um total geral de 10.942 técnicos de saúde.

As principais instituições de formação associadas aos SSFAA são:

1. Hospital Militar Principal/Instituto Superior (HMP/IS): Centro de Ensino de Pós-Graduação e principal suporte aos estudantes da Faculdade de Medicina. Actualmente encontra-se no exterior do País, 39 médicos a realizar cursos de pós-graduação, sendo Portugal – 16, Cuba – 16 e Brasil – 7.
2. Departamento de Ciências de Saúde e Biotecnologias do Instituto Técnico Militar: tem em formação 265 estudantes de medicina, no 1º Ano – 77, 3º Ano – 60, 4º Ano – 48, 5º Ano – 49 e 6º Ano – 31. O Departamento tem ainda a perspectiva de iniciar os cursos de licenciatura de Laboratório Clínico e Farmácia;
3. Escola Prática de Saúde: é uma instituição recém-criada e está vocacionada para a formação dos técnicos médios e básicos de saúde nas especialidades de enfermagem, laboratório e radiologia e a formação de sanitários;
4. Centro de Investigação e Estudos de Medicina Tropical;
5. Centro Militar de Higiene e Epidemiologia.

Quanto ao funcionamento, o SSFAA possui órgãos de Conselho, Direcção, Apoio Técnico ao Chefe, e Unidades de Subordinação Central:

Órgãos de Conselho:

- a) Conselho de Direcção;
- b) Conselho Científico e Técnico;
- c) Junta Médica de Recurso;
- d) Comissão Médica P/ Prevenção de Acidentes;
- e) Comissão Permanente de Formulário de Medicamentos;
- f) Conselho de Deontologia Médica Militar

Órgãos de Direcção:

- a) Direcção dos Serviços de Saúde do Estado Maior General – Nível Estratégico;
- b) Direcção de Saúde dos 3 Ramos das FAA (Exército, Força Aérea Nacional e Marinha de Guerra Angolana) – Nível Tático;
- c) Repartição Regional dos Serviços de Saúde – Nível Operacional;
- d) Secção dos Serviços de Saúde das Unidades Militares, Bases Aéreas e Navais – Nível Operacional.

Órgãos de Apoio Técnico ao Chefe DSS/EMG

- a) Inspeção Sanitária
- b) Legislação Sanitária e Auditoria
- c) Repartição de Planeamento e Organização
- d) Repartição de Finanças
- e) Repartição de Contra Inteligência Militar

Unidades de Subordinação Central:

- a) Junta Médica Militar Nacional
- b) Laboratório Militar de Produtos Químicos e Farmacêuticos
- c) Centro Militar de Higiene e Epidemiologia;
- d) Farmácia Militar Central
- e) Batalhão de Apoio Médico

Quanto ao sistema de informação, existe um órgão central de Sistema de Informação a nível da DSS/EMGFAA, designado CEDIS. Este órgão reúne todas as condições para se constituir num subsistema de informação sanitária do País. O fluxo da informação é feito a partir das estruturas de base, ou seja nas Unidades Militares com base em modelos apropriados. A informação é enviada para as Repartições das Regiões Militares, que por sua vez fazem chegar às Direcções de Saúde dos respectivos Ramos, até chegar ao Nível Central.

No que diz respeito à prestação de Serviços, os SSFAA implementam programas de saúde bem como a assistência médica e medicamentosa:

Programas de Saúde

O Centro Militar de Higiene e Epidemiologia serve como suporte principal para a operacionalização dos Programas de Saúde a nível das Regiões Militares (Províncias), que possuem estruturas operacionais, ou seja, os Pelotões de Higiene e Antiepidémicos que futuramente serão convertidos em Companhias. No quadro de enfrentamento das grandes endemias e doenças crónicas, os SSFAA têm em funcionamento os seguintes 11 Programas:

- *Programa de hipertensão arterial:*

O Programa de Hipertensão Arterial foi instituído pelo 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. Em 2013 a morbilidade registada foi de 1474 militares assistidos (casos registados), o que representa uma taxa de prevalência de 1,2 x 1000.

- *Programa de diabetes mellitus:*

Programa criado através do Despacho nº 27/CEMGFAA/2010 com a finalidade de prevenir e controlar a Diabetes Mellitus, e de reduzir a sua morbilidade e mortalidade entre os Efectivos Militares. A morbilidade por DM nos efectivos das FAA foi de 224 casos, uma Taxa de Incidência de 0,2 %.

- *Programa da hepatite viral:*

Foi institucionalizado através do Despacho nº 07/CEMGFAA /2014 de 17 de Janeiro. Preconiza estabelecer directrizes organizacionais para a educação e prevenção da doença, diagnóstico tratamento, seguimento e apoio psicossocial, orientando os profissionais de saúde no exercício dessas premissas essenciais para o controlo da doença.

- *Programa combate ao VIH e SIDA:*

- O programa foi institucionalizado através do Despacho nº 046/CEMGFAA/2001 de Sua Excelência Chefe do Estado Maior das FAA. Tem como principais acções a prevenção e controlo da transmissão das

ITS/VIH /SIDA, com visto a reduzir a mortalidade em consequência do SIDA no seio dos efectivos militares e seus dependentes.

- *Programa de combate a tuberculose:*
O programa foi institucionalizado através do Despacho nº 055/CEMGFAA/2005, por formas a controlar a Tuberculose nas FAA e reduzir a morbimortalidade e a transmissão da doença.
- *Programa de controlo da malária:*
O programa foi institucionalizado através do Despacho nº 056/CEMGFAA/2005, tem como principais acções o controlo da Malária entre os militares das FAA e seu agregado familiar. É a 1ª causa de morbilidade de DNO nas FAA durante o ano de 2013.
- *Programa de combate a tripanossomíase:*
O programa foi institucionalizado através do Despacho nº 048/CEMGFAA/2007, com vista a reduzir a morbilidade e a mortalidade por doença de sono. Não foram notificados casos durante o ano 2013.
- *Programa de vacinação:*
O programa foi institucionalizado através do Despacho nº 057/CEMGFAA/2005 de Sua Excelência Chefe do Estado Maior das FAA. Tem como principais acções definir critérios de imunização a serem cumpridos pelas FAA assim como os aspectos relacionados com a selecção, armazenamento, conservação, transporte e utilização dos produtos imunológicos, formação do pessoal, supervisão e vigilância epidemiológica. São vacinas obrigatórias nas FAA: Febre Amarela, Tétano e Febre Tifoide. Está em estudo a obrigatoriedade de vacinação para a Hepatite B.
- *Programa de promoção de saúde e prevenção de acidentes:*
O programa foi institucionalizado através do Despacho nº 0054/CEMGFAA/2005, para apoio a informação, educação e comunicação aos Programas de saúde Militar.
- *Programa de controlo sanitário e fitossanitário das FAA:*
Programa criado pelo Despacho nº 12/CEMGFAA/2008, o qual instituiu a Norma de Execução Permanente para a Vigilância Sanitária dos Alimentos, tem como finalidade controlar e promover a vigilância da qualidade da água para consumo e dos alimentos consumidos no meio militar, por forma a reduzir o risco de infecções de origem alimentar.
- *Programa de assistência psicológica e social:*
Programa criado pelo Despacho nº 10/CEMGFAA/2008, e define-se na promoção de acções no contexto das relações humanas, focalizando a intervenção no relacionamento dos doentes com os colegas e familiares com as equipas de saúde, quer na Unidade Hospitalar, Unidade Militar e na comunidade em que habitam

Está em fase de criação dois novos Programas, designadamente o Programa Nutricional e o Programa de Saúde Mental e Defectologia.

Parcerias Nacionais

Os SSFAA mantêm estreita relação de trabalho com todas as estruturas do MINSAs, havendo assim uma interacção com os Programas de Saúde análogos. Porém, continua pendente a assinatura da versão actualizada do Protocolo de Cooperação MINSAs/FAA. Do mesmo modo, mantêm parcerias com as

instituições de saúde do Sector Privado, destacando-se a cooperação com a Igreja Católica na componente da Assistência Psicológica e Social.

Dentro do horizonte temporal do PNDS 2012-2025, prevê-se parcerias com o MINSA com objectivos específicos de:

- Desenvolver os mecanismos de apoio Logístico em meios médicos e medicamentosos para os Programas de Saúde;
- Realizar acções complementares de assistência regular ou extraordinária das campanhas nacionais.

Parcerias Internacionais

Bilateral:

- O Programa do HIV/SIDA tem uma parceria convencional estabelecida com o Instituto Nacional de Luta contra a SIDA e uma parceria americana através da Drew-University;
- Do quadro da estruturação da componente de vigilância epidemiológica nos serviços, foi igualmente estabelecida uma parceria com a Deloitte;
- Cooperação Técnico Militar com Portugal;
- Memorando de Entendimento entre Ministério de Saúde de Portugal e DSS/EMGFAA;
- Memorando de Entendimento entre a Universidade Nova de Lisboa e DSS/EMGFAA;
- Cooperação com o Brasil (Memorando de Entendimento entre os Ministérios da defesa de Angola e do Brasil, 2014);
- Cooperação com África do Sul (Protocolo de Cooperação no Domínio da Defesa);
- Cooperação com Cuba (Protocolo de Cooperação no Domínio da Defesa);
- Cooperação com Portugal (Programa Quadro de Cooperação Técnico-Militar, entre Angola e Portugal (1994) - Memorando de Entendimento assinado pelos Ministro da Defesa (2013), e Acordos Técnicos de Execução dos Projectos (2014)).

Multilateral:

No domínio da cooperação multilateral trabalha-se para o desenvolvimento de políticas e de capacidades para garantir que na região mantenha capacidade de operações de apoio à paz na região ou sob os auspícios da União Africana e Nações Unidas;

- Cooperação com o Comité Internacional de Medicina Militar
- Cooperação com a SADC
- Cooperação com a CEEAC
- Cooperação com a CPLP

No domínio da biossegurança e biodefesa, será valorizado o engajamento e sincronização com as autoridades sanitárias nos termos do Regulamento Sanitário Nacional cabendo entretanto um relevo especial ao apoio a prestar ao Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Nacional de Saúde e do sistema de Protecção civil, especialmente na protecção epidemiológica contra a disseminação de ameaças e riscos externos e combater as epidemias e desastres de grande impacto social.

Estrutural e Organizacionalmente “ a segurança sanitária”, será assumida como sendo a garantia de uma protecção mínima, contra as doenças e os padrões de vida insalubres conjugadas com a segurança dos alimentos e do meio ambiente para desenvolver ao abrigo da constituição a segurança humana, no que se refere as dimensões de ameaças que afectam as pessoas, quer estas sejam naturais (epidemias) e ou as produzidas pelo homem (desastres biológicos) que põem em perigo a vida, o desenvolvimento e os direitos das pessoas.

O Serviço de Saúde do Ministério do Interior

O Departamento Nacional de Saúde é um órgão dependente do Comando Geral da Polícia Nacional/ MININT ao qual compete a gestão do subsistema nacional direccionada a assistência médica sanitária aos efectivos do Ministério do Interior agregados familiares e população sobre custódia temporária (reclusos) deste ministério. Este possui representações em todos os órgãos executivos centrais do ministério do interior nomeadamente Polícia Nacional, serviços prisionais, serviços de migração e estrangeiros, serviços de protecção civil e bombeiros.

A rede sanitária é de extensão territorial em todos os Comandos, Unidades e Serviços dos Órgãos executivos do Ministério constituída por unidades sanitárias de atendimento primário, secundário e terciário.

As infraestruturas sanitárias existentes em termos de nível de atendimento estão representadas na Tabela 4. Actualmente a rede sanitária conta com 99 Postos de Socorro em todas as Províncias das quais 19 em unidades da Polícia de Guarda Fronteira; 17 postos de saúde; 7 centros de saúde, dos quais o centro de saúde principal de Luanda é unidade de referência e 6 são do nível de atendimento secundário; e 3 Hospitais, dos quais 2 oferecem o nível de atendimento secundário e 1 serviços terciários.

Os principais constrangimentos associados às infraestruturas sanitárias existentes é a insuficiência de unidades sanitárias para atender a população desejada, os níveis de atendimento não está padronizado e a necessidade de reabilitação e de apetrechamento de todas unidades sanitárias.

A existência e o funcionamento do Departamento Nacional de Saúde está previsto no Decreto Lei nº 78 que cria a Polícia Nacional. Este Subsistema de Serviços de Saúde tem regulamento próprio, e é regido metodologicamente pelo Ministério da Saúde.

Tabela 4 Infraestruturas existentes do Departamento Nacional de Saúde em termos de nível de atendimento

Província	Tipo de Unidade Sanitária	Órgão	Nível de atendimento
Luanda	Centro de Saúde Principal	Polícia Nacional	Secundário
	Hospital Prisional	Serviços Prisionais	Secundário
	Hospital Psiquiátrico Prisional	Serviços Prisionais	Terciário
	Postos de Saúde (n=8)	Polícia Nacional	Primário
	Postos de Socorro (n=14)	Polícia Nacional	Primário
	Postos de Saúde (n=3)	Serviços Prisionais	Primário
	Postos de Saúde (n=2)	Serviços Nacional de Protecção Civil e Bombeiros	Primário
	Centro de Saúde	Serviço de Migração e Estrangeiros	Primário
Benguela	Hospital Provincial de Catumbela	Polícia Nacional	Secundário
	Centro de Saúde	Polícia Nacional	Secundário
Huambo	Centro de Saúde Regional	Polícia Nacional	Secundário
	Posto de Saúde	Serviços Prisionais	Primário
Bengo	Centro de Saúde	Polícia Nacional	Secundário
	Postos de Socorro	Serviços Prisionais	Primário
Huila	Centro de Saúde	Polícia Nacional	Primário
	Postos de Socorro	Serviços Prisionais	Primário
Cabinda	Centro de Saúde	Polícia Nacional	Primário
	Posto de Saúde	Serviços Prisionais	Primário
Kwanza Sul	Posto de Socorro	SNPCBombeiros	Primário
Kwanza Norte	Postos de Socorro	Polícia Nacional	Primário
Uige	Postos de Socorro	Polícia Nacional	Primário
Zaire	Postos de Socorro	Polícia Nacional	Primário
	Posto de Saúde	Serviços Prisionais	Primário
Bié	Postos de Socorro	Polícia Nacional	Primário
Lunda Norte	Postos de Socorro	Polícia Nacional	Primário
Lunda Sul	Postos de Saúde (n=2)	Serviços de Emigração Estrangeiros	Primário
Malanje	Postos de Socorro	- Polícia Nacional - Serviços Prisionais	Primário
Cunene	Postos de Socorro	Polícia Nacional	Primário
Moxico	Postos de Socorro	Polícia Nacional	Primário
Kuando Kubango	Postos de Socorro	- Polícia Nacional - Serviços Prisionais - SNPCBombeiros	Primário
Namibe	Postos de Socorro	- Serviços Prisionais - Polícia Nacional	Primário

Quanto a instituições de formação, não existem instituições de formação em saúde controlados pelo Ministério do Interior. A formação permanente é realizada em parceria com as instituições dos Ministérios da Educação, Ensino Superior, Saúde e Defesa. O Departamento Nacional de Saúde controla 1748 funcionários, dos quais 139 são médicos, 818 enfermeiros, 28 técnicos de farmácia, 177 técnicos de laboratório (Tabela 5).

Os principais problemas e constrangimentos deste subsistema no que diz respeito aos recursos humanos, estão associados à carência de recursos humanos qualificados e capacitados. Contudo, esforços estão a ser feitos para suprir este problema com a distribuição de bolsas externas e internas de formação.

Quanto a formações realizadas no exterior do País, actualmente existem 23 estudantes bolseiros a frequentarem cursos de especialidade conforme apresentado na Tabela 6. Perspectiva-se o regresso da maior parte dos bolseiros a partir de 2014.

Quanto a bolseiros internos, estão registados 12 bolseiros a frequentarem cursos de especialidade no Hospital David Bernardino, Hospital Josina Machel, Hospital do Prenda e Hospital M. Principal/IS. As especialidades estão apresentadas no gráfico ao lado.

No que diz respeito a bolseiros internos a frequentarem cursos de licenciatura, totalmente o sector conta com 24 bolseiros nas áreas apresentadas na Tabela 7.

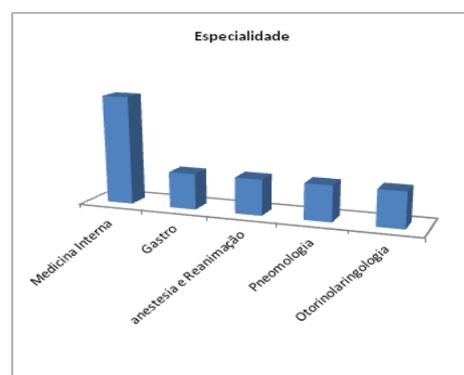


Tabela 5 Quadro de pessoal do Departamento Nacional de Saúde

Órgãos	Médicos	Psicólogos	Técnico Superior de Enfermagem	Técnico Médio de Enfermagem	Técnico Básico de Enfermagem	Técnico Superior de Farmácia	Técnico Médio de Farmácia	Técnico Básico de Farmácia	Técnico Superior de Laboratório	Técnico Médio de Laboratório	Técnico Básico de Laboratório	Técnico Superior de Fisioterapia	Técnico Médio de Fisioterapia	Técnico Básico de Fisioterapia	Técnico Superior de Radiologia	Técnico Médio de Radiologia	Técnico Básico de Radiologia	Técnico Superior de Odontologia	Sanitários	Total
Luanda																				
Departamento Nacional de Saúde	102	17	8	156	86	3	8	1	7	47	10	6	1	1	18					471
Direcção Nacional de Investigação Criminal	20			3					1	17										41
Unidade Aeroportuária		1		11																12
Escola Nacional da Polícia para a Ordem Pública				8																8
Escola Nacional da Polícia de Prot. Intervenção	1			12	7	2			2	4		1								29
Brigada Especial de Transito		1	1	4	12															18
Centro Polivalente Nzogi			1	10	3		1		3											18
Serviço de Protecção C. e Bombeiros/MININT			2	8	4															14
Serviço de Emigração e Estrangeiros/MININT	1			3																4
Instituto Superior de Ciências Policiais e Criminal			1	12	4					3										20
Instituto Médio de Ciências Policiais	1			14			1			4										20
Comando de Unidade de Protecção Diplomática	1			11																12
Comando de P. P. dos Objectivos Estrategicos			3	48					1											52
Comando de Policia de Cavalaria e Cinotecnia	1		6	4	5															16
Comando de Protecção de Individualidade Protocolar	1		2	22	8					6										39
Comando de Policia de Guarda Fronteira	1	1	2	15			1													20
Comando de Unidade de Guarda Fiscal	1			10	1					4										16
Comando da Policia Intervenção Rápida		3	2	17	69			2		3	5							1		102
Comando Provincial de Luanda	1	1	9	61			2			8										82



Órgãos	Médicos	Psicólogos	Técnico Superior de Enfermagem	Técnico Médio de Enfermagem	Técnico Básico de Enfermagem	Técnico Superior de Farmácia	Técnico Médio de Farmácia	Técnico Básico de Farmácia	Técnico Superior de Laboratório	Técnico Médio de Laboratório	Técnico Básico de Laboratório	Técnico Superior de Fisioterapia	Técnico Médio de Fisioterapia	Técnico Básico de Fisioterapia	Técnico Superior de Radiologia	Técnico Médio de Radiologia	Técnico Básico de Radiologia	Técnico Superior de Odontologia	Total
Comando Provincial de Benguela	2			67					14						7				90
Comando Provincial da Huila	1	1		21	15				5										43
Comando Provincial do Bié	1			31	14						1								47
Comando Provincial do Kuanza Norte				25	20				5									10	60
Comando Provincial da Lunda Sul	1			8	49	6	1		3										68
Comando Provincial do Bengo	3			13	10														26
Comando Provincial da Lunda Norte	1			6	71					2									80
Comando Provincial do Cunene				28	2														30
Comando Provincial do Uíge				51	22				6					6					85
Comando Provincial do Malange				19	3				1										23
Comando Provincial do Cabinda	2		7	4	3				11										27
Comando Provincial de Zaire					16														16
Comando Provincial da Kwanza Sul				18	10				3					1					32
Comando Provincial do Huambo	2		1	32	30				4	1								14	84
Comando Provincial do Namibe		1		1	12														14
Comando Provincial da Moxico				3	13														16
Comando Provincial do Kuando Kubango				4	34														38
TOTAL	139	26	45	760	523	11	14	3	19	14	3	18	8	1	2	31	1	24	176

Tabela 6 Bolseiros no exterior do País

PAÍS	CURSOS	NÚMERO	INÍCIO/CURSO	TÉRMINO DO CURSO
CUBA	Cirurgia Geral	01	2012	2014
	Neumotisiologia	01	2012	2014
	Toxicologia Experimental	01	2012	2014
	Cardiologia	02	2012	2015
	Oftalmologia	02	2013	2015
	Otorrinolaringologia	01	2014	2016
PORTUGAL	Imagiologia	01	2010	2014
	Ortopedia	02	2012	2014
	Ressonância Magnética Nuclear	01	2011	2014
	Nefrologia	01	2010	2014
	Pneumologia	01	2011	2015
BRASIL	Nefrologia	01	2011	2014
	Cardiologia	03	2011	2014/15
	Infecçiology	02	2012	2014
	Odontologia	01	2012	2014

	Saúde Pública	02	2012	2016
--	---------------	----	------	------

Tabela 7 Bolseiros internos (licenciatura)

UNIVERSIDADE	CURSOS	NÚMERO	FREQUÊNCIA
JEAN PIAGET	Medicina Garal	01	Aguarda Defesa
	Medicina Geral	02	4º ANO
	Medicina Geral	03	3º ANO
	Medicina Geral	03	2º ANO
	Enfermagem Obstétrico	01	3º ANO
	Medicina Dentaria	01	2º ANO
	Farmácia	01	4º ANO
UPRA	Fisioterapia	01	3º ANO
	Farmácia	01	3º ANO
	Odontologia	01	Aguarda Defesa
	Fisioterapia	01	Aguarda Defesa
METODISTA	Análises Clínicas Saúdas Pública	02	Aguarda Defesa
ISPAJ	Radiologias	02	2º ANO
OSCAR RIBAS	Psc. Clínica	01	4º ANO
LUSIADAS	Economia	01	4º ANO
UNIBELAS	Enfermagem	01	Aguarda Defesa
ISPNA	Análises Clínica	01	2º ANO

ORIENTAÇÕES ESTRATÉGICAS DO PNDS 2012-2025

Visão a longo prazo do desenvolvimento da saúde

A visão do PNDS (2012-2025) é a de promover o cumprimento do direito constitucional à saúde, visando 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.

Angola definiu na Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo “Angola 2025”, a reforma do Sistema de Saúde como um dos domínios críticos para o desenvolvimento a longo prazo do País, para a sua sustentabilidade, equidade e modernidade, de forma a alcançar a eliminação da pobreza e garantir um futuro melhor às gerações vindouras.

Seguindo a Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo “Angola 2025” e a reforma do Sistema de Saúde, a Política Nacional de Saúde (PNS-2025) adoptou uma visão de uma vida saudável para todos, num contexto de um desenvolvimento nacional sustentável e de um Sistema Nacional de Saúde que responda às expectativas da população, prestando cuidados de saúde humanizados, de qualidade e com equidade. A PNS-2025 está assente em princípios de universalidade de cuidados de saúde, da qualidade e humanização dos serviços e dos cuidados, de responsabilidade individual e colectiva, de liberdade de escolha dos cuidados, de regular prestação de contas e de intersectorialidade.

Concorrem para a concretização da visão da PNS-2025, as reformas dos outros sistemas de que dependem importantes determinantes sociais da saúde, que estão identificados na Estratégia “Angola - 2025”, de entre as quais se destacam, pela sua particular relevância, o Sistema de Educação-Formação, a Segurança e Protecção Social, a Administração Pública, a Estatística Nacional, as Finanças Públicas, o Planeamento e Gestão Macroeconómica, a Reestruturação Agrária e Reordenamento Fundiário e Financeiro e a Organização do Território. As questões relativas à Energia e Águas e à preservação e protecção do meio ambiente, não podem ser descuradas.

Com esta visão, pretende-se garantir a melhoria do estado de saúde da população angolana, construindo, num contexto socioeconómico e político favorável, um Sistema Nacional de Saúde que assegure o acesso, a qualidade dos cuidados, a equidade e o justo financiamento, com vista a reduzir as iniquidades, principalmente nos grupos sociais mais desfavorecidos.

O PNDS 2012-2025 constitui o primeiro documento estratégico-operacional e deverá ser adoptado como orientação das estratégias-operacionais que devem ser reflectidas nos Planos de Desenvolvimento Sanitário Municipais e Provinciais.

Constituem desafios importantes à execução do PNDS-2025, o (1) controlo, a eliminação e a erradicação das doenças transmissíveis, a (2) adopção de estratégias para o controlo das doenças não transmissíveis que caracterizam a transição epidemiológica do país, o (3) aumento de recursos humanos capacitados, de forma a cobrir as necessidades das instituições de saúde incluindo, obviamente, a rede sanitária existente e as novas unidades sanitárias projectadas até 2025, a (4) colocação e fixação de técnicos em todos os Municípios e Comunas, particularmente em áreas remotas e de difícil acesso, o (5) sistema de informação e gestão para a monitorização dos avanços e tomadas de decisões oportunas, bem como a (6) organização do sistema logístico, para garantir a sustentabilidade da oferta dos cuidados de saúde.

Constituem, do mesmo modo, desafios importantes para o assegurar de melhores níveis de saúde e satisfação das populações, a organização, o funcionamento, a continuidade e integralidade, nos três níveis de atenção do Sistema Nacional de Saúde, incluindo as Regiões Sanitárias, ligados por mecanismos de Referência e Contra Referência.

A atenção primária a nível Municipal, assente nos Cuidados Primários de Saúde, com a implementação de um conjunto de acções de carácter individual e colectivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a reabilitação, configura uma componente importante desta visão, procurando responder a 85% da demanda e tornar o Sistema de Saúde mais custo-efectivo e equitativo.

O desenvolvimento do nível secundário, com a execução de um conjunto de serviços de média complexidade, visa melhorar a qualidade dos serviços a nível Provincial e servir de referência de casos do nível primário de atenção.

Os cuidados de atenção terciária, com a implantação de serviços de alta complexidade, visam melhorar a qualidade e a quantidade do atendimento de situações de saúde, reduzindo as evacuações médicas, quer para os hospitais nacionais, como para o exterior do país.

Na visão adoptada para assegurar a reforma do Sistema de Saúde e o desenvolvimento sanitário sustentável, consideram-se decisivos a reforma legislativa, o financiamento da saúde e a relação com o sector privado.

Princípios orientadores do PNDS 2012-2025

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 (PNDS) é regido pelos seguintes princípios:

1. **Constitucionalidade e legalidade:** as acções a realizar no âmbito do PNDS desenvolvem-se no estricto cumprimento da Constituição da República de Angola e demais legislação vigente.
2. **Universalidade:** nos termos da Constituição, o Estado garante o direito aos serviços e cuidados de saúde a todo o cidadão, independentemente da sua condição socio-económica, sexo, idade, raça, religião ou cultura.
3. **Humanização:** a humanização dos serviços e cuidados de saúde deve ser a tónica principal nos processos e actos de implementação das intervenções de saúde a todos os níveis do sistema de saúde.
4. **Intersectorialidade:** com o princípio da intersectorialidade procura-se integrar e coordenar, tanto quanto possível, as intervenções de todos os sectores para elevar a qualidade de vida e de bem-estar social da população angolana, de acordo com os objectivos de saúde, sendo determinante o papel do Ministério da Saúde.
5. **Equidade:** o Executivo de Angola está engajado no combate às assimetrias. No âmbito do PNDS esse propósito deve ser traduzido pela prioridade das intervenções tendentes a fazer chegar os serviços e cuidados de saúde a todas as populações, particularmente as que vivem em áreas isoladas ou de difícil acesso.
6. **Descentralização:** A concretização do Plano Nacional requer a repartição de responsabilidades aos níveis Central, Provincial e Municipal. O Plano Municipal de Desenvolvimento Sanitário (PMDS) converte o município no centro de execução do PNDS.
7. **Participação e controle social:** o PNDS incentiva e promove a todos os níveis o envolvimento dos cidadãos, de forma individual ou organizada, na formação das decisões que lhes digam respeito. As Comunidades devem comparticipar no processo, sendo corresponsáveis pela sua condução, exercendo igualmente uma papel activo e dinâmico no controlo da sua execução através dos mecanismos de supervisão, bem como na monitoria e avaliação da sua implementação.

8. **Solidariedade:** O princípio da solidariedade é baseado no espírito de parceria, tolerância, transparência e responsabilidade partilhada com indivíduos e comunidades. O êxito desta conquista está vinculado à luta pela melhoria de factores condicionantes sociais, políticos e económicos e, para o cumprimento de preceitos constitucionais, de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Os grupos sociais mais desfavorecidos, as crianças órfãs, os inválidos e os idosos, bem ainda como os indivíduos que padecem de doenças crónicas e/ou incapacitantes, devem beneficiar de medidas de protecção adequadas.

Prioridades

As prioridades do PNDS 2012-2025, baseadas no combate à pobreza e no desenvolvimento sustentável, visam fundamentalmente o seguinte:

- Aumentar a esperança de vida à nascença;
- Melhorar o Índice de Desenvolvimento Humano e alcance dos Objectivos do Milénio;
- Consolidar o processo de reforma do Sistema Nacional de Saúde e do reforço institucional, particularmente aos níveis Central, Regional, Provincial e Municipal;
- Reduzir a mortalidade materna, infantil e infanto-juvenil, bem como a morbilidade e mortalidade no quadro nosológico nacional;
- Adequar os recursos humanos e adoptar novas tecnologias de saúde;
- Assegurar um financiamento sustentável;
- Gerir eficientemente os recursos do sistema de saúde;
- Capacitar os indivíduos, famílias e comunidades para a promoção e protecção da saúde.

Objectivos do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025

A finalidade do PNDS 2012-2025 é a de contribuir para combater a pobreza, promover a melhoria sustentada do estado sanitário da população angolana, apoiando de forma mais directa os grupos sociais mais desfavorecidos e assegurar à população maior qualidade de vida e longevidade.

A prossecução das referidas finalidades ancora em objectivos gerais e específicos, que visam a melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde por níveis de atenção, articulando a atenção primária com os cuidados hospitalares, em busca de uma assistência contínua e integrada, da efectividade e da eficiência, bem como da melhoria da gestão e do funcionamento do Sistema Nacional de Saúde.

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.

- 1.1. Reforçar a luta contra as doenças transmissíveis e não transmissíveis;
- 1.2. Prestar cuidados de saúde a determinados grupos vulneráveis da população, nomeadamente às mulheres e crianças e grupos sociais mais desfavorecidos.

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.

- 2.1. Promover hábitos e estilos de vida saudáveis com o envolvimento das comunidades;
- 2.2. Garantir o acesso universal e a utilização dos serviços de saúde baseados nos cuidados primários e assentes na Municipalização dos Serviços de Saúde;
- 2.3. Garantir cuidados hospitalares de excelência e de referência a nível nacional, regional e provincial, equipados com novas tecnologias de diagnóstico, tratamento e reabilitação;
- 2.4. Reforçar a articulação com o sector privado e as parcerias público-privadas;

3. 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 a qualidade das respostas do SNS.

- 3.1. Fortalecer a organização e gestão do Sistema e do Serviço Nacional de Saúde, de tipo matricial, dadas as relações intersectoriais e intrasectoriais que envolve, tendo o Município como centro das actividades;
- 3.2. Desenvolver, qualificar e gerir os recursos humanos do sector, vector fundamental para garantir a qualidade dos cuidados e serviços de saúde;
- 3.3. Reabilitar e expandir a rede sanitária, segundo as necessidades e recomendações emanadas pelos Mapas Sanitários Provinciais;
- 3.4. Melhorar os sistemas de aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos e dispositivos médicos, com vista a melhorar a sua utilização, e diminuir desperdícios;
- 3.5. Promover a produção nacional de medicamentos, nomeadamente dos genéricos, e o uso da farmacopeia dos medicamentos tradicionais;
- 3.6. Alcançar a sustentabilidade financeira do desenvolvimento do sector da saúde, através da criação de um modelo de financiamento com pluralidade de fontes de financiamento, em que, todavia, os cuidados primários da saúde permaneçam largamente financiados por recursos públicos;
- 3.7. Reforçar o sistema de informação e gestão sanitária e da investigação em saúde, promovendo o uso de novas tecnologias de informação para a produção sistemática e regular de dados, para a vigilância de eventos de saúde pública e apoio na gestão;
- 3.8. Reforçar a intervenção da Inspeção Geral de Saúde na fiscalização do Sistema Nacional da Saúde;
- 3.9. Adaptar e criar os instrumentos jurídicos e regulamentares do sector da saúde acompanhando a reforma do Sistema de Saúde.

4. *Acelerar a resposta às determinantes sociais da saúde e incrementar 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 PNDS, incluindo o desempenho do sector, através do SIS e estudos apropriados.*

Metas

O seguimento da prossecução dos objectivos do PNDS até 2025, poderá ser realizado através do grau de cumprimento de algumas metas, ligadas à Estratégia “Angola- 2025”, à PNS-2025, aos ciclos de avaliação dos Programas Quinquenais do Executivo e aos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ver Tabela 4).

Tabela 4 Metas ligadas à Estratégia “Angola- 2025”

	2000	2010	2015	2025
Taxa de morbilidade atribuída a malária (todas idades)	26,6	21	17	10
Taxa de Incidência da Tuberculose (Novos Casos por 100 Mil Habitantes)	130	38 ⁽¹⁾	20	10
Incidência da Tripanossomiase (Novos Casos Notificados)	6068 (1998)	154	75	20
Taxa de Prevalência do VIH/SIDA na População Adulta	5.7	1.98	2 ⁽²⁾	2
Taxa de Mortalidade em Menores de 5 Anos por 1000 Nados Vivos	250	195	145	95
Taxa de Mortalidade Infantil	150	116	104	75
Rácio da Mortalidade Materna (Mortes Maternas por 100 Mil Nascidos Vivos)	1400	450	250	150
Partos Assistidos por Pessoal de Saúde Qualificado (%) (MICS de 2001, somente áreas acessíveis)	44.7	49	60	85
Número de Médicos por 10.000 Mil Habitantes	1	1	3	5

Estratégias

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 nível;
3. Reforço do controle das doenças endémicas e da vigilância epidemiológica;
4. Promoção de medidas de protecção individual e colectiva;
5. Aumento substancial, em quantidade e qualidade, dos recursos humanos do sector da saúde;
6. Expansão da rede sanitária, de acordo com os Mapas Sanitários Provinciais;
7. Disponibilização assegurada de medicamentos essenciais e produtos farmacêuticos;
8. Produção regular e sistemática de informação para a gestão do SNS, baseada em factos;
9. Incorporação de novas tecnologias;
10. Promoção da investigação em saúde;
11. Afectação de mais recursos financeiros ao sector e sua melhor planificação e utilização;
12. Adaptação do quadro jurídico e regulamentar do sector da saúde, às mudanças previstas na reforma;
13. Acelerar a resposta à transformação favorável das determinantes sociais da saúde, para reduzir as iniquidades em saúde e os factores de risco;
14. Mobilização e coordenação das parcerias nacionais e internacionais;
15. Monitorização e avaliação do PNDS, dos Programas e Projectos e do desempenho do sector.

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Os determinantes sociais da saúde (DSS) constituem um tema candente na agenda actual da saúde a nível nacional e mundial, com uma grande importância para a promoção da equidade, através de acções sobre as DSS a ser executadas por meio de uma abordagem intersectorial. A maior parte das doenças e das iniquidades em saúde é causada pelas condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, as quais recebem a denominação de DSS. As determinantes incluem as experiências do indivíduo nos seus primeiros anos de vida, a educação, a situação económica, o emprego e o trabalho, a habitação, o meio ambiente, o acesso a água potável e energia, além dos sistemas eficientes de prevenção e tratamento das doenças.

As intervenções sobre as determinantes para os grupos desfavorecidos, vulneráveis e para a população no seu todo são essenciais para que as sociedades sejam inclusivas, equitativas, economicamente produtivas e saudáveis.

A equidade na saúde é definida como a ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis na saúde de populações ou grupos, definidos com critérios sociais, económicos, demográficos ou geográficos.

As determinantes mais críticas são aquelas que estratificam a sociedade e colocam os indivíduos em posições sociais distintas como resultado de diversos mecanismos sociais. Estas são chamadas de determinantes estruturais. Neste grupo encontramos a distribuição da renda, a discriminação baseada no género, classe social, etnia, deficiência física, orientação sexual, escolaridade e localização geográfica. Aqui devem actuar políticas que diminuam as diferenças sociais, como as relacionadas com o mercado de trabalho, o acesso à educação e segurança social, sendo relevante o acompanhamento sistemático das políticas económicas e sociais para avaliar o seu impacto e diminuir os seus efeitos sobre as classes sociais.

Outras determinantes estruturais também importantes são as estruturas de governação, liderança e as políticas que influenciam o aumento ou a redução das iniquidades, tais como as políticas macroeconómicas e de mercado de trabalho, de protecção do ambiente e de promoção da Paz e de solidariedade, que visam promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais e económicas, a violência, a degradação ambiental e os seus efeitos sobre a sociedade.

As determinantes intermediárias, que influenciam mais directamente as condições de saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades, são, nomeadamente, as condições de habitação, de trabalho, de segurança alimentar e de educação, os factores comportamentais psicossociais e biológicos e o Sistema e Serviços de Saúde.

Vários inquéritos realizados durante os últimos anos em Angola oferecem-nos dados sobre a dimensão das disparidades dos indicadores de saúde entre o meio urbano e rural, entre as diversas regiões do País, segundo o nível de escolaridade da mãe, entre os géneros e entre os grupos de população com diversos níveis de renda. Foram constatadas disparidades notáveis entre as áreas rurais e urbanas relativamente às taxas de mortalidade materno-infantil, à cobertura vacinal, ao acesso a água e energia, aos conhecimentos sobre o VIH/SIDA, à utilização de mosquiteiros tratados, ao nível de escolaridade, distribuição da renda, local de residência, entre outros.

A saúde, como um direito de todos os angolanos, exige um Sistema e um Serviço de Saúde universal, abrangente, equitativo, efectivo, eficaz e de boa qualidade. Todavia, depende também da participação de outros sectores, actores e comunidades, uma vez que o desempenho destes gera impactos significativos sobre a saúde e o bem-estar.

As estratégias de saúde em todas as políticas, juntamente com a articulação de acções intersectoriais, constituem um enfoque promissor para ampliar a responsabilização dos outros sectores em relação à saúde, além de promover a equidade em saúde e o desenvolvimento de sociedades mais inclusivas e produtivas.

O MINSA pretende reforçar as parcerias e mecanismos com todos os sectores e actores para acelerar a redução de condições que prejudiquem a saúde. Os desafios são enormes mas importantes para oferecer à população boa saúde, através de acções firmes, tais como a erradicação da fome e da pobreza, o asseguramento da segurança alimentar e nutricional, a promoção do acesso a água e saneamento, ao emprego e ao trabalho, à protecção do meio ambiente e à educação, contribuindo para o alcance dos Objectivos do Milénio.

Neste sentido, o MINSA pretende promover e apoiar o desenvolvimento de políticas, programas e intervenções concretas para o combate às iniquidades de saúde produzidas pelas DSS, com base em evidências científicas e para a promoção da equidade, de forma a assegurar o direito universal à saúde.

Os principais objectivos de actuação sobre as Determinantes Sociais de Saúde (DSS) em Angola são:

1. Realizar estudos sobre as relações entre as DSS em Angola e o impacto sobre a saúde, particularmente as assimetrias em saúde, com vista a fundamentar políticas e programas;
2. Apoiar o desenvolvimento de políticas e programas para a promoção da equidade em saúde;

3. Promover acções de mobilização das comunidades e da sociedade civil para a tomada de consciência e actuação sobre as DSS;
4. Monitorar e avaliar os progressos alcançados nos programas e projectos ligados à resposta às DSS.

As principais linhas de actuação do MINSa para a redução das iniquidades em saúde e para a actuação sobre as DSS são:

1. Consolidar o Sistema e o Serviço Nacional de Saúde para oferecer cobertura universal, equitativa e o acesso a serviços integrados de promoção e prevenção, de tratamento e reabilitação ao longo do ciclo de vida, particularmente no nível primário de atenção;
2. Garantir o acesso ao Serviço Nacional de Saúde a toda a população, particularmente às populações de difícil acesso, nomeadamente do Leste e Sul (Kuando-Kubango e Cunene) do País;
3. Aumentar progressivamente o financiamento da saúde, principalmente para grupos populacionais mais vulneráveis, nomeadamente mulheres grávidas, crianças, idosos e pessoas portadoras de deficiência e de doenças crónicas;
4. Incluir informações sócio-demográficas no Sistema de Informação de Saúde, para permitir a monitorização das desigualdades sociais em saúde;
5. Criar e manter os sistemas de monitorização para avaliar as iniquidades em saúde, a distribuição e o uso dos recursos;
6. Incluir a temática das DSS e das consequências das desigualdades na formação dos profissionais de saúde;
7. Divulgar e mobilizar os profissionais e gestores de saúde para a implementação de políticas públicas para a procura da equidade em saúde;
8. Promover junto a Instituições Académicas, especialmente a Escola Nacional de Saúde Pública e organizações da sociedade civil com interesses e meios necessários estudos para melhorar a equidade sanitária actuando sobre as DSS;
9. Criar *fora* intersectoriais para o debate do tema e discussão de políticas a curto, médio e longo prazos;

10. Avaliar o impacto de Políticas Públicas, Programas e Projectos sobre a saúde e outras metas sociais;
11. Reforçar as parcerias com os outros sectores e instituições para promover a estratégia de saúde em todas as Políticas Públicas;
12. Reforçar a integração e monitorização dos Programas de Saúde no Programa Municipal Integrado de Desenvolvimento Rural e Combate à Pobreza e no Conselho Nacional da Criança (CNAC);
13. Mobilizar a sociedade civil para participar na defesa do princípio da equidade através da execução das políticas públicas, com vista, fundamentalmente, à mudança de comportamentos e à adopção de estilos de vida saudáveis;
14. Promover a actuação e a monitorização das acções dos sectores na melhoria da saúde das comunidades, particularmente as seguintes:

Sector	Acções	Indicadores
Ministério do Emprego e Segurança Social	<p><i>Criar politica para a fixação de técnicos nos Municípios</i></p> <p><i>Criar politica para a incorporação de novos profissionais de saúde nos serviços de saúde públicos;</i></p> <p><i>Aumentar a quota de profissionais de saúde para o Serviço Público de Saúde;</i></p> <p><i>Reforçar a divulgação e implementação dos incentivos para a atração, fixação e motivação dos profissionais da saúde de forma a reduzir as assimetrias de recursos humanos no território Angolano.</i></p>	<p><i>Nº de médicos nos Municípios;</i></p> <p><i>Nº de Enfermeiros nos Município;</i></p> <p><i>Nº de instrumentos legais elaborados e publicados sobre os mecanismos de fixação de técnicos nos Municípios.</i></p>
Ministério das Finanças	<p><i>Manter a política de descentralização financeira dos Municípios;</i></p> <p><i>Aumentar progressivamente o orçamento do Sector da Saúde</i></p> <p><i>Reforçar a política de monitorização do orçamento a nível municipal</i></p>	<p><i>Indicadores económicos e financeiros</i></p>
Energia e Águas	<p><i>Aumentar o acesso da população a água potável;</i></p> <p><i>Aumentar o abastecimento de água e energia às unidades</i></p>	<p><i>Percentagem de população com acesso à água potável;</i></p> <p><i>Nº de US com</i></p>

Sector	Ações	Indicadores
	sanitárias Aumentar o acesso da população à energia	abastecimento regular de água e energia
Ministério das Telecomunicações e das Tecnologias da Informação	Aumentar o acesso à rede fixa de telefones; Aumentar o acesso à rede móvel de telefones; Aumentar o acesso à internet; Criação de uma infraestrutura para apoiar a informatização e a troca das várias informações geradas em unidades sanitárias.	Percentagem da população com acesso a rede fixa de telefones; Percentagem de população com acesso à rede móvel de telefones Percentagem de população com acesso à rede de internet Nº de US com acesso à rede fixa de telefones Nº de US com acesso à Internet.
Ministério da Comunicação Social	Produzir e divulgar mensagens de promoção para a saúde e de hábitos e estilos de vida saudáveis; Capacitar a classe jornalística para a divulgação de mensagens de educação, informação e comunicação (IEC) para a saúde;	Nº de programas de saúde produzidos e divulgados Nº de jornalistas formados sobre mensagens IEC
Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural	Aumentar a cobertura de animais vacinados Aumentar a captura de animais errantes Aumentar as áreas cultivadas Apoiar e reforçar as cooperativas agrícolas	Nº de animais vacinados Nº de animais errantes capturados Área Cultivada por Província Número de cooperativas agrícolas Nº de Cooperativas apoiadas
Ministério da Construção	Melhorar as estradas secundárias e terciárias Coordenar e harmonizar a construção de unidades	Km2 de estradas secundárias e terciárias reabilitadas/ construídas

Sector	Ações	Indicadores
	sanitárias Divulgar o tipo de estabelecimentos sanitários	
Ministério dos Transportes	Aumentar o acesso da população a transportes públicos inter-provinciais e inter-municipais;	Número de Províncias com empresa pública de transporte; Número de Municípios com empresa pública de transportes;
Ministério da Educação	Aumentar a taxa de alfabetização entre as mulheres dos 15-24 anos de idade; Aumentar a taxa líquida do ensino primário em crianças dos 6 aos 11 anos de idade; Aumentar a frequência escolar em crianças dos 6 aos 17 anos de idade; Aumentar o acesso à escola, principalmente nas áreas rurais; Incluir nos currícula escolares dos vários níveis de ensino temas relacionados com a saúde, higiene, saneamento do meio e alimentação; Contribuir para o desenvolvimento da massificação do desporto escolar através da construção de espaços apropriados e fomentar o desporto escolar supervisionado por técnicos especializados.	Taxa de alfabetização entre as mulheres dos 15-24 anos de idade; Taxa líquida do ensino primário em crianças dos 6 aos 11 anos de idade; Número de crianças dos 6 aos 17 anos de idade na escolar Nº de escolas construídas
Ministério do Ambiente	Reforçar a divulgação e implementação da política sectorial para a criação de ambiente saudável; Reforçar a aplicação de medidas de protecção ambiental; Criar as bases legais para a gestão de resíduos hospitalares.	
Ministério da Reinserção Social	Reforçar a divulgação e implementação da política de protecção da criança e de regulamentos para a protecção do idoso e dos portadores de deficiência.	
Ministério da Justiça	Aumentar o acesso ao registo civil;	Nº de crianças registadas
Ministério da Família e	Reforçar a divulgação e implementação das políticas	

Sector	Ações	Indicadores
Promoção da Mulher	sectoriais de família e promoção da mulher	
Governos Provinciais e Administrações Municipais	<p>Reforçar a planificação e orçamentação das acções em saúde</p> <p>Elaborar os PPS e PMS</p> <p>Aumentar o acesso ao saneamento apropriado</p> <p>Aumentar o acesso à água potável</p>	<p>Nº de PPS e PMS elaborados</p> <p>Nº de Latrinas construídas</p> <p>Nº de Chafarizes construídos</p>

PARCERIAS PARA O DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO E O PNDS

A implementação do PNDS 2012-2025 e o alcance dos objectivos do Executivo para o sector para níveis e prazos bem definidos, só poderão ser atingidos através da participação organizada e sustentada de vários actores chave a todos os níveis de governação central e local.

O MINSA desenvolve parcerias, coordena e articula as suas acções com outros Ministérios, as Ordens Profissionais, as Instituições Académicas e o sector privado tais como:

- O MINFIN, MINIPLAN, MINED, MINFAM, MINARS, MAPESS, MINDEF e o MAT.
- Os Governos Provinciais e Administrações Municipais, cujo engajamento é determinante para o sucesso da implementação da Política de Saúde e na operacionalização do PNDS 2012-2025.
- Órgãos como o Conselho Nacional da Criança, onde desempenha um papel de relevo na liderança da primeira Comissão de Trabalho sobre os quatro primeiros compromissos;
- O Programa Municipal Integrado de Desenvolvimento Rural e Combate à Pobreza.

Para além dos órgãos do Executivo, conta também com a participação das Agências Internacionais, por exemplo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), o Fundo para a Alimentação (FAO), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) bem como o Banco Mundial, a USAID e a União Europeia, que cooperam desde há muitos anos com o Executivo no domínio da Saúde, contribuindo financeira, técnica e materialmente. A cooperação bilateral, incluindo em particular a Cooperação Cubana, tem permitido e deve continuar a fomentar acções de assistência técnica, formação e promoção da saúde.

Numerosos actores nacionais como as Igrejas, Organizações Não Governamentais de carácter humanitário ou de desenvolvimento, Universidades, Centros de Investigação e diversas instituições do sector privado participam na implementação de acções de saúde e são agora convidados a participar neste processo.

O envolvimento da própria comunidade e seus líderes é indispensável ao sucesso da implementação do PNDS 2012-2025. Os meios de comunicação social merecem também uma referência particular, já que é essencial a sua intervenção permanente e esclarecida de carácter informativo e educativo

Existem vários mecanismos de coordenação com os parceiros, tais como o Comité de Coordenação Interagências do Programa Alargado de Vacinação, o Comité de Coordenação Interagências da Revitalização, o Mecanismo de Coordenação do País do Fundo Global, e o fórum dos parceiros na luta contra a malária.

A qualidade da liderança do MINSa a diferentes níveis, o respeito mútuo entre os parceiros nacionais e internacionais, assim como a sua responsabilização para garantir acções coordenadas, são factores que condicionam o êxito das parcerias em saúde.

Os doadores são chamados a disponibilizar as suas contribuições alinhadas com as prioridades nacionais de desenvolvimento sanitário e, harmonizadas através de processos de planificação conjunta.

As parcerias público-privadas deverão ser feitas em conformidade com as orientações do MINFIN. O MINSa deve analisar e avaliar os processos tendo em consideração o reforço do Sistema Nacional de Saúde antes da sua submissão a financiamento.

É desejável que os recursos disponibilizados no quadro da responsabilidade social das empresas sejam direccionados não só para o sector saúde, mas também para os determinantes sociais da saúde.

Reforçar a importância das acções políticas coordenadas, integradas e intersectoriais, entre o sector da saúde e os outros sectores, como estratégia fundamental para o estabelecimento de políticas públicas coerentes no tratamento das questões de saúde e das determinantes sociais da saúde e da equidade na saúde.

PRINCIPAIS PROGRAMAS DO PNDS 2025

Para se alcançar os objectivos fixados para o PNDS, estes são incorporados em Programas, Subprogramas e Projectos prioritários, visando a prestação de cuidados, a promoção da saúde, o aumento de recursos humanos capacitados, o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Nacional de Saúde, assim como intervenções para o reforço da sustentabilidade financeira, da coordenação das parcerias e da descentralização das acções de saúde com prioridade para o Município.

1. *Programa de prevenção e luta contra as doenças*
2. *Programa de prestação de cuidados primários e assistência hospitalar*
3. *Programa de gestão e desenvolvimento de recursos humanos*
4. *Programa de desenvolvimento da investigação científica*
5. *Programa de gestão e ampliação da rede sanitária*
6. *Programa de gestão, aprovisionamento e logística, desenvolvimento do sector farmacêutico, e dos dispositivos médicos*
7. *Programa de desenvolvimento do sistema de informação e gestão sanitária*
8. *Programa de desenvolvimento do quadro institucional*
9. *Programa de financiamento e sustentabilidade financeira do serviço nacional de saúde*

Programa de Prevenção e Luta Contra as Doenças

As orientações da Estratégia a Longo Prazo “ Angola 2025” e a Política Nacional de Saúde, definem como objectivos e prioridades de actuação para o combate à doença e a promoção do estado de saúde da população, os seguintes: (i) A prevenção e luta contra as grandes endemias, nomeadamente o VIH/SIDA, a Malária, a Tuberculose, a Lepra, a Tripanossomíase, as Doenças Tropicais Negligenciadas e outras doenças transmissíveis; (ii) a redução substancial da mortalidade materna, infantil e de menores de cinco anos; (iii) a prevenção das doenças crónicas não transmissíveis, nomeadamente a doença mental, as doenças cardiovasculares, as doenças renais, a diabetes, o cancro, a falciformação, a malnutrição e os acidentes rodoviários.

Os indicadores de Saúde mais recentes, publicados em 2010 pelo Instituto Nacional de Estatística e em 2011 pela OMS, mostram uma melhoria dos principais indicadores, nomeadamente o rácio da mortalidade materna (que passou de 1.400 mortes maternas por cem mil nascidos vivos em 2001, para 610 por mil nascidos vivos em 2008, e para 450 por cem mil nascidos vivos em 2010), a mortalidade Infantil (que passou de 150 mortes em mil nascidos vivos em 2001, para 116 em 2009), e a mortalidade em menores de cinco anos (que passou de 250 em 2001, para 195 em 2010).

O mesmo inquérito indicou que 47% das mulheres efectuaram pelo menos, 4 consultas pré-natais. Este mesmo inquérito revelou que 42% dos partos tiveram lugar numa instituição de saúde, principalmente pública, e 49% dos partos foram assistidos por profissionais qualificados.

As acções de controlo das principais doenças endémicas registaram avanços que conduziram à redução ou à estabilização da incidência, prevalência e mortalidade por essas patologias, destacando-se a prevalência de 1,9% do VIH/SIDA, situando Angola com a mais baixa taxa de prevalência dos países da Região da SADC.

As actividades de vacinação de rotina permitiram vacinar, em 2011, 88% de crianças contra o Sarampo. O último caso de pólio foi notificado em Julho de 2011 e há mais de 18 meses que Angola não regista casos, um sinal de que as campanhas nacionais e provinciais têm sido efectivas.

Estes ganhos alcançados nos últimos anos, para o controlo das principais doenças transmissíveis e para a redução da mortalidade materna e infantil, serão consolidados através das acções em curso e incrementados através da introdução de novas estratégias, grandes iniciativas e novas tecnologias da saúde, destacando-se a introdução de novas vacinas contra o *Pneumococos*, *Rotavírus* e *Papiloma vírus*.

Não existe no País um Programa Nacional de Doenças Crónicas não Transmissíveis, para coordenar acções de promoção, prevenção e elaboração de instrumentos normativos de diagnóstico e tratamento destas doenças, em crescente aumento. Consequentemente, a criação de um Programa é fundamental para o controlo destas doenças, que representam outros desafios.

Intervenções integradas serão orientadas prioritariamente para grupos específicos, tais com a mulher, o recém-nascido, a criança e o adolescente, através de Programas para a melhoria da saúde reprodutiva e parto seguro, para os cuidados essenciais ao recém-nascido, para a sobrevivência infantil e a melhoria da saúde do adolescente. O PNDS contempla igualmente intervenções para os idosos. Este Programa é amplo, o que justifica ser subdividido em Subprogramas que contemplam diversos Projectos para a prevenção e luta contra as doenças prioritárias do país e para a atenção a grupos específicos, nomeadamente: (i) Subprograma de doenças transmissíveis, (ii) Subprograma de doenças crónicas não transmissíveis, e (iii) Sub-Programa de atenção específica para grupos específicos da população.

As intervenções, no quadro do PNDS, incidirão sobre a implementação de acções estratégicas de Projectos para a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação, conducentes à redução da morbilidade e mortalidade por doenças prioritárias, bem como para a redução da mortalidade nos grupos mais vulneráveis.

Objectivo geral

Reduzir a mortalidade materna e infantil bem como a morbilidade e mortalidade por doenças transmissíveis e crónicas não transmissíveis, com a participação dos indivíduos, famílias e comunidades, elevando o estado de saúde da população angolana.

Objectivos específicos

1. Operacionalizar a atenção a grupos populacionais mais vulneráveis, como as crianças, as mulheres, os adolescentes e os idosos;
2. Reforçar as intervenções específicas contra as doenças transmissíveis e crónicas não transmissíveis com peso significativo no perfil epidemiológico nacional;
3. Criar o Programa Nacional de Doenças Crónicas não Transmissíveis.

Estratégias

1. Dotação do “Pacote Essencial Integrado de Cuidados e Serviços de Saúde Materna e Infantil” em todas as unidades sanitárias;
2. Introdução de novas vacinas (2012-Pneumococos, 2013-Rotavírus, 2015-Papiloma vírus) no calendário nacional;
3. Introdução de novas estratégias operacionais para a promoção da saúde e a prevenção das doenças crónicas a nível da atenção primária, destacando-se o rastreio da hipertensão arterial, da diabetes e do cancro;
4. Dotação em meios e recursos humanos capacitados às unidades sanitárias para desenvolverem acções de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação das doenças prioritárias no quadro nosológico;
5. Definição das funções e do funcionamento do Programa Nacional de Doenças Crónicas não Transmissíveis;
6. Elaboração do Plano Estratégico do Programa Nacional de Doenças Crónicas não Transmissíveis;
7. Reforço da vigilância epidemiológica integrada das doenças transmissíveis, incluindo as doenças crónicas não transmissíveis e a mortalidade materna;
8. Promoção da participação das comunidades e da sociedade civil nas acções de implementação dos Projectos.

Sustentabilidade do programa

Factores que favorecem

1. Vontade política expressa na Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo “ Angola 2025” e na Política Nacional de Saúde;
2. Existência de Programas considerados prioritários no quadro da reforma do Sistema de Saúde, tal como previsto também na Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo “ Angola 2025”;
3. Existência de uma Comissão Nacional de Luta contra o SIDA e Grandes Endemias, presidida por Sua Excelência o Presidente da República, que delegou esses poderes em Sua Excelência o Vice- Presidente da República;
4. Existência de Planos Estratégicos detalhados para alguns Programas de Saúde Pública prioritários (tais como PAV, VIH/SIDA, MALARIA e TB).

Factores de risco

1. Limitado número de profissionais de saúde capacitados;
2. Insuficiências ao nível da Gestão dos Serviços;
3. Débil abastecimento em água e energia, às unidades sanitárias e à população;
4. Deficiente saneamento básico do meio;
5. Deficiente resposta as determinantes sociais da Saúde.

Programa de Prestação de Cuidados Primários e Assistência Hospitalar

Segundo a Lei de Bases da Saúde, o Sistema Nacional de Saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvem actividades de promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais, que prestam esse tipo de serviços.

O Serviço Nacional de Saúde abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, dependentes do Ministério da Saúde, e dispõe de estatuto próprio.

O Programa de Cuidados Primários e Assistência Hospitalar, tem como objectivo principal a pronta prestação de serviços e cuidados de saúde de qualidade, em particular, de cuidados primários, procurados pela população.

Os progressos verificados nos indicadores de saúde, colocam como desafio urgente o reforço do SNS, dando prioridade ao nível Municipal, para melhorar e consolidar os ganhos registados em indicadores chaves, tais como o aumento da esperança de vida e a redução da Mortalidade Materna e Infantil. Importa melhorar e aumentar o acesso à prestação dos cuidados e serviços, satisfazendo as necessidades da população.

Por conseguinte, o modelo do SNS será orientado para o reforço da prestação de serviços por níveis de atenção, bem como para a articulação entre a atenção primária e os cuidados hospitalares por níveis de complexidade, com vista a aumentar a disponibilidade, melhorar a qualidade do acesso, reforçar o controlo das doenças transmissíveis e não transmissíveis, promover a participação comunitária e de outros sectores e parceiros.

Assim, a partir de 2013, a afectação dos recursos públicos deverá dar prioridade absoluta ao primeiro nível de atenção, tendo como foco principal os cuidados primários de saúde, sem contudo ignorar as prioridades relativas ao segundo e terceiro níveis de atenção.

Este Programa é vasto e complexo, com diferentes subprogramas e Projectos para a prestação de serviços e cuidados de saúde, visando satisfazer as expectativas da população. Foram considerados os seguintes subprogramas:

1. Promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis;
2. Operacionalização da prestação de cuidados e serviços de saúde;
3. Segurança transfusional;
4. Gestão e desenvolvimento da rede nacional de laboratórios;
5. Assistência pré-hospitalar.

As intervenções e acções no quadro do PNDS incidirão sobre a criação de mecanismos, normas e procedimentos, mobilização e coordenação de recursos humanos, materiais e financeiros, para garantir o acesso, a disponibilidade e a equidade de serviços de saúde abrangentes, integrados, adequados e eficazes, nos três níveis de atenção da pirâmide sanitária do SNS. A sua efectiva implementação constitui a essência da reforma do sistema de saúde.

Implica, também, a advocacia e implementação de estratégias e acções de promoção da saúde, da mudança de comportamentos e estilos de vida, da elaboração e implementação de políticas públicas e sociais saudáveis e da participação organizada e responsável das comunidades, na mudança de hábitos e estilos de vida, tornando-as saudáveis.

Objectivos gerais

1. Melhorar a organização, a qualidade e a prontidão dos serviços de saúde públicos prestados, em particular dos cuidados primários, procurados predominantemente pela população mais desfavorecida.
2. Promover a adopção de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Objectivos específicos

1. Reforçar as intervenções específicas de promoção da saúde para a mudança de comportamentos e estilos de vida;
2. Continuar a reforma de políticas públicas saudáveis de promoção da saúde;
3. Acelerar a resposta intersectorial às determinantes sociais da saúde;
4. Atender 85% das patologias frequentes ao nível primário de atenção;
5. Atender, ao nível secundário provincial, os 15% de casos que vão precisar de serviços e cuidados hospitalares de média complexidade;
6. Atender, ao nível terciário regional e central, os 5% de casos que vão precisar de cuidados e serviços especializados de alta complexidade;
7. Criar mecanismos para a implementação da telemedicina, como recurso para a resolução de casos clínicos por níveis de atenção e para a formação de quadros;
8. Assegurar que os serviços de sangue disponham de profissionais especializados e adequados, e estejam à altura dos padrões nacionais e internacionais;

9. Expandir os Centros de Excelência para o Controlo e Vigilância de Doenças;
10. Implementar a assistência pré-hospitalar a nível nacional.

Estratégias

1. Definição e implementação de intervenções e acções específicas de promoção da saúde a todos os níveis da pirâmide do SNS;
2. Elaboração de um pacote legislativo de políticas públicas saudáveis e velar pela sua difusão e massificação;
3. Institucionalização da acção intersectorial para melhorar e acelerar a coordenação da resposta as determinantes sociais da saúde;
4. Promoção da participação das comunidades, da sociedade civil e de outros sectores do Estado e privados nas acções de saúde;
5. Garantia de financiamento e provimento de recursos humanos, materiais e demais meios indispensáveis ao bom funcionamento dos serviços de saúde, em cada nível de atenção;
6. Análise e melhoria dos modelos de organização e prestação de serviços a todos os níveis;
7. Revisão das normas e procedimentos para a referência e contra-referência de casos, no SNS;
8. Revisão dos protocolos (normas, regras e procedimentos) de diagnóstico e de tratamento por nível de atenção;
9. Desenvolvimento de mecanismos para a instalação da telemedicina, para a resolução de casos por nível de atenção e para a capacitação de recursos humanos;
10. Reforço da coordenação e funcionamento do Serviço Nacional de Sangue;
11. Produção de normas e regulamentos actualizados, que garantam, a nível nacional, o adequado enquadramento funcional da rede de laboratórios, melhorando a planificação e coordenação dos mesmos;
12. Desenvolvimento e implementação da assistência pré-hospitalar em todo o território nacional.

Sustentabilidade do programa

Factores que favorecem

1. Vontade política de desenvolvimento de um Sistema Nacional de Saúde sustentável, eficaz, equitativo e eficiente;
2. Descentralização Político-administrativa em curso no País;
3. Municipalização dos Serviços de Saúde e nova política de financiamento dos Municípios;
4. Investimentos em infraestruturas;
5. Investimentos em serviços de alta complexidade;
6. Introdução de novos serviços a nível provincial e municipal;
7. Instrumentos legais criados, nomeadamente a Política Nacional de Saúde, Política Nacional Farmacêutica, Regime Jurídico da Gestão Hospitalar.

Factores de risco

1. Défice de recursos humanos capacitados em todos os níveis do Sistema Nacional de Saúde;
2. Falta de incentivos à fixação de quadros nas Províncias e Municípios;

3. Responsabilização quase exclusiva do sector da saúde pelas acções de promoção para saúde e prevenção da doença;
4. Ausência de mecanismos de articulação e coordenação dos projectos e intervenções dos distintos sectores;
5. Débil abastecimento em água e energia às unidades sanitárias e população;
6. Deficiente saneamento básico do meio;
7. Insuficiências a nível da gestão dos serviços.

Programa de Gestão e Desenvolvimento dos Recursos Humanos

Os recursos humanos em saúde têm um papel central na produção, utilização e desenvolvimento dos serviços de saúde. O desempenho e os benefícios que o Sistema Nacional de Saúde pode fornecer à população dependem amplamente das competências, distribuição, condições de trabalho, remuneração, dedicação e motivação dos profissionais responsáveis pela prestação de cuidados. O Programa de Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde, representa, assim, um pilar importante deste PNDS.

Um dos desafios mais complexos do Sistema Nacional de Saúde é a redução das assimetrias para permitir o acesso da população aos cuidados de saúde. Actualmente 45% da população angolana reside no meio rural (Figura 1), entretanto menos de 15% dos recursos humanos se encontram colocados nestas áreas. Esta distribuição assimétrica tem como consequência principal, a iniquidade no acesso aos cuidados de saúde.

Com vista a garantir o acompanhamento sistematizado da evolução do pessoal, e permitir a equidade na distribuição e gestão de carreiras, torna-se imperativo desenvolver o observatório nacional de recursos humanos em Angola.

Outra lacuna importante é a falta de informação, destacando-se a ausência de dados das características demográficas dos actuais efectivos, o que dificulta a gestão dos recursos humanos.

As orientações do PNDS vão no sentido de dar primazia ao desenvolvimento de uma Política Nacional de Recursos Humanos e criação de um sistema de informação, capaz de promover a articulação entre os níveis de gestão municipal, provincial e nacional.

O Programa de Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos é composto pelos seguintes Subprogramas: (1) Planeamento de recursos humanos; (2) Gestão de recursos humanos e; Desenvolvimento de recursos humanos.

Objectivos gerais

1. Garantir a oferta, gestão e boa utilização de recursos humanos qualificados, em todo o Sistema Nacional de Saúde, para melhoria da qualidade dos serviços e saúde da população.

Objectivos específicos

1. Elaborar a política nacional e a estratégia de desenvolvimento e gestão dos recursos humanos em saúde;
2. Melhorar progressivamente as condições de trabalho e de remuneração do pessoal do sector de saúde, no quadro de um Programa de mobilização, quer a nível nacional como na diáspora, de profissionais com qualificações e especialidades bem delimitadas;
3. Eliminar as assimetrias entre as áreas rurais e urbanas, municípios de fácil e difícil acesso, e garantir uma articulação funcional dos níveis municipal, provincial e nacional;
4. Desenvolver o observatório de recursos humanos, sustentado por um sistema de informação adequado, no âmbito do processo de desconcentração e descentralização;
5. Formar e capacitar profissionais de saúde, de modo a constituir uma massa crítica de profissionais, com competências múltiplas, que possam prestar cuidados integrados em equipas-tipo para cada unidade sanitária;
6. Melhorar os instrumentos de gestão e planeamento de recursos humanos em saúde, para assegurar a equidade, a distribuição e a qualidade de desempenho da força de trabalho;
7. Formar e capacitar profissionais de saúde, de modo a preencher e garantir equipas-tipo para cada unidade sanitária;
8. Reformular as carreiras específicas do sector da saúde;
9. Criar o sistema de avaliação de desempenho dos recursos humanos em saúde;
10. Reforçar os mecanismos e instrumentos de formação;

Estratégias

1. Adopção de uma política sectorial bem como uma estratégia de desenvolvimento, como instrumentos de orientação na gestão e desenvolvimento de recursos humanos;
2. Melhoria na gestão e planeamento de recursos humanos em saúde, com a criação do observatório nacional de recursos humanos;
3. Melhoria da distribuição e fixação dos recursos humanos em saúde;
4. Reformulação das carreiras específicas do sector da saúde;
5. Criação do sistema de avaliação de desempenho dos recursos humanos em saúde;
6. Reforçar os mecanismos e instrumentos de articulação, com os outros sectores e instituições;
7. Reforço de competências nas áreas de gestão e planeamento;
8. Melhoria dos mecanismos e instrumentos de formação inicial,
9. Reestruturação dos Programas de especialização pós-média e formação pós-graduada;

10. Melhoria da formação contínua e conclusão do processo de Promoção;
11. Acreditação de hospitais centrais para o exercício de formação superior, pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Ensino Superior, Ciência e Tecnologia;
12. Promover a política de aproveitamento das competências científicas e técnicas disponíveis no Sistema Nacional de Saúde e na diáspora, para apoio aos polos universitários, visando o desenvolvimento de recursos humanos;
13. Implementar a telemedicina e o tele-ensino, especialmente nos polos universitários, visando a formação e capacitação de recursos humanos e a resolução de casos por nível de atenção;
14. Desenvolver um sistema de informação de recursos humanos em saúde, nos três níveis de gestão do sistema de saúde.
15. Promoção da selecção, administração, aperfeiçoamento e valorização da força de trabalho, com foco na gestão de pessoas por competências, num ambiente organizacional que prime pelas condições de trabalho e que propicie a motivação e a satisfação das pessoas.
16. Elevação do nível da humanização dos serviços, no âmbito do Programa Nacional da Humanização dos Serviços de Saúde.

Sustentabilidade do Programa

Factores que favorecem

1. Existência do Ministério do Ensino Superior, Ciência, e Tecnologia;
2. Angola é signatária da Declaração de Argel;
3. Existência de uma Política Nacional de Saúde que apoia à investigação em saúde;
4. Expansão das instituições de ensino superior em saúde.

Factores de risco

1. Nível de incentivos, salários e condições de trabalho pouco atraentes;
2. Inexistência de um sistema de informação de recursos humanos;
3. Insuficiente articulação entre o nível central, as províncias e municípios;
4. Fuga de recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde para outros sectores.

Programa de desenvolvimento da investigação em saúde

Progressos foram registados na prevenção e tratamento das principais doenças prioritárias, tais como a Malária, o VIH/SIDA, e a Tuberculose. Enquanto muitos destes avanços foram apoiados por intervenções baseadas em evidências, o País ainda tem de enfrentar imensas dificuldades em lidar com grandes desafios de saúde pública, que demandam investigação científica para encontrar soluções.

Tomadas de decisão em saúde baseadas em evidências, constituem uma prioridade para o sector. A Política Nacional de Saúde identifica a investigação em saúde, como uma ferramenta fundamental para gerar conhecimento sobre os sistemas de saúde, as doenças, a epidemiologia, as determinantes sociais da saúde e outras informações que não são disponibilizadas pelo sistema de informação de rotina. Por isso, 2% dos recursos financeiros destinados ao sector saúde, serão alocados à investigação, como recomendado pela Declaração de Argel.

Actualmente, em Angola, existem deficiências no sistema nacional de investigação para a saúde. Apesar da manifesta vontade política do Executivo, não existe um mecanismo que coordene as instituições, os órgãos e os actores de pesquisa para a saúde. Pretende-se que as prioridades de investigação estejam alinhadas com as principais preocupações em saúde do País, prevendo para o efeito um orçamento próprio.

No âmbito do PNDS 2012-2025, prevê-se a necessidade do reforço dos sistemas nacionais de investigação, informação e gestão de conhecimentos, através de uma melhor coordenação das acções, com o objectivo de melhorar a saúde da população.

Objectivo geral

1. Reforço do sistema nacional de investigação para a saúde, do sistema nacional de informação e de gestão de conhecimentos, através de uma optimização de recursos financeiros, de uma melhor coordenação das acções e do reforço da gestão, para melhorar a saúde da população.

Objectivos específicos

1. Elaborar e aprovar a agenda nacional de investigação, com destaque para as áreas prioritárias;
2. Formar e dispor de recursos humanos em metodologias de investigação;
3. Elaborar o estatuto de investigador ou plano de carreira.

4. Criar mecanismos de parceria e coordenação para a investigação científica.

Estratégias

1. Criação do mecanismo de coordenação central para as acções de investigação em saúde;
2. Criação da Comissão Nacional de Investigação, incluindo membros de outros sectores importantes para a saúde;
3. Advocacia para a afectação de 2% do orçamento destinado à saúde e de 5% da ajuda externa, para Programas e Projectos de investigação em saúde;
4. Dotação de meios tecnológicos, recursos humanos, e adequação dos Institutos e Laboratórios para a investigação.

Sustentabilidade do Programa

Factores que favorecem

1. Existência do Ministério do Ensino Superior, Ciência, e Tecnologia;
2. Angola é signatária da Declaração de Argel;
3. Existência de uma Política Nacional de Saúde que promove a investigação em saúde;
4. Expansão das instituições de ensino superior em saúde;
5. O crescente interesse de candidatos a mestrados e doutoramento em ciências de saúde;
6. Parceiros nacionais e internacionais com interesse em apoiar investigações.

Factores de risco

1. Falta de clareza na definição de prioridades na investigação em saúde;
2. Profissionais de saúde desmotivados por falta de incentivos;
3. Falta de coordenação da investigação;
4. Falta de financiamento (bolsas de estudo);
5. Fraca ligação entre as pesquisas e o processo de orientação política do sector e a tomada de decisão em saúde;
6. Acesso limitado a referências bibliográficas.

Programa de Gestão e Ampliação da Rede Sanitária

No contexto do Sistema Nacional de Saúde, a Rede Sanitária está organizada em três níveis de atenção: (1) Atenção primária de saúde, que se dedica à prestação dos Cuidados Primários de Saúde, e integra os postos de saúde, os centros de saúde, os centros materno-infantis, os centros de saúde de referência e os hospitais municipais; (2) Nível intermédio ou secundário, que compreende os hospitais provinciais e os hospitais gerais, e (3) Nível terciário, composto pelos hospitais centrais.

O mapa sanitário nacional realizado de 2007 a 2011, cadastrou 2.356 unidades, das quais 1.854 (78.7%) eram funcionais. Está em curso a actualização dos dados das 5 primeiras províncias avaliadas.

Em geral, a Rede de infraestruturas do nível primário tem estruturas antigas, em mau estado de conservação e pouco apetrechadas em termos de equipamentos e de pessoal. Muitas unidades carecem ainda de condições básicas de funcionamento, tais como água, energia, saneamento e de material diverso. Das 1.854 unidades sanitárias funcionais, 22% são de construção não definitiva e 51% não dispõem de água potável.

Apesar de estar mencionado na Política Nacional de Saúde, o sistema de referência e de contra referência funciona, de momento, de forma pontual, carecendo de organização e implementação sistémica. Em Luanda, este problema é particularmente importante, pelo facto de coexistirem próximos os três níveis de atendimento, nomeadamente, Nacional, Provincial e Municipal, tornando-se necessária uma estratificação da assistência, compatível com uma ordenação territorial específica, como indicado no Artigo nº 17 da Lei de Bases 21-B/92 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 Regime 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 SNS.

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.

O PNDS estabelece critérios para a expansão da rede sanitária até 2025, bem como normas para a padronização e manutenção dos diferentes tipos de unidades sanitárias, de forma a reunirem condições para oferecerem cuidados e serviços por nível de atenção.

O PNDS prevê a revisão da tipologia e a dotação de tecnologias de saúde adequadas, para cada nível de atenção, com vista a aumentar a oferta de exames complementares de diagnóstico e terapêutica essencial.

A manutenção preventiva ou de reparação dos equipamentos e edifícios constitui, também, uma preocupação do Sector, tendo em conta que o crescimento do parque de infraestruturas de saúde e de equipamentos não tem sido acompanhado de uma cultura neste domínio.

Objectivos gerais

1. Dispor de uma Rede Sanitária adequada, funcional, com capacidade resolutiva e com um sistema de referência e contra referência, que responda às necessidades das populações.
2. Afectar recursos de acordo com as necessidades, contribuindo para a redução da morbilidade e mortalidade e no aumento da esperança de vida em Angola.

Objectivos específicos

1. Adequar as 1.854 Unidades Sanitárias da Rede aos requisitos normativos referentes à sua tipologia, nível e condições requeridas de água, energia e saneamento;
2. Construir e/ou ampliar e apetrechar seis Hospitais Centrais, 12 Hospitais Provinciais, 27 Hospitais Municipais, 48 Centros de Saúde e 3.936 Postos de Saúde, com base na redução das assimetrias.
3. Dotar as Unidades Sanitárias de pessoal administrativo, além dos profissionais de saúde, em conformidade com a sua tipologia e nível de assistência;
4. Padronizar e adequar o parque de equipamentos sanitários a cada tipo de estabelecimento, e em função do respectivo nível de atenção;
5. Instalar e equipar serviços complementares de diagnóstico e tratamento, necessários para elevar a qualidade da prestação de cuidados e diversificar as possibilidades de resposta às situações de doença no país;
6. Criar serviços de manutenção preventiva e de reparação para garantir a perenidade dos edifícios e o funcionamento perfeito dos equipamentos;
7. Facilitar a elaboração de planos de acção e orçamentos anuais, a nível municipal e provincial, relativos à gestão e ampliação da rede de infraestruturas.

8. Reduzir o tempo de espera e melhorar a satisfação dos utentes das Unidades Sanitárias, através da melhoria das respectivas condições, de acordo com a sua tipologia e nível de atenção;
9. Actualizar periodicamente os mapas sanitários provinciais e municipais.

Estratégias

1. Adequação e actualização do Regulamento Geral das Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde (REGUSAP), tendo em conta as prioridades definidas, 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 Municipais, para a melhoria da organização dos serviços e do desempenho das unidades;
3. Reforço dos Sistemas de Informação do Sector, com indicadores estatísticos essenciais, assegurando um fluxo de informação permanente entre todos os actores, permitindo a melhoria da tomada de decisões e monitoria dos progressos;
4. 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 oferta de serviços às populações;
5. Criação, a todos os níveis, de capacidades técnicas necessárias para assegurar o bom desempenho do Programa de Gestão e Ampliação da Rede de Infraestruturas;
6. Promoção da construção de uma rede de infraestruturas tecnicamente adequadas, de armazéns de medicamentos e dispositivos médicos, de acordo com as necessidades de cobertura nacional.

Sustentabilidade do Programa

Factores que favorecem

1. Existência de um programa de investimento a nível central, provincial e municipal;
2. Aumento progressivo da formação e disponibilidade de quadros;
3. Indefinições e atrasos na revisão e adequação da Regulamentação Sanitária vigente à luz do processo de desconcentração e descentralização em curso;
4. Reconstrução nacional, das infraestruturas de base e mudanças Sociais.

Factores de risco

1. Não cumprimento da regulamentação vigente;
2. Défice de pessoal qualificado, com realce para os gestores sanitários;
3. Pouca interligação entre os distintos intervenientes, nomeadamente, entre o MINSA e o MAT, bem como entre os Governos Províncias e Administrações Municipais;

Programa de gestão, aprovisionamento e logística, desenvolvimento do sector farmacêutico e dos dispositivos médicos

Os elementos considerados neste programa estão dentro do âmbito das tecnologias da saúde que, segundo a OMS, abrangem um conjunto de competências organizadas, sob a forma de aparelhos, medicamentos, vacinas, equipamento biológico, procedimentos e sistemas, criados para resolver problemas de saúde e melhorar a qualidade de vida.

Os produtos farmacêuticos constituem um dos pilares de qualquer sistema de saúde. O sector farmacêutico deve estar à altura de poder corresponder às exigências organizativas e à demanda de recursos imprescindíveis à prossecução da Política Nacional de Saúde. O aprovisionamento e a logística dos produtos farmacêuticos, emergem como um elo fraco no ciclo logístico.

Em Angola, o tradicional sistema centralizado de aquisição de meios médicos, que era assumido pela ANGOMÉDICA, revelou-se deficiente, em resultado da drástica redução do respectivo financiamento, decorrente do agravamento da guerra. Todavia, a descentralização do OGE que se seguiu, beneficiando as principais unidades hospitalares do País, não se tem revelado como uma alternativa válida. O abastecimento para a rede de assistência primária permaneceu centralizado. Porém, as grandes irregularidades na aquisição dos kits de medicamentos essenciais, originam frequentes roturas de stock dos mesmos.

O Ministério da Saúde criou a Central de Compras e Aprovisionamento de Medicamentos e Meios Médicos (CECOMA) para se ocupar da realização de compras, através de concursos públicos, da grande maioria dos produtos farmacêuticos mais consumidos nas Unidades Sanitárias do país.

À Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos incumbe a responsabilidade de garantir uma gestão equilibrada dos medicamentos e dispositivos médicos. Todavia, a gritante escassez de recursos humanos qualificados, constitui um grande constrangimento à boa estruturação e funcionamento do referido órgão central do MINSA. Além disso, os processos de desconcentração e descentralização em curso no País, exacerbam o já deficitário funcionamento da DNME, pela sua manifesta incapacidade de acompanhar e adaptar-se a essa dinâmica.

Em geral, na orgânica das Direcções Provinciais de Saúde, o enquadramento da área que responde pela gestão dos medicamentos e tecnologias de saúde está a um nível muito baixo - desajustado para a magnitude das suas competências. Impõe-se pois, trabalhar com vista ao reforço da Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos aos diversos níveis.

O documento da Política Nacional Farmacêutica foi promulgado em 2010, mas carece ainda de um Plano de Implementação a nível nacional.

Em Angola, a assistência farmacêutica é gratuita no sector público. Todavia, três questões fulcrais condicionam a disponibilidade de medicamentos para os utentes: (1) o insuficiente financiamento para as compras, (2) as irregularidades na sua execução, bem como (3) os procedimentos inadequados, que não salvaguardam a qualidade nem os melhores preços. Com a recente criação de uma Central de Compras (CECOMA), o MINSA pretende dar solução à última preocupação exposta. No presente PNDS, os demais factores acabados de mencionar são equacionados.

A garantia da qualidade dos medicamentos consumidos pela população em todo o país constitui uma questão crucial, que deve estar reflectida nos Projectos de gestão do ciclo logístico, compreendendo as etapas que vão da produção ao consumo, e incidindo sobre a totalidade do sistema nacional de saúde.

A falta de recursos humanos qualificados e a inexistência de infraestruturas sem condições técnicas adequadas, conjugam-se para produzir efeitos nefastos sobre a qualidade e a gestão dos produtos farmacêuticos na rede nacional de armazéns.

Há uma ausência das mais elementares normas e procedimentos aplicáveis aos dispositivos médicos. Ao nível das Unidades Sanitárias, isso traduz-se na ausência dos dispositivos mais básicos como termómetros, estetoscópios, esfigmomanómetros e espátulas. Há necessidade de padronizar os dispositivos médicos por áreas ou serviços, por tipo de Unidade Sanitária e Nível de Serviços. Foi proposta uma Comissão Técnica Nacional e trabalha-se no anteprojecto do Regulamento do exercício da actividade de análises clínicas.

De acordo com o presente PNDS, os seguintes aspectos vão merecer atenção: (1) Reforço das capacidades da DNME com vista a adequá-la aos desafios da implementação da PNF e do PNDS; (2) Promoção da produção nacional de medicamentos essenciais; (3) Definição de normas e procedimentos tendentes a garantir, a nível nacional, a qualidade dos medicamentos e dispositivos médicos existentes no país; (4) Implementação do sistema de registo e homologação de medicamentos, e padronização dos dispositivos médicos no País.

Objectivos gerais

1. Garantir a permanente e universal disponibilidade e acessibilidade de medicamentos essenciais seguros, eficazes e de qualidade, aos melhores preços, e promover o uso racional dos mesmos pelos profissionais da saúde e pelos consumidores;
2. Melhorar a qualidade da assistência e dos serviços, garantindo a disponibilidade de dispositivos médicos seguros, eficazes, aos melhores preços, de acordo com os padrões definidos para cada tipo de Unidade Sanitária e Nível Assistencial, e assegurar o seu manuseamento adequado e o funcionamento permanente.

Objectivos específicos

1. Planificar e realizar concursos públicos para a aquisição e abastecimento regular de produtos farmacêuticos seguros, eficazes, de boa qualidade e aos melhores preços para as Unidades Sanitárias;
2. Fazer um Programa de construção e reforço da rede de armazéns dependentes da CECOMA;
3. Garantir a boa gestão e conservação dos produtos na rede de armazenamento sob sua dependência;
4. Assegurar a distribuição atempada dos recursos às estruturas sanitárias.
5. Assegurar a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos produzidos e/ou consumidos no país;
6. Promover a gestão e o uso racional dos medicamentos, através da formação de base e contínua dos profissionais de saúde, complementada por Programas de informação, educação e comunicação da população;
7. Apoiar e promover o desenvolvimento da produção nacional de produtos farmacêuticos.
8. Desenvolver um quadro jurídico-legal que dê suporte e favoreça a implementação das acções preconizadas;
9. Criar a lista nacional dos medicamentos essenciais.

Estratégias

1. Aquisição e aprovisionamento de medicamentos e dispositivos médicos seguros, eficazes e a preços razoáveis;
2. Garantia da qualidade de medicamentos adquiridos, através de Laboratórios Nacionais ou Internacionais;

3. Criação de um sistema de manutenção dos dispositivos médicos;
4. Gestão eficiente dos medicamentos e dispositivos médicos, através de um sistema informatizado e integrado, funcionando em rede por todo o País;
5. Promoção da construção de uma rede de infraestruturas tecnicamente adequadas, de armazenamento de medicamentos e meios médicos, de acordo com as necessidades de cobertura nacional;
6. Criação de normas e da padronização a utilização dos dispositivos médicos por cada tipo de unidade sanitária.

Sustentabilidade do Programa

Factores que favorecem

1. Reconhecimento da realização de compras centralizadas através de concursos públicos internacionais e transparentes, como a melhor forma de racionalizar as aquisições;
2. Surgimento de novas instituições de ensino com formação superior em ciências farmacêuticas;
3. Criação de uma Central de Compras e Aprovisionamento de Medicamentos e Meios Médicos;
4. Projecto de Construção do Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade.

Factores de risco

1. Escassez de recursos humanos qualificados;
2. Rede nacional de armazéns degradada e sem condições técnicas;
3. Ausência de normas e procedimentos definidos, bem como de mecanismos em uso para o controlo da qualidade dos medicamentos;
4. Ausência de um Plano de Implementação da Política Nacional Farmacêutica;
5. Produção Nacional de Medicamentos praticamente inexistente;
6. Dificuldade em competir com o sector privado, face aos atractivos que oferece aos profissionais ligados à manutenção dos dispositivos médicos;
7. Carência de dispositivos médicos na rede de assistência primária;
8. Ausência de uma Política Nacional para os dispositivos médicos;
9. Grande multiplicidade de marcas e modelos de dispositivos médicos, e de intervenientes nos processos de aquisição, face à ausência de normas e regulamentos específicos.

Programa de Desenvolvimento do Sistema de Informação e Gestão Sanitária

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 dispor de recursos humanos qualificados, motivados e com autoridade necessária para liderar os processos de mudança nos níveis local, municipal, provincial e nacional.

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, encaminhados ao Gabinete de Estudos e Planeamento (GEPE). Contudo, e apesar de contar com uma estrutura orgânica definida pelos artigos 7º e 8º do Decreto Executivo nº 39/89 de 13 de Setembro, o GEPE perdeu o carácter integrador do SIS que lhe é conferido, não interligando os subsistemas. Este facto, provoca uma deficiência na gestão dos serviços de saúde e nas respostas oportunas ao controle das doenças e às epidemias. Por outro lado, é de referir também que, a nível local, a recolha, tratamento e envio dos dados não são realizados de forma adequada e oportuna.

A Direcção Nacional de Saúde Pública, através do Departamento de Higiene e de Epidemiologia e do Departamento de Controlo das Doenças, goza, na prática, de autonomia na gestão dos dados de vigilância epidemiológica. A 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 PNDS deverá criar condições para a implementação gradual e progressiva de um sistema integrado que congregue a 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, com a integração dos diversos subsistemas.

Objectivo geral

1. Garantir informação fiável e oportuna para a tomada de decisões, o planeamento, a gestão dos recursos, bem como, a monitorização e avaliação visando o apoio de uma melhor prestação de serviços de saúde.

Objectivos específicos

1. Reestruturar o SIS com redefinição dos subsistemas;
2. Criar uma estrutura de gestão e definir mecanismos de coordenação e colaboração intra e intersectorial;
3. Criar uma base de dados integrada e acessível a todos os políticos, gestores e profissionais de saúde;

Estratégias

1. Integração de todos os subsistemas do sector;
2. Actualização e divulgação da legislação sanitária de recolha e uso de dados estatísticos;
3. Formação de técnicos em métodos estatísticos e informáticos;
4. Garantia da capacitação dos técnicos epidemiologistas em VID-R a todos os níveis;
5. Fortalecimento da capacidade nacional e provincial, para monitorizar o perfil epidemiológico das doenças prioritárias e detectar precocemente surtos epidémicos;

Sustentabilidade do Programa

Factores que favorecem

1. Inquérito de Bem-Estar da População desenvolvido pelo INE;
2. Censo populacional 2013;
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.

Factores de risco

1. Insuficientes recursos humanos em estatística, dedicados ao SIS;
2. Duplicação de instrumentos de recolha de informação;
3. Surgimento de epidemias ou outras emergências nacionais que podem impedir a implementação do plano estratégico.
4. Débil coordenação ao Nível Central entre os diferentes actores envolvidos na vigilância epidemiológica.

Programa de Desenvolvimento do Quadro Institucional

O desenvolvimento do quadro institucional do sector da saúde, é fundamental para a implementação do PNDS 2012-2025. A reforma e a modernização do Sistema de Saúde passam pela introdução de acções e intervenções organizativas, financeiras, legislativas e regulamentares para adequar o Sistema Nacional de Saúde aos desafios actuais e vindouros e prestar um conjunto de cuidados de saúde integrados de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

O Ministério da Saúde tem a missão de desenvolver os instrumentos legais e regulamentos de suporte para a implementação da Política Nacional de Saúde (PNS), com o objectivo de garantir o direito à saúde consagrado na Constituição da República.

O PNDS prevê a revisão e a adequação da Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 21-B/92, de 28 de Agosto), do Regulamento do Exercício da Medicina Privada (Decreto nº 34-B/92, de 17 de Julho) e do Regulamento Geral das Unidades Sanitárias (Decreto Presidencial, nº 54/03, de 5 de Agosto).

Contempla igualmente a elaboração de novos instrumentos, tais como do Estatuto Orgânico do Serviço Nacional de Saúde, o Transplante dos Tecidos e Órgãos, a Doação e Recolha de Sangue Seguro e a Investigação em Saúde.

Para o desenvolvimento e reforço do sistema de gestão do sector, torna-se indispensável a elaboração de diplomas legais com vista à optimização da implementação do PNDS, tais como, as 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 Nacional dos Cuidados Primários, a Política da Saúde Reprodutiva, a Política da Saúde Infantil e do Adolescente, a Política da Saúde Mental e sobre as Doenças Crónicas não Transmissíveis, a Política de Promoção da Saúde, a Política dos Dispositivos Médicos e a Política da Medicina Tradicional.

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).

Compete à Inspeção Geral da Saúde (IGS), enquanto órgão de apoio técnico ao Gabinete do Ministro, assegurar a fiscalização do 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 à utilização dos recursos, propondo medidas correctivas e de melhoria, em conformidade com a legislação vigente.

Incumbe, portanto, à IGS, realizar inspecções, programadas ou não, às instituições alvo, tendo em vista o controlo da execução das disposições legais, a verificação da sua conformidade com os padrões estabelecidos ou a detecção de situações que exijam maior aprofundamento.

Com vista a adequar a IGS às exigências para a implementação do PNDS, impõe-se a necessidade de se elaborar e aprovar diplomas legais relacionados com o estatuto orgânico da IGS, o código de ética e conduta do inspector, as normas de funcionamento das inspecções de saúde nos níveis provincial e municipal, e fazer advocacia para regulamentar a carreira do inspector da saúde.

Prevê-se também, promover, acompanhar e apoiar o desenvolvimento de instrumentos legais conducentes a uma melhor saúde e bem-estar, sob a responsabilidade directa de outros sectores.

Objectivo geral

1. Reforçar as capacidades institucionais de gestão e funcionamento do Sistema Nacional de Saúde;
2. Transformar a inspecção da saúde num verdadeiro órgão fiscalizador integrado, de abrangência nacional, dotado de um corpo multidisciplinar e capaz de desempenhar cabalmente as suas atribuições;
3. Promover, acompanhar e reforçar o quadro institucional e legal de outros sectores, com relevância para a função saúde.

Objectivos específicos

1. Rever e adequar a Lei nº 21-B/92 de 28 de Agosto, sobre o Sistema Nacional de Saúde e o Decreto Presidencial nº 54/03 de 5 de Agosto, sobre o Regulamento Geral das Unidades Sanitárias;
2. Elaborar e aprovar as leis que regulam o Estatuto Orgânico do Serviço Nacional de Saúde, o Transplante dos Tecidos e Órgãos, doação e recolha de Sangue Seguro e a Investigação em Saúde;
3. Elaborar e aprovar Políticas Públicas de suporte à execução do PNDS, para a materialização dos objectivos da Política Nacional da Saúde;
4. Elevar o nível de cumprimento da legislação em vigor, em todo o Sistema Nacional de Saúde.

Estratégias

1. Elaboração, revisão e publicação de diplomas legais;
2. Reforço do Gabinete Jurídico do MINSa, através de recursos humanos especializados, meios e recursos financeiros;
3. Reorganização e fortalecimento do funcionamento dos serviços de inspecção no nível central, provincial e municipal, dotando-os de um quadro de pessoal multidisciplinar capaz de fazer face aos desafios do sector;
4. Capacitação de recursos humanos a todos níveis, para o cabal desempenho das suas funções;
5. Estabelecimento efectivo da Direcção Geral do Serviço Nacional de Saúde (DGNS);
6. Colaboração com os Departamentos legais dos outros sectores relevantes para a função saúde.

Sustentabilidade do Programa

Factores que favorecem

1. Contexto político favorável ao reforço das políticas públicas do sector social.
2. Crescimento macroeconómico do País;
3. Reforço do sector através do PNDS

Factores de risco

1. Défice de instrumentos normativos e legais;
2. Défice de recursos humanos;
3. Insuficiência e indisponibilidade oportuna de recursos financeiros.

Programa de financiamento e sustentabilidade financeira do sistema nacional de saúde

A saúde é essencial ao crescimento económico, bem como à redução das desigualdades e da pobreza. O crescimento económico rápido do País oferece oportunidades para novos investimentos no capital humano e na saúde das suas populações.

Uma cobertura mais ampla e mais equitativa dos serviços de saúde, bem como um maior desempenho do sistema nacional de saúde, requerem uma utilização racional dos recursos públicos e privados existentes, assim como recursos financeiros adicionais.

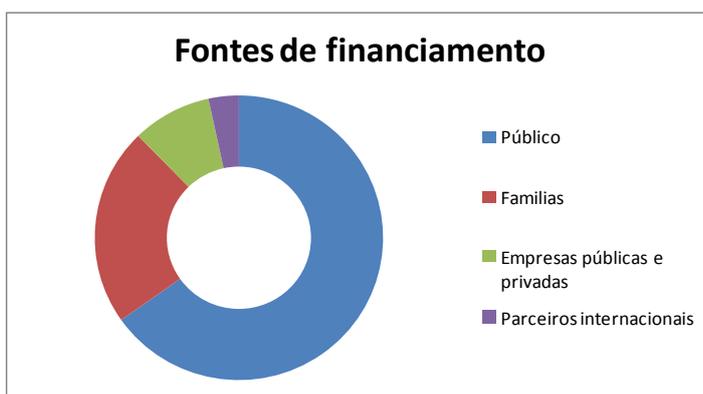
A Constituição da República, no seu artigo 77º determina que “o Estado promove e garante as medidas necessárias para assegurar a todos, o direito à assistência médica e sanitária, bem como o direito à assistência na infância, na maternidade, na invalidez, na deficiência, na velhice, e em qualquer situação de incapacidade para o trabalho”.

Existem, basicamente, quatro fontes principais de financiamento dos sistemas de saúde, geralmente utilizadas em combinação: os impostos, diversos modelos de segurança social, as subscrições voluntárias para seguradoras privadas e os pagamentos directos de serviços e cuidados. A predominância de um mecanismo sobre os outros é um dos factores que distingue os diferentes sistemas de saúde. Em Angola, a principal fonte de financiamentos do Sistema Nacional de Saúde, são os impostos.

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%.

O OGE tem recursos da função Saúde alocados a todos os prestadores públicos, designadamente, o MINSa, o MININT e o



MINDEF. Os recursos do Serviço Nacional de Saúde são alocados ao Ministério da Saúde, Governos Provinciais, Administrações Municipais, Hospitais Gerais e Centrais, Hospitais publico-privados, bem como aos Institutos Públicos, sendo que a maior fatia é atribuída aos Órgãos do Poder Local (Governos Provinciais e Administrações Municipais). Calcula-se que cerca de 60% do Orçamento é utilizado para os serviços hospitalares. O financiamento privado é feito pelas famílias, através de pagamentos directos ou por via de seguros privados, bem como pelas Empresas Públicas ou Privadas.

O financiamento do Serviço Nacional de Saúde deve estar condicionado ao modelo de Financiamento e de Gestão dos Serviços de Saúde, bem como ao Padrão Epidemiológico, caracterizado pelo predomínio das doenças infecto-contagiosas e o aumento crescente das Doenças Crónicas Não Transmissíveis (DCNT) e dos acidentes, requerendo cada vez mais recursos para a sua prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Os grandes investimentos feitos na reabilitação e construção de infraestruturas, bem como na incorporação de novas tecnologias de saúde, devem ser correspondidos com recursos suficientes para sua manutenção e funcionamento, o que nem sempre acontece.

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, de forma a alcançar as metas do Executivo e os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Torna-se, portanto, da maior importância, que os Serviços de Saúde funcionem com eficiência, com uma aceitável relação custo-efectividade, que haja boas práticas de aquisição de Medicamentos e Dispositivos Médicos e um melhor aproveitamento dos Recursos Humanos.

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.²⁷ Tendo em conta a desejada sustentabilidade financeira, essa redução observada no Orçamento para o sector, configura uma séria ameaça, numa altura de crescimento da demanda, do

²⁷ Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em Africa: Melhorar a Saúde em Africa no novo milénio

aumento da cobertura sanitária e dos crescentes custos dos serviços de saúde, face ao cumprimento da Declaração de Ouagadougou.

A nível internacional, apesar da criação de novas formas de financiamento, observa-se que a maior parte dos sistemas de saúde dos países da OCDE, confrontam-se com uma insuficiência crónica de recursos financeiros, que põem em causa os princípios gerais do modelo inicial de financiamento adoptado por cada país.

Objectivo geral

1. 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.

Estratégias preconizadas no “Angola 2025” para o financiamento da Saúde

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, no qual os cuidados primários permanecerão largamente dependentes dos recursos públicos e ajudas, tendo em consideração, nesta conformidade, os princípios enunciados pela Estratégia Angola 2025:

- A prestação dos cuidados primários de saúde (CPS) deve ser, pelo menos até 2015, gratuita para os pobres e grupos vulneráveis, e sujeita a taxas moderadoras para os segmentos da população com recursos;
- A gratuidade de cuidados de saúde aplicar-se-á em todas as doenças endémicas consideradas prioritárias, como sejam: VIH/SIDA, Malaria, Tuberculose e Tripanossomíase;
- A manutenção da gratuidade de cuidados de saúde Materno-Infantil nas redes primárias e secundárias do Serviço Nacional de Saúde;
- A introdução, nos Hospitais Provinciais, Centrais e Diferenciados, de modalidades de Pagamentos Directos (Taxas Moderadoras e Reembolso de Custos), de forma progressiva e em articulação com Sistemas de protecção social, que deverão suportar, total ou parcialmente, os custos dos beneficiários. Os pobres e os grupos vulneráveis estarão isentos de pagamento.

- A promoção de Sistemas de partilha de riscos, como seja a Mutualidade de âmbito nacional, provincial e até local;
- A introdução de mais seguros privados de saúde, que vão desde os seguros de empresa a seguros individuais, para cuidados prestados nos sistemas públicos ou privados, com modalidades e custos distintos;
- A abertura à iniciativa privada, em regime de parceria Público-Privada, de financiamento da reabilitação e de expansão da rede terciária.
- Deveremos estabelecer mecanismos de pré-pagamento para evitar que, em caso de doença, as famílias empobrecam e seja evitada a catástrofe financeira, através de modelos onde exista a Partilha do Risco.

Objectivos específicos

1. Construir um novo modelo de financiamento, com pluralidade de fontes de financiamento, em que, os CPS tenham, todavia, um financiamento público largamente garantido.
2. Reforçar o modelo de organização e gestão do Serviço Nacional de Saúde, com vista à utilização eficaz e, progressivamente mais eficiente dos recursos disponíveis.
3. Estudar a sustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde, aumentando, de acordo com os objectivos e o desempenho do mesmo, a percentagem do OGE atribuída à função saúde.
4. Realização de estudos sobre os custos da saúde, as fontes e mecanismos de financiamento, o modelo de gestão e a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde.

Estratégias

1. Além da sua evolução, que vai requerer vários estudos adicionais para a sua formulação e validação, o modelo de financiamento poderá beneficiar das seguintes estratégias:
2. Reforço dos mecanismos de diálogo, coordenação, colaboração e troca de informação entre o MINSa e o MINFIN, relativamente à orçamentação e ao financiamento da função saúde aos vários níveis, tendo em consideração o mandato das diversas unidades orçamentais da função saúde;
3. Reforço das capacidades internas do MINSa, para produzir informação e dados necessários à elaboração de orçamentos sólidos, equacionados com a estrutura do PNDS;

4. Reforço da capacidade do MINFIN, para uma melhor compreensão da complexidade dos programas e orçamentos da função saúde;
5. Desenvolvimento dos orçamentos e planos de investimento com a participação activa dos intervenientes aos vários níveis;
6. Reforço da implementação de medidas visando a utilização racional dos recursos disponíveis, de acordo com os objectivos preconizados;
7. Priorização do financiamento de intervenções de alto impacto e eficácia comprovada;
8. Promoção de investimentos equitativos no sector da saúde;
9. Aumento dos recursos internos atribuídos à função saúde;
10. Garantir a obtenção de resultados concretos, mensuráveis, e a prestação de contas pelas unidades orçamentais aos vários níveis.

Sustentabilidade do financiamento

Factores que favorecem

1. Vontade política;
2. Reforma em curso do sistema nacional de saúde;
3. Reforma fiscal;
4. Crescimento Económico e social.

Factores de risco

1. Subfinanciamento do Sector;
2. Aumento dos custos recorrentes de manutenção e funcionamento;
3. Uso inadequado dos recursos disponíveis.

QUADRO GERAL DE EXECUÇÃO

Programas		2013 Ano Base	2014	2015	2016 - 2020	2021 - 2025	Total
1-Programa de prevenção e luta contra as doenças	AOA	67.5	99.1	121.8	1,036.8	2,032.2	3,357.5
	US\$	703.5	966.9	1,116.2	7,961.3	12,704.9	23,452.7
2-Programa de cuidados primários e assistência hospitalar	AOA	3.6	4.2	4.9	39.9	75.5	128.1
	US\$	37.3	40.8	45.1	306.4	472.2	901.9
3-Programa de planeamento, gestão e desenvolvimento de recursos humanos	AOA	52.7	63.0	86.4	948.6	2,721.2	3,871.8
	US\$	548.4	614.6	791.3	7,244.7	16,884.7	26,083.8
4-Programa de desenvolvimento da investigação em saúde	AOA	0.0	0.1	0.1	0.4	0.6	1.2
	US\$	0.5	0.5	0.5	3.1	4.0	8.6
5-Programa de gestão e ampliação da rede sanitária	AOA	203.4	253.9	304.6	1,961.7	2,778.4	5,502.0
	US\$	2,119.1	2,476.5	2,790.8	15,025.8	17,440.3	39,852.7
6-Programa de gestão, aprovisionamento e logística, desenvolvimento do sector farmacêutico, e dos dispositivos médicos	AOA	14.2	10.5	11.2	85.0	155.2	276.1
	US\$	148.4	102.2	102.4	654.4	970.6	1,978.0
7-Programa de gestão e desenvolvimento do sistema de informação e gestão sanitária	AOA	0.3	0.7	0.7	2.8	4.0	8.5
	US\$	3.3	6.6	6.7	21.5	25.1	63.2
8-Programa de desenvolvimento do quadro institucional	AOA	0.1	0.1	0.2	1.1	1.8	3.3
	US\$	1.4	1.4	1.5	8.7	11.0	24.1
9-Programa de financiamento e sustentabilidade financeira do sistema nacional de saúde	AOA	0.2	0.3	0.3	1.4	2.0	4.2
	US\$	1.9	3.1	2.8	10.7	12.4	30.8
Total AOA '000.000.000		342	432	530	4,078	7,771	13,153
Total USD '000.000		3,564	4,213	4,857	31,237	48,525	92,396

MECANISMOS DE LIDERANÇA, EXECUÇÃO, SEGUIMENTO E AVALIAÇÃO

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2012 – 2025) vai servir, a médio e longo prazos, de referência e de documento de orientação de todas as acções de saúde em Angola. Os planos operacionais programáticos, anuais, bianuais ou quinquenais a serem elaborados pelas Províncias e Municípios, vão prosseguir os objectivos e estratégias do presente PNDS. Para assegurar uma implementação baseada na evidência, integrada, coordenada e harmoniosa, envolvendo todos os actores e parceiros dos subsistemas público e privado, lucrativo e não lucrativo, estabelece-se o conjunto de mecanismos e procedimentos que se seguem.

Liderança e Governação

No quadro da Governação para a Saúde, compete ao Ministério da Saúde, liderar, acompanhar e coordenar a implementação do presente Plano, através do GEPE e outros órgãos do nível central, bem como das Direcções Provinciais e Repartições Municipais de Saúde, tendo em conta os processos de desconcentração e descentralização administrativa e financeira e da reforma do sistema de saúde em curso no País. O Ministério da Saúde vai supervisionar e orientar, a execução das actividades relacionadas com a saúde e o bem-estar da população.

Para o efeito, o MINSa orienta a formulação dos planos estratégicos e operacionais, bem como, a actuação dos subsectores, vela pela equidade e, através da regulamentação e da advocacia, influencia a qualidade e cobertura dos serviços de saúde.

Propõe-se que a Comissão Multisectorial²⁸ criada para a elaboração do PNDS, possa continuar a acompanhar o processo de implementação, avaliação e adaptação do Plano, com vista a manter o empenho e a colaboração activa dos outros sectores incluídos na referida Comissão. A Comissão Multisectorial reúne-se anualmente, aprovando os planos anuais, os relatórios de progresso, e os resultados das avaliações internas e externas.

²⁸ Comissão Multisectorial criada por Despacho Presidencial nº 84/11, de 27 de Outubro. Integra as seguintes entidades: Ministério das Finanças, do Planeamento, do Urbanismo e Habitação, Construção, da Justiça e Direitos Humanos, da Administração do Território, da Assistência e Reinserção Social, do Ensino Superior, Ciência e Tecnologia, Telecomunicações e Tecnologias de Informação, Energia e Águas, Ambiente Agricultura e Desenvolvimento Rural, Comunicação Social, Educação, , Coordenada pelo Ministro da Saúde.

Implementação e coordenação a nível central

O seguimento e coordenação da implementação do PNDS é da responsabilidade do Ministro Coordenador da Comissão, coadjuvado pelo respectivo Secretário de Estado, apoiados pelo GEPE e pelo grupo técnico multisectorial do PNDS, constituído por Órgãos Centrais do Ministério da Saúde (ver caixa) e dos outros Ministérios,¹⁵ cujas competências e atribuições já foram aprovadas e publicadas pelo Ministro da Saúde.

O Grupo Técnico Multisectorial, coadjuvado pelo GEPE, deverá (1) supervisionar a implementação do PNDS, (2) assegurar a coordenação nacional dos diversos Planos Operacionais Provinciais, Programas e Projectos, (3) reportar através de relatórios trimestrais e anuais de execução do PNDS, (4) preparar o Plano Anual para aprovação pela Comissão Multisectorial, (5) preparar reuniões semestrais.

Quatro Órgãos do MINSa terão responsabilidades acrescidas (ver Caixa 5):

- i. A Direcção Nacional de Recursos Humanos vai apresentar o estado de evolução dos recursos humanos em saúde, à luz do Observatório Nacional dos recursos humanos em Angola. A par disso, e trabalhando em colaboração com o Instituto de Formação Administrativa de Luanda, vai facilitar a adaptação dos currículos de formação de base, bem como a elaboração de planos operacionais de treinamento e formação permanente, e apresentará também o Relatório de Avanço sobre a Formação Permanente em Saúde;
- ii. O Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística vai apresentar, sequencialmente, o grau de implementação do PNDS, através de um conjunto essencial de indicadores de resultado e de progresso;
- iii. A Inspeção Geral de Saúde, terá a responsabilidade de preparar o Relatório do progresso da sua função fiscalizadora em geral, e, em particular, sobre a qualidade dos procedimentos, bem como dos serviços e contractos celebrados; No contexto do PNDS, deverá controlar a implementação dos diplomas legais cuja produção se prevê.
- iv. A Secretaria Geral do MINSa terá a responsabilidade de apresentar o Relatório Financeiro, incluindo as cabimentações financeiras do OGE, os compromissos

Caixa 5: Órgãos centrais do Ministério da Saúde

(i) Órgãos de apoio técnico:

- Secretaria-geral
- Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística
- Inspeção-geral de Saúde
- Gabinete de Intercâmbio Internacional
- Centro de Documentação e Informação

(ii) Órgãos Executivos Centrais:

- Direcção Nacional de Saúde Pública;
- Direcção Nacional de Recursos Humanos
- Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos
- Direcção Geral do Serviço Nacional de Saúde

(iii) Órgãos tutelados:

- Instituto Nacional de Luta Contra o SIDA
- Instituto Nacional de Saúde Pública
- Instituto de Controlo e Combate as Tripanossomias
- Instituto Nacional de Emergências Médicas de Angola
- Hospitais Centrais e Serviços Especializados
- Centro de Prevenção e Controlo de Doenças
- Central de Compras e de Aproveitamento de Medicamentos e Meios Médicos
- Escola Nacional de Saúde Pública
- Complexo de Ciências de Saúde

financeiros através de cadernos de encargos, os desembolsos e o grau de implementação financeira do PNDS.

A Comissão Nacional de Saúde²⁹, as Ordens e Associações profissionais em saúde, os Representantes dos Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas e do Ministério do Interior, o Director Provincial de Saúde de Luanda, as Agências das Nações Unidas e os doadores bilaterais, são convidados permanentes do processo de seguimento e, em particular, da avaliação do grau de implementação do PNDS. Em caso de necessidade, podem ser convidados outros organismos e instituições.

Implementação e coordenação a nível provincial

A nível provincial, a elaboração, o seguimento e a coordenação da implementação do Plano Provincial de Desenvolvimento Sanitário (PPDS) é da responsabilidade do Governador, coadjuvado pelo Vice-Governador para a área social. O Director Provincial da Saúde (DPS) é o coordenador do grupo técnico multisectorial provincial a ser criado, para apoiar a elaboração e seguimento do processo de implementação do PPDS, apoiado pelo Secretariado do PPDS. O referido grupo tem como competências e atribuições, coordenar a elaboração e a execução dos diversos planos e programas da província, supervisionar a implementação do PPDS e organizar as reuniões de balanço trimestrais e anuais.

O PPDS é um plano operacional, em que cada província deve reportar trimestral e anualmente à Comissão Multisectorial.²⁸ As províncias participarão na reunião anual da Comissão Multisectorial onde serão apresentados os resultados e progressos.

Implementação e coordenação a nível municipal

O Município é o domínio privilegiado para intervenções integradas, de cruzamento e de articulação de políticas públicas, por isso deve-se construir progressivamente o modelo de organização e gestão do Sistema Nacional de Saúde do tipo matricial. Por este facto, o Plano Municipal de Desenvolvimento Sanitário (PMDS) deverá congrega todos os sectores do Executivo a nível local. A nível do Município, a elaboração, o seguimento, e a coordenação da implementação do PMDS, são da responsabilidade do administrador Municipal, coadjuvado pelo Chefe da Repartição Municipal de Saúde (RMS), que lidera a equipa técnica multisectorial municipal, com apoio de um secretariado.

²⁹ Artigo 7º da Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde 21-B/92, de 28 de Agosto.

As Comissões Municipais de Saúde a serem criadas e os Conselhos de Auscultação e Concertação Social fazem parte das equipas municipais multisectoriais, que deverão elaborar e acompanhar o processo de implementação do PMDS.

Os instrumentos de seguimento são constituídos por reuniões e relatórios trimestrais e anuais, elaborados com base nos indicadores e metas de prestação de serviços contidos no PMDS e deverão ser submetidos à Província.

Para se evitarem atrasos na análise e apreciação dos relatórios, a diferentes níveis, bem como na transmissão dos mesmos para os níveis superiores, um calendário harmonizado vai ser elaborado a nível central, para servir de referência. O mesmo vai ser compatibilizado com o processo de elaboração do OGE.

A Comissão Nacional de Saúde (e suas representações a nível provincial e municipal) deve ser recriada, com novas responsabilidades e o devido enquadramento, à luz do actual contexto, uma vez que cresce o seu papel e espaço de intervenção, de acordo com o preconizado no presente documento, bem como no âmbito da revitalização dos Cuidados Primários de Saúde nos municípios.

Monitorização e Avaliação

A recolha e uso da informação sanitária permitem ao MINSa monitorizar e avaliar os progressos e redefinir as estratégias, face a eventuais constrangimentos e desvios. Como recomenda o documento da Estratégia de Longo Prazo “Angola 2025”, no âmbito da implementação, seguimento e de coordenação do PNDS, o MINSa vai desenvolver um Sistema Integrado de Informação para Gestão em Saúde (SIGS), modular, de uso simples e evolutivo, incluindo o mapa sanitário.

O PNDS será traduzido em Planos de Acção anuais a todos os níveis. No âmbito do seguimento, monitoria e avaliação do presente PNDS, vão ser medidos e seguidos um conjunto definido de indicadores de impacto, de cobertura e de resultado para avaliação das metas e dos objectivos preconizados nos programas e projectos do PNDS.

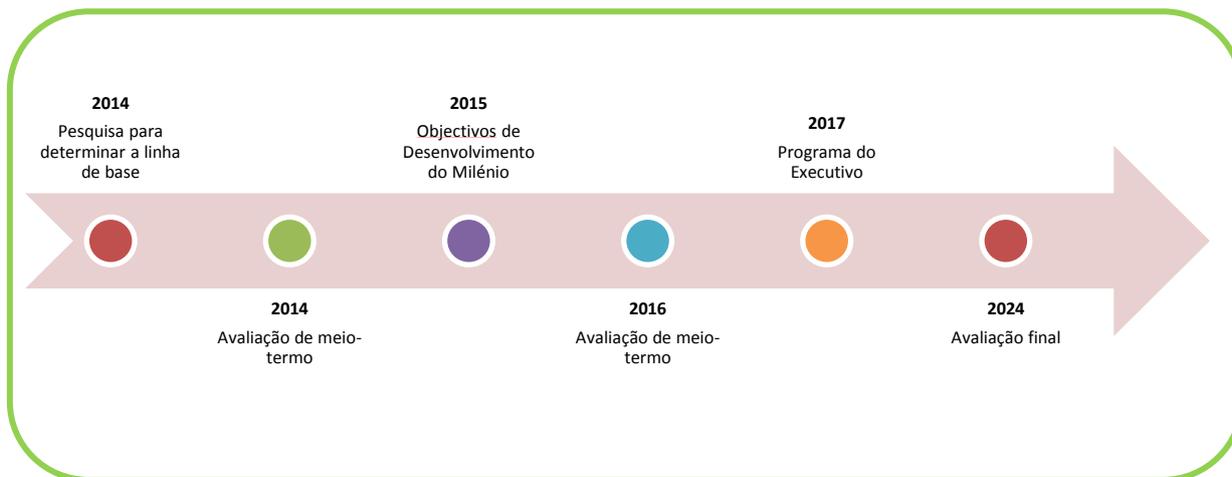
Em 2014, prevê-se a realização de um estudo para determinar a linha de base dos indicadores estabelecidos. Para aferir o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio e o Programa do Executivo, estão planificadas duas avaliações a meio percurso, uma em 2014 e outra em 2016, respectivamente. A avaliação final do PNDS está programada para 2024 (ver Figura 6).

As avaliações anuais são internas e serão feitas com base nos relatórios de execução dos planos dos Programas, Projectos e das Direcções Provinciais de Saúde, nos relatórios de supervisão periódicos do nível Provincial pelo nível central, nos relatórios de inspecção das unidades sanitárias e nos relatórios financeiros trimestrais e anuais.

A avaliação a meio percurso será externa e interna, feita de igual modo com base nos relatórios acima referidos, estudos e inquéritos. Serão utilizados indicadores de resultados, relacionados com intervenções programadas: taxas de realização das entradas (inputs) e dos outputs e de cobertura, relacionados com os programas prioritários, como a saúde reprodutiva e a luta contra grandes endemias. Os indicadores de avaliação de cada projecto do PNDS 2012-2025 encontram-se no Volume II.

A avaliação final será externa, realizada por inquéritos quantitativos e qualitativos. O inquérito quantitativo será para avaliar resultados, coberturas e impacto das acções programadas.

Figura 6: Avaliações do PNDS



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 Laboratório 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 Conselho 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 República 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.
- Armando 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 MINSa, 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 Alcohol use during Pregnancy and Discrepancies in Mandatory Reporting in Pinellas County, 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, Iª 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.

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. 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. Daniel António
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 Inocêncio
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
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 Silva
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

Título: Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário “Angola 2012 – 2025”

Ano: 2014

Director do Projecto: Ministro da Saúde.



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

