



DIÁRIO DA REPÚBLICA

ÓRGÃO OFICIAL DA REPÚBLICA DE ANGOLA**Preço deste número — Kz: 280,00**

Toda a correspondência, quer oficial, quer relativa a anúncio e assinaturas do «Diário da República», deve ser dirigida à Imprensa Nacional — E. P., em Luanda, Caixa Postal 1306 — End. Teleg.: «Imprensa»	ASSINATURAS		O preço de cada linha publicada nos <i>Diários da República</i> 1.ª e 2.ª séries é de Kz: 75,00 e para a 3.ª série Kz: 95,00, acrescido do respectivo imposto do selo, dependendo a publicação da 3.ª série de depósito prévio a efectuar na Tesouraria da Imprensa Nacional — E. P.
		Ano	
	As três séries.	Kz: 400 275,00	
	A 1.ª série	Kz: 236 250,00	
	A 2.ª série	Kz: 123 500,00	
	A 3.ª série	Kz: 95 700,00	

IMPRENSA NACIONAL - E. P.

Rua Henrique de Carvalho n.º 2

Caixa Postal N.º 1306

CIRCULAR*Excelentíssimos Senhores:*

Havendo necessidade de se evitarem os inconvenientes que resultam para os nossos serviços do facto das respectivas assinaturas no *Diário da República* não serem feitas com a devida oportunidade.

Para que não haja interrupção no fornecimento do *Diário da República* aos estimados clientes, temos a honra de informá-los que estão abertas, a partir desta data até 15 de Dezembro de 2010, as respectivas assinaturas para o ano 2011 pelo que deverão providenciar a regularização dos seus pagamentos junto dos nossos serviços.

Observações:

- a) estes preços poderão ser alterados se houver uma desvalorização da moeda nacional, numa proporção superior à base que determinou o seu cálculo ou outros factores que afectem consideravelmente a nossa estrutura de custos;*
- b) as assinaturas que forem feitas depois de 15 de Dezembro de 2010 sofrerão um acréscimo de uma taxa correspondente a 15%;*
- c) aos organismos do Estado que não regularizem os seus pagamentos até 15 de Dezembro do ano em curso não lhes serão concedidas a crédito as assinaturas do Diário da República, para o ano de 2011.*

1. Os preços das assinaturas do *Diário da República*, no território nacional, passam a ser os seguintes:

As 3 séries	Kz: 440 375,00
1.ª série	Kz: 260 250,00
2.ª série	Kz: 135 850,00
3.ª série	Kz: 105 700,00

2. As assinaturas serão feitas apenas no regime anual.

3. Aos preços mencionados no n.º 1 acrescer-se-á um valor adicional para portes de correio por via normal das três séries, para todo o ano, no valor de Kz: 95 975,00 que poderá sofrer eventuais alterações em função da flutuação das taxas a praticar pela Empresa Nacional de Correios de Angola, E. P. no ano de 2011. Os clientes que optarem pela recepção dos *Diários da República* através do correio deverão indicar o seu endereço completo, incluindo a Caixa Postal, a fim de se evitarem atrasos na sua entrega, devolução ou extravio.

SUMÁRIO**Presidente da República****Decreto presidencial n.º 262/10:**

Aprova a Política Nacional de Saúde. — Revoga toda a legislação que contrarie o presente Decreto Presidencial.

PRESIDENTE DA REPÚBLICA**Decreto presidencial n.º 262/10**

de 24 de Novembro

Considerando que o Executivo tem vindo a enviaar esforços consideráveis para melhorar a assistência médica e sanitária, criando condições favoráveis para implementação

de políticas do sector da saúde, visando a materialização do programa do Executivo;

Havendo necessidade de definir as principais políticas e estratégias a serem implementadas constantes dos programas integrados de desenvolvimento socioeconómico do País.

O Presidente da República decreta, nos termos da alínea b) do artigo 120.º e do n.º 3 do artigo 125.º da Constituição da República de Angola, o seguinte:

ARTIGO 1.º
(Aprovação)

É aprovada a Política Nacional de Saúde, anexa ao presente Decreto Presidencial e que dele é parte integrante.

ARTIGO 2.º
(Revogação)

É revogada toda a legislação que contraria o disposto no presente Decreto Presidencial.

ARTIGO 3.º
(Dúvida e omissões)

As dúvidas e omissões resultantes da interpretação e aplicação do presente diploma são resolvidas pelo Presidente da República.

ARTIGO 4.º
(Entrada em vigor)

O presente Decreto Presidencial entra em vigor na data da sua publicação.

Apreciado em Conselho de Ministros, em Luanda, aos 2 de Agosto de 2010.

Publique-se.

Luanda, aos 23 de Novembro de 2010.

O Presidente da República, JOSÉ EDUARDO DOS SANTOS.

1. Introdução:

A saúde é um direito humano fundamental. O direito à assistência médica e sanitária na infância, na maternidade, na invalidez, na velhice e em qualquer situação de incapacidade para o trabalho, estão garantidos constitucionalmente a todos os cidadãos. A saúde é também um pré-requisito para

o desenvolvimento sustentável e harmonioso do País. O grau de desenvolvimento de um país, em grande medida, determina o nível de saúde da sua população.

Angola, à semelhança de outros países em vias de desenvolvimento, regista em termos económicos e sociais, consideráveis perdas de vidas ao elevado fardo das doenças transmissíveis, de mortes prematuras e evitáveis, sobretudo em mulheres e crianças, agravada pela desestruturação de que foi vítima ao longo do conflito armado.

O renascimento do Sistema Nacional de Saúde (SNS) que se impõe para fazer face à esta grave situação, deve repousar em bases sólidas para responder às expectativas da população e proporcionar a saúde e o bem-estar, assegurando a qualidade dos cuidados de saúde, o seu justo financiamento e a equidade.

O Executivo de Angola tem vindo a envidar esforços consideráveis para melhorar os indicadores económicos e sociais do país, particularmente a partir do ano de 2002, altura em que se alcançou a paz, traduzidos na criação de condições favoráveis para a planificação e a implementação de um ambicioso programa de reconstrução nacional, no qual o sector de saúde aparece como uma das pedras angulares.

Os avanços registados nos outros sectores, tais como a melhoria das telecomunicações, do abastecimento em energia e água, a reabilitação das infra-estruturas entre outros, trazem benefícios significativos ao sector da saúde. Por outro lado, os recursos financeiros disponibilizados permitiram a expansão da rede sanitária periférica e dos serviços especializados.

Estes avanços tiveram um impacto na melhoria de alguns indicadores, como a taxa de mortalidade infantil que passou de 150 mortes em 1000 nascidos vivos em 2001 para uma média nacional de 116 em 2008.

Contudo, os desafios ainda permanecem, principalmente no que diz respeito à operacionalidade e funcionalidade das instituições do Sistema Nacional de Saúde (SNS), com vista à prestação de serviços e cuidados de saúde de qualidade.

O presente documento de Política Nacional de Saúde (PNS) define as principais orientações e estratégias que devem ser implementadas através dos Programas Integrados de Desenvolvimento e Combate à Pobreza, dos Planos Provinciais e Municipais de Desenvolvimento Sanitário (PPMDS) e os respectivos Planos Operacionais.

Procura também enquadrar no contexto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), os compromissos assumidos em

relação aos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio (ODM), às políticas e estratégias de saúde da União Africana, NEPAD, OMS/AFRO e SADC, com vista a responder aos desafios da saúde a nível nacional, regional e internacional.

A Política Nacional de Saúde (PNS), elaborada mediante um processo participativo e de diálogo permanente, entre os diferentes actores a todos os níveis da Nação, expressa a firme vontade do Estado Angolano de mobilizar os recursos humanos, financeiros e materiais essenciais, em prol da saúde e do bem-estar de todos os angolanos. Como componente da política social, ela deve contribuir para a edificação de uma sociedade livre, justa e solidária que proporcione a plena concretização das potencialidades humanas e o usufruto por todos, dos benefícios de um desenvolvimento sustentável de Angola.

2. Análise da situação:

2.1. Contexto geral:

2.1.1. Situação geo-demográfica:

A República de Angola tem uma área de 1 246 700km², com uma extensão de 1600km de Norte a Sul, entre os paralelos 4° e 18° de latitude Sul. A Costa Ocidental é banhada pelo Oceano Atlântico. Faz fronteira com a República do Congo, República Democrática do Congo, República da Zâmbia e a República da Namíbia. O País tem um clima tropical, com duas estações: cacimbo, a estação seca de Maio a Setembro e das chuvas de Outubro a Abril, com temperaturas médias de 27°C e 17°C.

Angola é um país multicultural e multilingue cuja população é estimada em 18 082 000 habitantes; a densidade populacional é de aproximadamente 14,1 habitantes por km². 58% da população é urbana (mais de 30% concentra-se em Luanda). Com cerca de 5 000 000 de habitantes, Luanda é considerada como uma das maiores aglomerações em África. Cerca de 50% da população tem menos de 15 anos de idade, 60% tem menos de 20 anos e estima-se que 93% da população tem menos de 50 anos de idade o que a caracteriza como sendo uma população muito jovem.

A taxa de crescimento médio da população é de 2,6%, e a taxa geral de fecundidade é de 5,8 nascimentos por mulheres.

A Organização Mundial da Saúde estimou a esperança de vida em 51 anos para os homens e 55 anos para as mulheres em 2007. A média de esperança de vida saudável ao

nascer (Healthy Life Expectancy at Birth) é de 45 anos. A probabilidade de morrer em 1000 habitantes (Adult Mortality Rate) entre 15 e 60 anos em 2007 foi estimada em 347.

2.1.2. Divisão administrativa:

A República de Angola independente desde 11 de Novembro de 1975, promove e defende os direitos e liberdades fundamentais do Homem, quer como indivíduo quer como membro de grupos sociais organizados, e assegura o respeito e a garantia da sua efectivação pelos poderes legislativo, executivo e judicial, seus órgãos e instituições, bem como por todas as pessoas singulares e colectivas.

O País está constituído por 18 províncias, 164 municípios e 532 comunas. No quadro político-administrativo, com o processo de descentralização pretende-se conferir maior capacidade de intervenção aos órgãos municipais, apresentando um protagonismo significativo na planificação e implementação das acções a nível local.

2.1.3. Situação socioeconómica:

A economia de Angola é caracterizada por altos níveis de crescimento, mas essencialmente dependente do sector petrolífero que representa 55% do Produto Interno Bruto (PIB) e 95% das exportações.

Apesar da dependência do sector petrolífero, o País regista uma notável estabilidade macroeconómica que se reflecte na estabilidade da moeda nacional, dentre outros indicadores.

O sector não petrolífero, com potencialidades de absorver considerável parte da população economicamente activa, encontra-se numa fase de reorganização, reconstrução e reabilitação, nomeadamente, o sector agrícola.

O sector rural, que integra as actividades da agricultura, silvicultura e pecuária, é o segundo maior sector produtivo do País, cujo Produto Interno Bruto (PIB) é actualmente cerca de 8%.

As redes de comunicação rodoviária, ferroviária e de telecomunicações assim como as indústrias e redes de distribuição de bens alimentares, destruídas durante o conflito, estão a beneficiar de obras de reconstrução e de reabilitação, com investimentos de grande vulto do Estado. De referir que o investimento público foi de USD 26,25 per capita em 2004.

Os índices de rendimento da população angolana são muito baixos. Existem ainda evidentes discrepâncias na distribuição do rendimento nacional, sequelas do prolongado conflito que o País viveu recentemente. O coeficiente de Gini foi estimado em 2004, em 0,64. Consequente dos esforços do Executivo no combate à pobreza, o coeficiente de Gini foi estimado em 2009, pelo Banco Mundial em 0,58.

De acordo com o relatório de desenvolvimento humano de 2006, o País situava-se, no 160.º lugar numa lista de 173 países com o Produto Interno Bruto (PIB) por habitante de 5385 USD em 2007, Angola passou para o 101.º lugar numa lista de 182 países. No mesmo ano, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) foi de 0,564 elevando Angola ao 143.º lugar numa lista de 182 países, entrando o País na lista dos países em vias de desenvolvimento.

Mais de 61% da população vive abaixo da linha de pobreza, dos quais 26% em pobreza extrema. O nível de pobreza da população é reflectido pelo deficiente acesso à alimentação, água potável, saneamento, educação, saúde, energia eléctrica e outras comodidades sociais.

O índice de dependência total é estimado em 1,01, sendo 0,92 no meio urbano e 1,12 no seio da população rural, o que traduz o elevado nível de desemprego.

2.1.4. Educação e alfabetização:

A estrutura da população escolar por níveis de ensino é maioritariamente do primeiro nível, que representa entre 67% a 76% de estudantes e o nível superior com 3,2%.

O acesso à educação de crianças no meio rural é de 25,1%, enquanto no meio urbano é de 40%. A taxa de reprovação escolar nos três primeiros níveis de ensino é de 30 a 35%, e a taxa de abandono escolar em média é acima de 30%.

A taxa de analfabetismo que atingia, segundo o Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS) de 2001, 33% da população maior de 15 anos, é também um indicador do baixo nível de escolarização. O nível de analfabetismo é maior nas mulheres representando mais de 50%.

2.1.5. Habitação, água, saneamento e ambiente:

As condições de habitabilidade para a maioria da população são precárias devido à destruição e às constantes migrações a que a população foi obrigada a enfrentar durante o prolongado conflito armado, propiciando ambientes insalubres.

Segundo o Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS) de 2001, 81% da população angolana não trata a água antes de beber. Cerca de 40% não extraem água de fontes seguras, 33% usam água canalizada (directamente nas habitações e/ou chafariz) e 29% usam água extraída de outras fontes seguras (furos, poços e nascentes protegidas).

Nas zonas rurais apenas 22% dos habitantes têm acesso à água própria para o consumo e 26% tem acesso aos serviços de saneamento. No meio urbano, a cifra é relativamente superior. Apenas cinco cidades de Angola beneficiam de cobertura parcial de rede de esgotos: Luanda, Huambo, Lubango, Lobito e Benguela. 41% dos agregados familiares não utilizam meios sanitários de tratamentos de fezes.

Importa realçar a existência de estudos que sugerem que os episódios de diarreias podem ser reduzidos entre 35 a 39% por meio do tratamento e conservação adequados da água de consumo. Por outro lado, admite-se que a melhoria do saneamento pode diminuir em 37,5% 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 deflorestação, 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.

2.1.6. Situação alimentar e nutricional:

A desnutrição afecta grande parte das crianças menores de 5 anos de idade, sendo uma das causas associadas de morte em 2 de cada 3 óbitos deste grupo de idade.

Segundo os resultados do Inquérito Nutricional de 2007, 8,2% de crianças menores de 5 anos sofre de malnutrição aguda e 29,2% em situação de malnutrição crónica moderada. Nos agregados extremamente pobres, o consumo diário de calorias é inferior a 1/3 do recomendado. Apenas 25% das famílias urbanas consome diariamente a quantidade de calorias recomendada.

2.1.7. Género:

Apesar do quadro legal que assegura a igualdade do género e o esforço do Estado para concretizá-la, o contexto e o estado actual do sistema nacional de saúde continuam adversos à saúde da mulher, sobretudo em idade de procriação, pela alta taxa de mortalidade materna prevalente.

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.

A mulher representa 70% da força de 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 foram ocupados por mulheres.

As taxas líquidas de escolarização no ensino primário para os rapazes e as raparigas para o ano 2002, são de 56,6% e 41,3% respectivamente. As taxas de alfabetização que estão na ordem dos 82,2% para os homens, rondam os 53,8% para as mulheres.

Todos estes factores concorrem para a persistência da desigualdade do género com nefastos reflexos sobre a saúde da mulher e, consequentemente, a da criança e a fraca participação da mulher no processo de decisão sobre os assuntos relacionados com a protecção da saúde e desenvolvimento social da nação.

2.2. Indicadores de saúde:

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

2.2.1. Taxas de mortalidade materna e infantil:

A taxa de mortalidade materna é bastante elevada, estimando-se em 1400 mortes por 100 000 nascidos vivos. A cobertura institucional de partos é bastante reduzida, havendo somente 22,5% de partos realizados nas unidades sanitárias por razões de acessibilidade geográfica, económica e cultural. A mesma proporção representa também o número de partos assistidos por pessoal qualificado. As hemorragias (33%), abortos inseguros (24%), septicemias (17%), toxemias (14%), roturas uterinas (9%) representam as principais causas de mortes obstétricas directas.

A taxa de mortalidade infantil (menores de um ano) estimava-se em 150 mortes por 1000 nados vivos no fim do conflito armado. Esta taxa baixou a 116 mortes por 1000 nados vivos, com 93 por 1000 nados vivos nas áreas urbanas e 141 nas rurais.

Em 2008, a taxa de mortalidade infanto-juvenil (menores de cinco anos) reduziu-se a 195 mortes por 1000 nados vivos, sendo de 150 nas áreas urbanas e de 238 nas áreas rurais.

Um reduzido número de doenças, nomeadamente, a malária, as infecções respiratórias agudas, as doenças diarreicas e o tétano neonatal são as responsáveis directas de 2/3 das mortes das crianças em Angola.

2.2.2. Doenças infecciosas e doenças crónicas não transmissíveis:

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

A magnitude da infecção pelo VIH é de momento considerada inferior à média dos países da África Austral. Apesar da pandemia causada pelo VIH ser global, a sua propagação geográfica foi irregular. Aplica-se especificamente a Angola que faz fronteira com países situados na região Sul de África, onde as estimativas da taxa de prevalência em 8 dos 11 países excedem a 15%. Não obstante essa localização onde há maior prevalência da epidemia, o País tem vivido uma epidemia por VIH relativamente limitada. Os resultados do último inquérito nacional de seroprevalência de 2007, realizado em mulheres grávidas em consulta pré-natal, apresenta uma taxa de prevalência de 3,1% que varia entre 0,6% na Província do Uíge para 9,4% na Província do Cunene e com subepidemias distintas associadas a províncias fronteiriças, de maior actividade comercial e rotas viárias.

A malária representa cerca de 35% da procura de cuidados de saúde, 20% dos internamentos hospitalares, 40% de mortes perinatais e 25% de mortalidade materna.

Os casos de tuberculose têm vindo a aumentar devido a factores tais como a pobreza, a associação ao VIH e SIDA, a limitada acessibilidade aos cuidados de saúde. O DOTS, estratégia recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o tratamento da tuberculose está a ser implementado desde 1996.

A Tripanossomíase Humana Africana (THA) ou doença do sono ameaça cerca de 1/3 da população do País. A mosca tsé-tsé, vector do parasita tripanossoma brucei gambienses ou rhodensiensis, causador das duas formas de doença, está presente em 14 províncias.

Angola atingiu o nível de eliminação da lepra, como problema de saúde pública, apesar de persistir em algumas bolsas prevalência superior à média nacional.

As doenças imunopreveníveis continuam a constituir uma preocupação dentro do quadro epidemiológico, apesar do aumento da cobertura da vacinação. Depois de três anos sem notificação de casos, a poliomielite ressurgiu em 2005, fruto da importação de uma estirpe de poliovírus selvagem diferente da que circulava em Angola.

O tétano neonatal e a meningite continuam sendo uma preocupação de saúde com uma alta taxa de letalidade.

As doenças emergentes e reemergentes como as febres hemorrágicas por vírus, a gripe das aves, o SARS, etc., representam um potencial epidémico para a humanidade.

A malnutrição, incluindo a obesidade, as doenças crónicas como a hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus e as diferentes formas de cancro registam um acréscimo acentuado.

À semelhança de outros países em vias de desenvolvimento, verifica-se um aumento de doenças não transmissíveis, crónicas e degenerativas, perturbações mentais e traumatismos resultantes de acidentes e de violência que têm contribuído para o aumento do fardo das doenças e das incapacidades.

Estilos de vida pouco saudáveis, associados ao hábito de fumar e ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas estão na base da maior causa de distúrbios sociais, levando também à crescente violência física e psicológica, dos acidentes de viação e da delinquência juvenil.

2.3. Sistema Nacional de Saúde:

2.3.1. Evolução Histórica do Sistema Nacional de Saúde:

O sistema nacional de saúde conheceu uma evolução histórica caracterizada por dois períodos distintos, a saber: o período colonial e o período pós-independência. Este último, subdividido em duas fases, a da economia planificada e da economia de mercado.

O período colonial foi caracterizado por um sistema de saúde acessível a uma minoria privilegiada, orientado para a resolução dos seus problemas de saúde e dos que afectavam a produtividade económica da colónia.

Com a proclamação da independência a 11 de Novembro de 1975, foram estabelecidos através do Sistema Nacional de Saúde (SNS) os princípios da universalidade e gratuidade dos cuidados de saúde, exclusivamente prestados pelo Estado, assentes na estratégia dos Cuidados Primários de Saúde (CPS). Registou-se neste período um alargamento da rede sanitária e obviamente uma escassez de recursos humanos, compensada pelos profissionais recrutados ao abrigo dos acordos de cooperação.

Na segunda fase do período da independência que inicia com a reafirmação do multipartidarismo, o recrudescimento do conflito político e militar teve um significativo impacto negativo sobre o sistema de saúde, com a destruição e redução drástica da rede sanitária e carência de técnicos profissionais de saúde.

Com a introdução de reformas políticas, administrativas e económicas, dentre as quais se aponta a Lei n.º 21-B/92, de 28 de Agosto, Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde, o Estado deixou de ter a exclusividade na prestação de cuidados de saúde, com a legalização do sector privado. Foi também introduzida a noção a comparticipação dos cidadãos nos custos de saúde, mantendo o sistema tendencialmente gratuito e universal.

O alcance da paz marcou a segunda parte da fase da economia de mercado com a estabilidade macroeconómica, intensificação do esforço para a reabilitação e reconstrução nacional, beneficiando o Sector da Saúde de um aumento significativo dos recursos financeiros do Estado alocados para o seu desenvolvimento.

2.3.2. Organização e Estrutura Hierárquica de Prestação dos Cuidados de Saúde:

O sistema de prestação de cuidados de saúde estratifica-se em três níveis hierárquicos de prestação de serviços, baseado na estratégia dos Cuidados Primários de Saúde (CPS).

O nível primário ou dos Cuidados Primários de Saúde (CPS), representado pelos postos, centros de saúde, hospitais municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos, constitui o ponto inicial de contacto da população com o sistema de saúde.

O nível secundário ou intermediário, representado pelos hospitais gerais é o nível de referência para as unidades do primeiro nível.

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

Apesar desta clara hierarquização, o sistema de referência e de contra-referência não tem sido operacional por vários factores, principalmente por causa da desestruturação do sistema de saúde e da redução da cobertura sanitária decorrentes do longo conflito que o País viveu.

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

Sector público:

O sector público inclui o Sistema Nacional de Saúde (SNS), os Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas e dos Serviços de Saúde do Ministério do Interior, bem como das empresas públicas.

Este sector permanece como o principal prestador dos cuidados de saúde a nível nacional, partilhando com os outros prestadores de serviços, as mesmas dificuldades resultando na prestação de cuidados de saúde sem a qualidade desejada na maioria dos casos, apesar dos progressos ultimamente registados.

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

Sector privado:

O sector privado lucrativo está ainda confinado aos principais centros urbanos do País e é pouco expressivo ao nível terciário e os preços dos cuidados de saúde limitam a acessibilidade da população. À semelhança do que acontece no sector público, a qualidade dos serviços prestados está ainda aquém do desejado. Na sua maioria, o pessoal do sector privado é o mesmo que trabalha no sector público, com evidentes prejuízos para ambos.

O sector privado não lucrativo, essencialmente ligado às entidades religiosas e ONG, tende a direccionar a prestação de cuidados para as camadas mais vulneráveis das áreas suburbanas e rurais, ao nível dos cuidados primários de saúde.

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

Sector de medicina tradicional:

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

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

Os medicamentos tradicionais encontram-se à venda, geralmente, nos mercados informais e nas ervanárias, sem qualquer controlo de qualidade e sem obedecer a normas e regulamentação.

Os produtos e serviços dispensados pelos ervanários e traditerapêutas resultam, muitas vezes, de conhecimentos que se transmitem através de gerações e em grande medida alivia o sofrimento das populações na ausência da medicina convencional, mas a cultura do segredo familiar a volta da prática de medicina tradicional constitui um constrangimento à investigação e ao desenvolvimento desta área.

2.3.3. Recursos físicos de saúde:

2.3.3.1. Infra-estruturas:

Regista-se um investimento acentuado nas infra-estruturas de saúde com a reabilitação das unidades sanitárias, bem como a construção de outras novas, como forma de corrigir a indisponibilidade e a degradação dos serviços de saúde sobretudo nas áreas rurais.

A rede de prestação de cuidados de saúde do Sistema Nacional de Saúde (SNS) é constituída por 2396 unidades sanitárias das quais 11 hospitais nacionais (centrais), 45 hospitais provinciais (gerais), 140 hospitais municipais, 359 centros de saúde e 1841 postos de saúde.

O rácio actual de centro de saúde é de 1 para 20 000 habitantes, o que sugere existir uma enorme carência de

serviços básicos de saúde para atender às necessidades da população.

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

Para assegurar o funcionamento destas unidades, este investimento deve ser complementado com a disponibilidade de recursos humanos, logística e recursos financeiros para as despesas correntes.

2.3.3.2. Medicamentos:

O Estado continua a ser o maior importador dos medicamentos para o sector público. As unidades sanitárias dos sectores público, que gozam de autonomia financeira, e as privadas adquirem também parte dos medicamentos junto dos importadores locais.

O fornecimento de medicamentos essenciais para a rede de cuidados primários de saúde é parcialmente centralizado. A aquisição dos kits é feita por órgãos centrais do Ministério da Saúde, através de concursos públicos internacionais. Todavia, não se cumpre com um programa regular de compras, o que origina frequentes roturas de stock.

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

As doações não cumprem habitualmente com os princípios defendidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). As falhas mais comuns prendem-se com questões relacionadas com a utilidade prática dos meios fornecidos tendo em conta não só as necessidades específicas como a qualificação dos prescritores. O idioma das embalagens, os prazos de expiração dos produtos, bem como o seu fornecimento sob designações comerciais, são outros aspectos em que é corrente registarem-se irregularidades.

No que concerne ao armazenamento, as poucas infra-estruturas existentes encontram-se degradadas e não reúnem as condições para preservação da qualidade dos medicamentos.

A distribuição dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos é grandemente dificultada, principalmente para as províncias e para as unidades sanitárias mais periféricas, pelas péssimas condições das vias de comunicação, mormente as significativas melhorias registadas entre a maioria das capitais provinciais. A quase inexistência de armazéns provinciais e municipais de medicamentos contribui para exacerbar os problemas de distribuição.

A produção nacional de medicamentos encontra-se ainda numa fase incipiente, pelo que praticamente todos os meios médicos são importados. A necessidade de validar as plantas, equipamentos e os processos de produção de medicamentos, através da inspecção de unidades fabris, antes mesmo do arranque do processo produtivo, não tem sido observado. Trata-se de um pressuposto básico para garantir a boa qualidade de produção aplicando as boas práticas de fabricação (GMP) e, deste modo, proteger um direito elementar do consumidor.

No domínio de garantia de qualidade de produtos farmacêuticos, diferentes mecanismos podem ser utilizados com vista a salvaguardar a boa qualidade dos medicamentos, porém, a sua aplicação não tem sido sistematicamente implementada. Não existe ainda um laboratório nacional adequado de controlo de qualidade de medicamentos, e não é prática comum, o envio de amostras para o controlo de qualidade ao exterior do País.

O Uso Racional dos Medicamentos (URM), é uma dimensão esquecida da problemática dos medicamentos. Estudos feitos em diferentes épocas ao nível dos centros e postos de saúde continuam a revelar práticas muito comuns de uso irracional dos medicamentos, fruto do baixo nível de qualificação dos prestadores de serviços. Os conceitos de medicamentos essenciais e do uso racional de medicamentos essenciais não são ainda parte do currículo de formação da maioria dos profissionais de saúde incumbidos de prestar assistência médica e medicamentosa à população.

A grande expansão do mercado informal e as práticas incorrectas e generalizadas de automedicação constituem um factor que promove o uso irracional dos medicamentos.

Uma grande barreira à acessibilidade dos medicamentos no sector público tem a ver fundamentalmente com a irregularidade e ineficiência dos processos de aquisição, conforme atrás mencionado, que se traduz na sua frequente falta de disponibilidade. Em consequência, os doentes internados e seus familiares são forçados a adquirir os meios em falta, recorrendo inúmeras vezes ao mercado informal para o efeito.

A liberalização dos preços de medicamentos contribui também para a reduzida acessibilidade aos medicamentos. Nos estabelecimentos farmacêuticos de Luanda, os preços de um mesmo medicamento variam grandemente, podendo atingir cifras correspondentes ao triplo. O mesmo acontece com os kits de medicamentos essenciais. Comparados os custos dos kits adquiridos centralmente pelo Ministério da Saúde, com os comprados por alguns Governos Provinciais, estes últimos são entre 6 a 12 vezes mais caros.

Não há uma atenção particular dirigida a determinadas doenças crónicas que requerem tratamentos prolongados ou por toda a vida, implicando normalmente custos elevados e incomportáveis para o doente, e constituindo-se num handicap para o já precário equilíbrio da economia familiar.

De salientar que dados disponíveis relativos ao ano 2005, revelam que as despesas *per capita* em medicamentos para o País foram na ordem de 1,2 USD enquanto que a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda um *per capita* de 10 a 50 dólares.

2.3.3.3. Equipamento médico e não médico, incluindo transporte:

O sector de saúde confronta-se há muito com problemas relacionados com a tecnologia médica. São feitas aquisições por pessoal não qualificado, há compras de meios em quantidade e qualidade inadequadas, muitos dos equipamentos vêm com especificações técnicas impróprias e sem qualquer garantia, e há escassez de técnicos qualificados e de meios de manutenção.

Além disso, a ausência de padronização constitui um grave constrangimento, porque permite a aquisição de uma grande diversidade de marcas e modelos a qualquer preço, o que em nada facilita a sua manutenção.

Para os meios de transporte, escassos sobretudo ao nível primário, não existe uma estratégia definida, o que dificulta a sua planificação, aquisição e gestão, particularmente para as emergências e outros serviços de apoio à prestação de cuidados de saúde.

O sistema de comunicação, de importância capital para o sistema de informação sanitária e vigilância epidemiológica, é praticamente inexistente, dificultando a chegada atempada de informações aos níveis de decisão.

2.3.4. Recursos humanos:

Os Recursos Humanos em Saúde (RHS) em Angola têm vindo a aumentar progressivamente para satisfazer a enorme demanda existente. Em 1980, existiam no País 101 médicos nacionais, 460 médicos expatriados e 573 enfermeiros e técnicos expatriados. No mesmo ano, as 22 escolas técnicas de saúde existentes no País formaram um total de 7312 técnicos básicos de saúde.

No âmbito do programa de reforma administrativa do Executivo, o sector de saúde realizou e concluiu, de 1999 a 2000, o processo de reconversão de carreiras do seu pessoal, num total de 45 907 trabalhadores, sendo 24 975 (54%) do regime geral de carreiras e 20 932 (45%) dos regimes especiais de carreiras, o que representa 3,8% dos trabalhadores do sector público.

Actualmente, o sector de saúde conta com 67 078 trabalhadores, sendo 35,8% do regime geral da função pública, 50,3% do regime de carreiras de saúde.

Os trabalhadores do regime de carreiras de saúde contabilizam 1527 médicos, 27 465 profissionais de enfermagem (enfermeiros licenciados, técnicos e auxiliares de enfermagem) e 4787 técnicos de diagnóstico e terapêutica. Dos 1527 médicos, 1001 são nacionais (65%) e 526 estrangeiros (35%).

Estima-se a existência de 4787 Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT), dos quais apenas 94 (2,57%) têm formação superior e estão sobretudo concentrados em Luanda (com destaque para os farmacêuticos), 2667 (72,67%) têm formação média e os restantes (24,76%) básica.

Há insuficiência de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) das mais diversas especialidades como fisioterapia, estomatologia, farmácia, evisceradores, preparadores de anatomia patológica, estatística, epidemiologia, etc.

Verifica-se existir um desequilíbrio na distribuição de Recursos Humanos em Saúde (RHS) no País, em detrimento das áreas rurais, principalmente para os médicos, 85% se encontram em Luanda e as capitais provinciais e 15% no restante território.

A cobertura médica média no País é de 1 médico para 10 000 habitantes. Três Províncias (Bié, Huambo e Uíge) estão abaixo desta média. Em relação aos profissionais de enfermagem temos 1,75 enfermeiros por cada 1000 habitan-

tes. Estão abaixo desta média as Províncias de Bié, Huambo, Malanje, Cuanza-Sul e Uíge.

Em relação aos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, a média nacional é de 3 técnicos por 10 000 habitantes. Estão abaixo desta média as Províncias do Bengo, Benguela, Huambo, Huíla, Luanda, Moxico, Cuanza-Norte, Uíge e Zaire. Encontram-se duas vezes acima desta média as Províncias de Cabinda, Cunene, Malanje e Cuando Cubango.

Em relação à mobilidade dos recursos humanos em saúde, a composição e a distribuição são influenciadas por um processo dinâmico, produto das reformas administrativas do Estado, da paz e das mudanças que o País vive.

As reformas administrativas do Estado visam, em parte, corrigir estes desvios e permitir uma melhor distribuição dos Recursos Humanos em Saúde (RHS) no território nacional, via dos concursos públicos, mas nem sempre responde às necessidades de preenchimento mínimo dos quadros de pessoal das instituições de saúde.

Reconhecer-se o aumento significativo dos salários para algumas categorias de profissionais de saúde e os visíveis esforços contínuos para a melhoria das condições de trabalho em vários cantos do território nacional, mas outros mecanismos de remuneração praticados no sector de saúde, os escassos incentivos para fixação na periferia (incluindo a falta de habitação), o desajuste nas carreiras profissionais e a incipiente operacionalização dos programas de formação permanente, têm contribuído para a baixa auto-estima dos profissionais do sector de saúde.

No âmbito do programa de reforma administrativa do Executivo, os recursos humanos de saúde são agora geridos de forma descentralizada. Contudo constata-se que deixou de existir a articulação entre os órgãos de recursos humanos do nível central, a Direcção Nacional dos Recursos Humanos (DNRH) do Ministério da Saúde e os do nível local e as Direcções Provinciais de Saúde (DPS).

A Direcção Nacional dos Recursos Humanos (DNRH) procedeu à sua reorganização interna e autoformação para capacitar e redimensionar como líder do processo de implementação do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos. As Direcções e estruturas de Recursos Humanos a nível provincial e dos hospitais centrais (nacionais) estão a ser igualmente preparadas para o efeito.

O Sistema Integrado Nacional de Gestão de Recursos Humanos (SINGERH), em curso, assegura a ligação

«on line» entre o Ministério da Administração Pública, Emprego e Segurança Social, o Ministério das Finanças com a Direcção Nacional dos Recursos Humanos do Ministério da Saúde, dos Governos Provinciais e dos Hospitais Centrais, para uma gestão dos recursos humanos mais célere, fiável e eficaz.

A formação de profissionais de saúde é ministrada em instituições públicas nomeadamente, os institutos médios de saúde, Escolas Técnicas Profissionais de Saúde (ETPS) para o nível médio, no Instituto Superior de Enfermagem (ISE) e a Faculdade de Medicina, ambos da Universidade Agostinho Neto na cidade capital para o nível superior.

Com a criação de regiões académicas e respectivas Universidades há um aumento gradual da capacidade de formação de nível superior em ciências de saúde. Constata-se a existência de mais cinco faculdades públicas de medicina e das humanidades, tendo-se já iniciado a formação de médicos nas Províncias de Benguela, Cabinda, Huambo, Huíla e Malanje.

As Escolas Técnicas Profissionais de Saúde (ETPS) estão a organizar cursos iniciais profissionalizantes e em especialidades de nível médio. A Escola Técnica Profissional de Saúde de Luanda ministra os cursos de técnicos de diagnóstico e terapêutica, anatomia patológica, análises clínicas, farmácia, dietética e nutrição, radiologia e fisioterapia. A Escola Técnica Profissional de Saúde do Lubango ministra os cursos de análises clínicas, radiologia e estomatologia. A Escola Técnica Profissional de Saúde de Cabinda ministra o curso de estatística médica. As restantes províncias, que tem ainda Institutos Médios de Saúde (IMS) ou Escolas Técnicas Profissionais de Saúde (ETPS) ministram os cursos nas áreas de enfermagem.

Estas Escolas Técnicas Profissionais de Saúde (ETPS), projectadas no âmbito da reforma da formação em saúde, carecem de um tratamento e atenção porquanto há ainda indefinição sobre a sua tutela e dependência administrativa. A ausência de equivalência académica no desenho destas escolas não atrai candidatos que pretendem continuar a aprofundar os seus conhecimentos nos diversos domínios de ciências de saúde, daí a manifesta preferência pela continuidade dos institutos médios de saúde que combina as componentes profissional e académica.

O sector privado também contribui para a formação de nível médio com os Institutos Médios Privados de Saúde. Para o nível superior, existem as Faculdades de Medicina e de Ciências de Enfermagem da Universidade Jean Piaget

(UNIPIAGET) em Luanda, bem como a da odontologia, análises clínicas e farmácia da Universidade Privada de Angola (UPRA), enfermagem na Universidade de Belas (UNIBELAS), análises clínicas e saúde pública na Universidade Metodista de Angola (UMA).

Relativamente às instituições privadas, devem ser acautelados os interesses do Estado, as garantias e os requisitos mínimos para a formação de qualidade e a salvaguarda da especificidade deste tipo de formação e o direito à exclusividade pelo Estado no quadro de uma parceria público-privada bem delineada.

Os profissionais de saúde, depois de inseridos no Sistema Nacional de Saúde (SNS), continuam a aperfeiçoar a sua formação via programas de formação permanente e de pós-graduação. A pós-graduação é essencialmente do tipo profissionalizante e apenas para os licenciados. Recentemente foram introduzidos a formação em mestrados tanto ao nível do Ministério da Saúde e das universidades públicas e privadas em Luanda.

No caso específico dos médicos, a sua progressão nas respectivas carreiras, só é possível após a frequência dos internatos geral e complementar de especialidade, o que tem prejudicado os que por obrigações profissionais permanecem nos seus locais de trabalho, longe dos centros de especialização em Luanda, pelo que inicia o processo de desconcentração dos internatos complementares das especialidades médicas.

Com o objectivo de elevar a qualificação técnica dos profissionais e permitir a promoção dos técnicos nas carreiras profissionais, foi preparado um programa específico que contempla a formação geral e profissional nos cursos de formação. Este programa, a efectuar-se nos Institutos Médios de Saúde (IMS) e nas antigas escolas técnicas de saúde, visa a promoção dos antigos promotores e práticos de saúde a auxiliares de enfermagem, e os técnicos básicos a técnicos médios.

No quadro dos cursos de especialidades em enfermagem de nível médio, estão em curso as especializações em oftalmologia, anestesia e reanimação, instrumentação, cuidados intensivos e parteiras. O curso de parteiras funciona em Luanda e foi estendido às Províncias da Huíla e de Malanje. Prevê-se a expansão para mais três províncias, nomeadamente, Uíge, Huambo e Cuanza-Sul.

O plano de desenvolvimento de recursos humanos identificou a necessidade da formação de gestores em todos os

níveis, para reforço da capacidade institucional. Para o efeito a Escola Técnica Profissional de Saúde do Lubango realiza cursos para o nível de unidade de saúde e para o nível de município.

Os gestores intermédios e de topo foram formados através de acordo do Ministério da Saúde com a Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) de Lisboa, enquanto está a ser criada a Escola Nacional de Saúde Pública de Angola (ENSPA).

O processo de criação da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola (ENSPA) está em curso com o apoio da Fundação FIOCRUZ do Brasil e outros parceiros.

2.3.5. Financiamento de saúde:

O Executivo continua a ser o maior financiador dos cuidados de saúde em Angola. A Lei n.º 21-B/92, estabelece a participação de terceiros no financiamento dos cuidados de saúde, bem como a comparticipação do cidadão nos custos da saúde.

O Orçamento Geral do Estado é o instrumento do Executivo para financiar os cuidados de saúde. Na avaliação das despesas com a saúde durante os últimos cinco anos, observa-se que a proporção do Orçamento Geral do Estado dedicado a saúde tem variado entre 3,8 a 8% do total do Orçamento Geral do Estado, segundo os dados do Sistema de Gestão Financeiro do Estado (SIGFE) do Ministério das Finanças.

As despesas per capita com a saúde estiveram entre 5,7 e 19,1 dólares por ano, durante o período de 1997 a 2001. Os valores orçamentados oscilavam entre 13 e 27 dólares. Mas a partir de 2007, tem-se verificado uma redução progressiva, registando-se em 2009 uma proporção de cerca de 4,4%.

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

Analisando a distribuição das despesas do Orçamento Geral do Estado por províncias, observa-se que existe um desequilíbrio em termos geográficos de distribuição das despesas com a saúde. As províncias do interior e mais afec-

tadas pela guerra são as que apresentam indicadores abaixo da média nacional.

As despesas continuam a ser basicamente orientadas para os cuidados hospitalares, as evacuações ao exterior do País e a gestão de saúde a nível central. O peso do sector hospitalar nas despesas do Orçamento Geral do Estado aumentou devido à conversão dos hospitais provinciais e municipais em unidades orçamentais com gestão autónoma.

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

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

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

O papel da comunidade internacional no financiamento de saúde, sobretudo no que diz respeito aos cuidados primários de saúde, como a aquisição de medicamentos essenciais e vacinas, foi importante durante os anos mais conturbados do conflito (1997-2001).

Com o fim do conflito armado, os apoios, outrora orientados para as intervenções de emergência e humanitária, eram maioritariamente direccionados para um desenvolvimento sustentável do Sistema Nacional de Saúde (SNS) ou para o

combate de determinadas endemias, como é o caso do Fundo Global para o VIH/SIDA, a Malária e a Tuberculose. De realçar que muitos doadores tradicionais do sector da saúde deixaram há muito de prestar o seu apoio ao desenvolvimento sanitário de Angola.

O financiamento de saúde e a gestão dos recursos disponibilizados constituem o principal calcanhar de Aquiles e que condicionam em grande medida o fraco desempenho do Sistema Nacional de Saúde.

2.3.6. Acesso aos cuidados de saúde e sua utilização:

A cobertura sanitária ainda reduzida e o acesso deficiente aos serviços de qualidade, bem como a fraca operacionalidade do sistema de referência e contra referência, afectam o desempenho do sistema de saúde.

A nível dos cuidados primários de saúde, desenvolvem-se actividades preventivas e curativas de doenças e lesões correntes, tais como educação para a saúde, consultas pré e pós-natal, planeamento familiar, assistência ao parto e cuidados obstétricos básicos e completos, vacinação, controlo do desenvolvimento e crescimento da criança, etc.

Os níveis secundário e terciário, que correspondem, de momento, aos 18 hospitais gerais (provinciais), 11 hospitais nacionais polivalentes e centros nacionais especializados, realizam mais de 50% das consultas de carácter de urgência. Não existe ainda um sistema eficaz de marcação de consultas externas.

Na Província de Luanda estão concentrados os maiores centros hospitalares de especialidade, mas a capacidade de resposta e de resolução não satisfaz ainda as necessidades da população. Esta situação leva a que os direitos do cidadão de escolher o serviço e o prestador, de receber ou recusar cuidados, mantendo a sua privacidade, o respeito, a confidencialidade dos dados pessoais, a informação sobre a sua situação de saúde, bem como a assistência religiosa, não são frequentes vezes cumpridos.

É de realçar que nos últimos três anos registou-se um aumento significativo do número de doentes assistidos nos Hospitais Provinciais e Centrais. A abertura de novas infra-estruturas e a instalação de novos equipamentos tiveram como consequência custos adicionais de funcionamento, que foram tomados em conta através de um aumento significativo do orçamento para os Hospitais entre 2006 e 2009 e também um reforço notável do quadro do pessoal nestas unidades.

Apesar destes esforços, a capacidade de resposta, resolução e manutenção dos hospitais não satisfaz ainda as necessidades actuais. As áreas que precisam de mais apoio são os bancos de urgência, os blocos operatórios, o pessoal especializado, nomeadamente, em anestesiologia e instrumentação cirúrgica, análises clínicas, assim como em certos casos, medicamentos, material e sangue.

O Programa de Melhoria da Capacidade de Resposta dos Hospitais Nacionais (PMCRHC), foi instituído pela Resolução n.º 87/05, de 28 de Dezembro do Conselho de Ministros, com o objectivo de melhorar a capacidade de intervenção e qualidade dos serviços hospitalares, contribuindo assim para redução de evacuações de doentes para o exterior.

Como resultado, o Programa de Melhoria da Capacidade de Resposta dos Hospitais Nacionais (PMCRHC) permitiu ampliar, diferenciar e qualificar a rede sanitária a nível central, passando a oferecer tratamentos que anteriormente só eram possíveis no exterior. Das 8 especialidades causadoras da maior parte das evacuações, 5 delas já praticamente não evacuam doentes, dado que é possível atendê-los localmente (nefrologia, ortopedia, neurocirurgia, cirurgia maxilo-facial e otorrinolaringologia). Foi reforçada a resolutividade de diagnóstico e a qualidade da assistência prestada em várias unidades tais como análises clínicas, anatomia patológica, imagiologia, consultas externas, bancos de urgência, blocos operatórios e cuidados diferenciados. Os serviços prestados como a entrada e o atendimento dos doentes foram organizados e criou-se um Serviço de Emergência Médica Nacional.

Porém, estas acções são ainda insuficientes, pois não alcançaram a abrangência necessária e o tempo necessário à sua sustentabilidade e consolidação, sobretudo no que a transferência de conhecimento e habilidades diz respeito.

Em 2009, o Ministério da Saúde procedeu à avaliação de 11 unidades hospitalares de nível nacional em Luanda, no diagnóstico dos problemas principais, destaca-se:

- a) a resolutividade e a qualidade insuficiente da assistência ao doente, mais especificamente nos bancos de urgência, serviços de consultas externas e blocos operatórios;
- b) a insuficiência de instrumentos normativos, jurídicos e de gestão hospitalar, dificultando tanto o próprio funcionamento das unidades como a capacidade de avaliação das unidades pelo Ministério da Saúde;

- c) a necessidade ainda de adquirir equipamentos e tecnologia para suporte das intervenções;
- d) o abastecimento dos medicamentos e outros insumos nas unidades assistenciais que não está sempre garantido;
- e) a insuficiência dos recursos financeiros para as despesas correntes.

2.3.7. Principais problemas do sistema de saúde:

Os principais problemas do sistema de saúde como descrito na análise da situação, resumem-se nos seguintes factores:

- a) reduzida cobertura sanitária, abrangendo menos de 40% da população;
- b) reduzida força de trabalho especializada;
- c) insuficiência de recursos alocados e débil gestão dos disponibilizados;
- d) fraca promoção de saúde num contexto socioeconómico e meio ambiente favoráveis às endemias e epidemias.

2.3.8. Pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças:

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

Os pontos fortes de saúde consistem na universalidade e na gratuidade tendencial dos cuidados, a existência de uma massa crítica de recursos humanos, os investimentos importantes na saúde, o aumento progressivo do orçamento do sector de saúde, disponibilidade maior de ferramentas e mecanismos de gestão e uma forte e sólida liderança do sector.

Os pontos fracos do sistema de saúde são, entre outros, a dificuldade de articulação e coordenação estratégicas das intervenções de saúde e de actuação sobre os principais determinantes de saúde, fraca capacidade de planificação a todos os níveis, descentralização sem autonomia financeira para as estruturas locais de saúde, deficiente gestão dos recursos disponibilizados a todos os níveis, alguns investimentos pouco coerentes com as necessidades e prioridades de saúde; pouca transparência nalguns actos de gestão, reduzida cobertura sanitária, desigual distribuição e recrutamento inadequado dos recursos humanos, reduzidas oportunidades de formação em saúde, quase não implementação das carreiras

profissionais já aprovadas, salários pouco atractivos e fraco desempenho do pessoal, sistemas de informação, comunicação, fiscalização, supervisão e avaliação incipientes.

A paz que o país vive, as taxas de crescimento da economia, a estabilidade macroeconómica favorável ao investimento, o apoio do Executivo à luta contra as Infecções de Transmissão Sexual (ITS) e VIH/SIDA e grandes endemias em particular e a saúde em geral, o progressivo aumento do orçamento do sector de saúde, a progressiva estruturação da sociedade civil, a existência de programas de combate à pobreza e para os objectivos do desenvolvimento do milénio e a disponibilidade de parceiros da comunidade internacional para apoiar são as oportunidades que se apresentam de momento ao Sistema Nacional de Saúde.

As ameaças ao desenvolvimento sanitário consistem na dificuldade de sustentar níveis de financiamento adequado de saúde, nas altas taxas de analfabetismo, a desigualdade do género, as condições de alimentação, de saneamento e de água, bem como a perspectiva de industrialização não planificada do País e a consequente introdução de tecnologias sem os mecanismos que acautelem a preservação do meio ambiente.

3. Prioridades de saúde:

As prioridades do sistema de saúde em Angola no horizonte 2025, alicerçadas no desenvolvimento sustentável e no combate à pobreza, visam fundamentalmente o seguinte:

- a) redução da mortalidade materna e infantil;
- b) controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis;
- c) adequação dos recursos humanos e tecnologias de saúde;
- d) asseguramento de um financiamento sustentável;
- e) gestão eficiente dos recursos do sistema de saúde.

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

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

Assim, outro desafio consiste em reestruturar e reorganizar o sistema de saúde com vista a adequação dos recursos

humanos e das tecnologias às reais necessidades em saúde das populações num contexto de um financiamento sustentável de saúde.

4. Visão, princípios e valores:

4.1. Visão:

A Política Nacional de Saúde almeja assegurar no horizonte 2025, «uma vida saudável para todos» num contexto de um desenvolvimento nacional sustentável e de um Sistema Nacional de Saúde (SNS) que responda às expectativas da população, prestando cuidados de saúde humanizados, de qualidade e com equidade.

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

4.2. Princípios e valores:

A implementação da Política Nacional de Saúde (PNS) é orientada e baseada nos valores de solidariedade, equidade, ética, identidade cultural e igualdade do género.

Os princípios de universalidade, qualidade, humanização, responsabilidade, liberdade de escolha, prestação de contas e intersectorialidade vão servir de base para as intervenções a serem implementadas no âmbito da Política Nacional de Saúde.

Com o princípio da universalidade de cuidados de saúde garante-se o direito aos cuidados de saúde à toda população independentemente da sua condição socioeconómica, sexo, idade, raça, religião ou cultura.

A qualidade dos serviços e cuidados de saúde é um dos princípios basilares da Política Nacional de Saúde (PNS) e que deve ser observado por todos em todas intervenções de saúde.

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.

A responsabilidade individual e colectiva é fundamental para a preservação e promoção de saúde a nível individual, familiar e comunitário.

A liberdade de escolha dos cuidados será garantida a todos na medida do possível e de acordo com os recursos e tecnologias de saúde disponíveis.

A regular prestação de contas deve ser um dos princípios fundamentais na gestão do Sistema Nacional de Saúde (SNS), garantindo ao cidadão todas as informações necessárias sobre o seu funcionamento e desempenho.

Com o princípio da intersectorialidade procura-se coordenar, tanto quanto possível, as intervenções de todos os sectores para atingir os objectivos de saúde, sendo determinante o papel do Ministério da Saúde.

5. Objectivos da Política Nacional de Saúde (PNS):

5.1. Objectivo geral:

O objectivo geral da Política Nacional de Saúde (PNS) é estabelecer, definir e traçar orientações conducentes à melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida da população que permitam alcançar a visão de uma vida saudável para todos.

5.2. Objectivos específicos:

- a) reestruturar e desenvolver o Sistema Nacional de Saúde (SNS), priorizando o acesso de toda a população aos cuidados primários de saúde;
- b) reduzir a mortalidade materna e infantil, bem como a morbilidade e mortalidade por doenças prioritárias;
- c) promover e preservar um contexto geral e um meio ambiente propícios à saúde;
- d) capacitar os indivíduos, as famílias e as comunidades para a promoção e protecção da saúde.

6. Orientações estratégicas prioritárias para 2025:

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

6.1. Reforço do sistema de saúde a nível do município baseado nos Cuidados de Saúde Primários (CPS):

6.1.1. Organização e Gestão do Sistema Nacional de Saúde:

A reorganização e a melhoria da gestão, no âmbito da reforma do sistema de saúde baseada na estratégia de cuida-

dos primários de saúde, constituem a espinha dorsal sobre a qual as restantes intervenções de saúde irão encontrar o suporte necessário para a sua implementação.

Os seguintes critérios vão nortear a reorganização e a melhoria da gestão do sistema de saúde:

- a) acessibilidade aos cuidados de saúde, principalmente aos cuidados primários de saúde para todos, deve servir de base para a reorganização do sistema de saúde em geral e do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em particular;
- b) protecção financeira, que significa que a capacidade de pagar no momento que são necessários os cuidados de saúde não deve condicionar a prestação dos referidos cuidados;
- c) eficiência das intervenções do sistema de saúde é fundamental para evitar o desperdício dos recursos na prestação dos cuidados de saúde;
- d) qualidade dos cuidados de saúde, entendida como a utilização de tecnologias e procedimentos seguros que não põem em risco os efeitos e ganhos terapêuticos benéficos. A biossegurança é um elemento estratégico importante para assegurar a qualidade dos cuidados de saúde;
- e) correspondência, entendida como a capacidade do sistema de saúde de responder adequadamente aos problemas de saúde prevalentes.

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

O sistema municipal de saúde subdivide-se em áreas de saúde, cujo número é determinado pela acessibilidade geográfica e a densidade populacional, em conjugação com o mapa sanitário do município. O mesmo assenta na prestação de serviços essenciais de saúde inseridos num sistema organizado e funcional em termos de recursos humanos, infra-estruturas, sistema de informação, de logística e gestão financeira que vai permitir a expansão da cobertura e a sustentabilidade dos serviços a nível municipal.

A área de saúde deve ser capacitada para a provisão do pacote essencial de intervenções de saúde, mormente no que concerne às prioridades de saúde, nomeadamente, a redução da mortalidade materno-infantil e a luta contra a doença.

A revitalização do sistema municipal de saúde, onde os cuidados primários de saúde ocupam um lugar prioritário, é

a pedra basilar do renascimento do Sistema Nacional de Saúde (SNS), devendo ser assegurado um financiamento sustentável a este nível.

A revitalização das estruturas municipais de saúde visará oferecer serviços e cuidados mais abrangentes, de melhor qualidade, integrados e adequados ao longo do ciclo de vida, enfatizando a prevenção e a promoção de saúde no seio das comunidades, dando prioridade a saúde materna e infantil e a luta contra doença.

Os órgãos centrais prestarão o apoio necessário para melhorar as capacidades técnicas e de gestão a nível local. Do mesmo modo, uma atenção será prestada na elaboração e actualização dos mapas sanitários provinciais que permitirão orientar a elaboração de Planos Provinciais de Desenvolvimento Sanitário, com os subsequentes Planos Provinciais de Investimentos Públicos e dos Recursos Humanos.

Por outro lado, a revitalização assenta na liderança do processo pelas autoridades municipais na base de um programa estabelecido, dos recursos disponíveis e de resultados a alcançar, tornando mais eficiente e eficaz a intervenção do poder local no desenvolvimento social, particularmente na saúde.

O nível secundário deve estar perfeitamente articulado, no quadro de um sistema de referência e contra-referência, para o atendimento das urgências médicas e cirúrgicas com destaque para as complicações obstétricas, neonatais e pediátricas.

É também da responsabilidade dos hospitais de segundo nível oferecer cuidados mais diferenciados e abrangentes, bem como apoiar a formação contínua e à supervisão das unidades do primeiro nível.

O nível terciário, em todo o território nacional, deve oferecer serviços especializados aos doentes referidos de todas as províncias do país.

Para o ensino, todos os níveis devem garantir as condições necessárias para a formação dos alunos de medicina, enfermagem e outros técnicos de saúde, assim como para a pós-graduação dos internos e técnicos de especialidade. Esta função de formação deve ser estendida o mais rapidamente às unidades de primeiro e segundo níveis.

Torna-se necessária a continuidade das acções do Programa de Melhoria, investindo na sua capacidade de gestão e na sua expansão a nível de todo o País, continuando a ele-

ger como pilares da sua implementação as vertentes de formação e capacitação de quadros aos diversos níveis nas áreas prioritárias, reforço da capacidade institucional, aquisição de equipamentos, apetrechamento de medicamentos.

Por outro lado, torna-se necessária uma concreta definição e implementação de um sistema de referência e contra-referência que interligue de forma funcional as unidades dos níveis de prestação dos cuidados de saúde.

Na evolução progressiva para a autonomia e auto-suficiência do sistema provincial de saúde, é concretizado o conceito funcional e operacional de região sanitária, com o qual vai se procurar desconcentrar os cuidados especializados e terciários de acordo a acessibilidade geográfica e densidade populacional.

No processo de descentralização, o Ministério da Saúde mantém as suas responsabilidades como sector nacional que responde em primeira instância aos problemas de saúde da população. Assim, o sector a nível nacional ou central deve manter e melhorar o desempenho do seu papel de órgão reitor do desenvolvimento sanitário e do Sistema Nacional de Saúde, estabelecendo e fiscalizando o cumprimento das normas legais e técnicas de organização, funcionamento e gestão do sistema de saúde, da produção e utilização dos recursos humanos em saúde, da produção ou aquisição de tecnologias de saúde, da equidade e qualidade dos cuidados de saúde, da informação e investigação em saúde e da liderança e boa governação de saúde.

Para o efeito, as acções de fiscalização nos domínios sanitário, hospitalar e farmacêutico são intensificadas, tendo em vista a melhoria do desempenho do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e das condições sócio-sanitárias e ambientais, com o reforço da capacidade institucional dos órgãos de Inspecção de Saúde dotando-a de quadros capazes e qualificados.

O nível intermediário ou provincial, nível de orientação da execução da política nacional de saúde, sob a autoridade do representante do Executivo, será responsável pela adequada implementação das orientações da Política Nacional de Saúde (PNS) e de todas outras com impacto sobre os determinantes sociais de saúde. A este nível, a autoridade deve assegurar que as funções de saúde sejam exercidas de acordo com as políticas já definidas e que os planos operacionais de saúde da província visem alcançar os objectivos e as metas dos planos nacionais de desenvolvimento sanitário.

As Direcções ou Secretarias Provinciais de Saúde (DPS ou SPS), como órgãos descentralizados e desconcentrados do sector de saúde a nível provincial, devem cumprir com o papel de apoio técnico, orientação metodológico, supervisão, monitorização e avaliação ao sistema local de saúde.

Cada província é organizada de modo que gradualmente se torne auto-suficiente para prestação de serviços e cuidados de saúde especializados e terciários essenciais, aumentando a acessibilidade geográfica.

Tendo em conta a referida acessibilidade, o sistema de referência deve considerar abordagens específicas para algumas assimetrias geográficas existentes em relação aos hospitais de referência a serem utilizados para algumas unidades de segundo e primeiro níveis.

Os utentes a todos os níveis devem ser envolvidos na gestão das unidades de prestação de cuidados de saúde como forma de assegurar que sejam satisfeitas as expectativas da população em relação a equidade, qualidade e justo financiamento, tornando a gestão sanitária a mais participativa e transparente possível.

A monitorização e avaliação do desempenho do sistema de saúde deve também contar com a participação activa dos utentes, particularmente dos grupos mais vulneráveis da população.

6.1.2. Prestação de cuidados de saúde:

No âmbito da Declaração de Ouagadougou sobre Cuidados de Saúde Primários e Sistemas de Saúde em África: Melhorar a saúde em África no novo milénio, Angola assumiu o compromisso de garantir o direito à saúde e o acesso aos cuidados de saúde, de uma forma abrangente e visando uma cobertura universal, em que deverão ser definidos pacotes essenciais de intervenções para todos os níveis do sistema de saúde.

Os pacotes essenciais de intervenções de saúde são orientados para a resolução dos principais problemas de saúde da população, procurando na medida do possível fazer beneficiar a população das inovações tecnológicas apropriadas.

As intervenções incluídas no pacote essencial de cuidados e serviços de saúde deverão estar disponíveis em todas as unidades de atenção primária às populações. Os pacotes são relativamente simples, baixo custo e alta efectividade e oferecidos de forma integrada para ter um efeito sinérgico.

Os pacotes são oferecidos através de três intervenções: rede fixa de serviços, equipas avançadas e móveis e actividades de base comunitária e familiar.

Assim, os pacotes essenciais serão regularmente actualizados em conformidade com a evolução dos conhecimentos e das tecnologias de saúde, bem como de inovações nos outros domínios da ciência e tecnologia.

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

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

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

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

Os valores positivos da medicina tradicional são enquadrados e integrados no sistema de saúde, valorizando e promovendo os aspectos culturais, que de algum modo contribuam para acelerar a resolução dos problemas de saúde da população. A investigação da farmacopeia tradicional angolana será encorajada para beneficiar a produção local de tecnologias de saúde.

6.1.3. Recursos humanos:

Os recursos humanos são fundamentais para a execução de qualquer intervenção. A qualidade dos serviços depende dos conhecimentos e das habilidades humanas para utilizar eficientemente as ferramentas disponíveis.

O sistema de saúde em Angola sofre de uma gritante insuficiência quantitativa e qualitativa de recursos humanos, o que condiciona o alcance dos objectivos da Política Nacional de Saúde (PNS) e, consequentemente, a consecução dos ODM.

A crise em recursos humanos é acentuada para os médicos, tanto de clínica geral, bem como especialistas, de técnicos de diagnóstico e terapêutica e outro pessoal de apoio técnico especializado.

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

Para o efeito, uma legislação específica e adequada aos desideratos do direito do cidadão à saúde e das necessidades do Sistema Nacional de Saúde (SNS) deve ser adoptada.

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

A força de trabalho estrangeira, bem como a nacional, deve possuir a qualidade exigida para a prestação de cuidados de saúde com padrões de qualidade universal.

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

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

A desigualdade na distribuição geográfica dos recursos humanos em saúde deve ser corrigida com as medidas e mecanismos que incentivem a sua disponibilidade em trabalhar para a população mais vulnerável e em qualquer ponto do território nacional. A gestão dos recursos humanos em saúde deve visar a correcção das desigualdades existentes, garantindo uma mobilidade de profissionais que evitem acentuar as assimetrias.

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

Pelo seu papel, os agentes de saúde comunitária ou pessoal voluntário na saúde, tais como promotores de saúde, parteiras tradicionais, mobilizadores sociais, terapeutas tradicionais, socorristas e outros devem ser envolvidos nas intervenções de saúde, mormente para a criação de um meio ambiente propício à saúde. Deve-se identificar os mecanismos apropriados de enquadramento que aumentem a eficiência da participação destes agentes.

A parceria com as ordens, associações e sindicatos profissionais de saúde, bem como com outras instituições da sociedade civil como as associações de consumidores deve ser reforçada na óptica da melhoria contínua do desempenho dos trabalhadores de saúde e para o respeito da ética e deontologia profissionais.

6.1.4. Medicamentos, infra-estruturas e tecnologias de saúde:

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

Assim, o Estado compromete-se em assegurar a disponibilidade dos recursos físicos do sistema de saúde nos limites das suas capacidades.

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

A política nacional farmacêutica deve promover o uso de genéricos e incentivar a produção local de medicamentos essenciais e de produtos farmacêuticos para auto-suficiência do mercado nacional, com a qualidade necessária para a com-

petitividade da indústria nacional a nível regional e internacional.

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

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

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

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

Particular atenção deve ser dedicada aos medicamentos e produtos farmacêuticos de grupos vulneráveis como a mulher, a criança, o idoso, portadores de doenças crónicas e incapacitados, identificando mecanismos que assegurem a continuidade dos cuidados de saúde, mesmo em caso de pobreza.

Os medicamentos, produtos farmacêuticos e outros meios para o controlo das grandes endemias devem também merecer a devida atenção para a sua acessibilidade para todos.

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

As despesas públicas com os medicamentos e produtos farmacêuticos são ainda aquém do mínimo para garantir a permanente disponibilidade para todos. O Estado compromete-se em aumentar progressivamente, sem rotura do equilíbrio macroeconómico, os recursos para os medica-

mentos, produtos farmacêuticos e outras tecnologias indispensáveis à implementação das intervenções de saúde.

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

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

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

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

Os medicamentos e as práticas terapêuticas tradicionais têm de ser estudados e enquadrados para que se conformem com princípios científicos e facilitar a sua divulgação como património nacional e da humanidade.

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

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

A aquisição, quase anárquica ou condicionada pelo fornecedor do crédito ou da doação, deve ser baseada num plano director ou estratégico de desenvolvimento tecnológico de

saúde, implementando a padronização das tecnologias utilizadas.

No âmbito da Política Nacional de Saúde (PNS), procurar-se-á a padronização dos equipamentos médicos e não médicos, com especial ênfase para os meios de diagnósticos e de terapia de alta tecnologia com vista a facilitar a manutenção.

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

Uma rede de comunicação, para o suporte do sistema de informação sanitária, será estabelecida para assegurar o conhecimento atempado da situação sanitária com vista à pronta resposta a qualquer situação anómala.

As infra-estruturas a todos os níveis do sistema de saúde devem ser padronizadas e adequadas ao tipo de pacote essencial de intervenções de saúde prestado.

Para assegurar uma constante distribuição equitativa de unidades de prestação de cuidados de saúde, os mapas sanitários devem ser regularmente revistos, adequando a construção ou reabilitação de unidades sanitárias aos critérios do aumento da oferta e da acessibilidade aos cuidados de saúde e na base de um plano estratégico de desenvolvimento das infra-estruturas de saúde.

6.1.5. Financiamento ao sector de saúde:

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

De acordo com os compromissos regionais e internacionais já assumidos, o Estado vai aumentar progressivamente a proporção do orçamento geral dedicado à função saúde, passando dos actuais 3,5 a 8% até pelo menos aos 15%.

O aumento do orçamento da função saúde será faseado, até a um nível sustentável de financiamento e procurará col-

matar a ausência de recursos financeiros para as despesas de funcionamento das unidades de saúde do primeiro nível e dos sistemas municipais de saúde.

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

De realçar que as intervenções da função saúde a serem financiadas no Orçamento Geral do Estado devem ser devidamente identificadas e adequadas para permitir uma comparabilidade regional ou internacional aceitável do orçamento da função saúde.

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

Assim, a comparticipação financeira dos utentes nos custos de saúde, que deve preservar a equidade no acesso aos cuidados de saúde, é aplicada em modalidades de pré-pagamentos incentivando deste modo, o estabelecimento de seguros de saúde ou de um cartão de utente, bem como a contratação de serviços de saúde, evitando as catástrofes financeiras para os agregados familiares devido a despesas imprevistas em saúde.

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

O financiamento externo de saúde deve sempre concorrer para o reforço dos mecanismos institucionais de financiamento de saúde, evitando, na medida do possível, o estabelecimento de mecanismos paralelos ou concorrentes aos nacionais.

Assim, os mecanismos institucionais de financiamento de saúde e de aquisição dos recursos para o sistema de saúde devem assegurar a imputabilidade e a transparência necessárias para suscitar a confiança dos parceiros da comunidade internacional.

Na distribuição dos recursos financeiros na hierarquia de prestação de cuidados de saúde, o nível dos cuidados primá-

rios de saúde e de saúde comunitária deve beneficiar de recursos financeiros essenciais para prestação do pacote essencial de intervenções de saúde correspondente a este nível, procurando corrigir os desequilíbrios existentes a favor do sector hospitalar.

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

6.1.6. Sistema de informação de saúde:

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

O nível municipal de saúde deve estar dotado de tecnologias de comunicação que permitam a recolha e o devido tratamento e utilização da informação sanitária, constituindo a base da rede provincial e nacional de informação em saúde. Todos os profissionais de saúde devem ser capacitados para a recolha, análise e utilização de informação sanitária.

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

De realçar que Angola, como país membro da Organização Mundial da Saúde (OMS), adoptou a resolução sobre a implementação do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI 2005), tendo sido ratificado pela Assembleia Nacional em sessão ordinária de Setembro de 2007.

Para a implementação deste instrumento legal internacional e de orientação metodológica, bem como a aplicação efectiva do Código Internacional de Doenças (CDI), o sistema de informação de saúde deve ser efectivo e adaptado ao contexto nacional e internacional actual.

6.1.7. Investigação em saúde:

A pesquisa ou investigação em saúde deve constituir uma ferramenta fundamental para gerar os conhecimentos sobre o sistema e os problemas de saúde e outras informações que não forem disponibilizados pelo sistema de informação de saúde rotina.

A Declaração de Argel produzida na Conferência Ministerial sobre Investigação para a Saúde na Região Africana em 26 de Junho de 2008, em que Angola é signatária, tem como objectivo de reforço dos sistemas nacionais de investigação para a saúde, dos sistemas nacionais de informação e de gestão dos conhecimentos, através de uma optimização dos investimentos, de uma melhor coordenação da acção e do reforço da gestão, a fim de melhorar a saúde das respectivas populações.

Em todas as investigações envolvendo seres humanos, as regras de ética devem ser rigorosamente observadas. A participação nas experiências médicas ou científicas deve ser na base de um consentimento prévio, informado e devidamente fundamentado.

As investigações promovidas pelas instituições estrangeiras devem também merecer a aprovação das instituições competentes do ponto de vista ético e científico dos países das referidas instituições, podendo ser realizadas em Angola desde que os interesses nacionais sejam salvaguardados.

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

6.1.8. Liderança e governação:

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

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

Assim, o Estado deve, no processo tocante à criação e preservação de um contexto geral favorável à saúde e o bem-estar da população, definir políticas e estratégias de desen-

volvimento socioeconómico sustentável, principalmente viradas para o combate da pobreza e aumento do bem-estar da população.

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

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

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

6.2. Oferta do pacote essencial de saúde:

6.2.1. Intervenções prioritárias para a redução da mortalidade materna e infantil:

Tendo em conta os principais problemas de saúde da população, o pacote essencial de cuidados e serviços de saúde deve estar relacionado com a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil e o controlo da doença.

No que diz respeito à criança, as intervenções baseiam-se, entre outras, no aconselhamento sobre a importância do aleitamento materno exclusivo; o uso de mosquiteiros tratados com insecticidas, a vacinação, a nutrição (incluindo a suplementação com micronutrientes como o ferro, a administração da vitamina A e a desparasitação com Albendazol), a prevenção, o controlo e tratamento de doenças correntes no quadro da Estratégia da Atenção Integrada das Doenças da Infância (AIDI), tais como: a malária, doenças diarreicas agudas e doenças respiratórias agudas.

No âmbito da estratégia de Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), uma especial atenção deve ser dedicada a malária, as doenças diarreicas e as respiratórias agudas e a malnutrição.

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

O pacote para a saúde materna contemplará, entre outros, o planeamento familiar, a atenção pré-natal (Tratamento Intermitente e Preventivo da Malária (TIP), a distribuição de mosquiteiros tratados, a vacinação contra o tétano, Aconselhamento e Testagem do VIH (ATV), Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), a articulação do pré-natal com a assistência ao parto com pessoal capacitado, pós-parto e ao recém-nascido.

Os Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência Completos (CONUC) devem estar disponíveis em todos os Hospitais municipais em perfeita articulação com as Salas de Parto, que devem assegurar os Cuidados Neo-Natais Básicos (CONUB).

A institucionalização dos Comitês de Prevenção de Mortes Maternas (CPMM) a nível nacional, provincial e municipal permite a auditoria das mortes materna, neonatal e infantil e monitorização dos principais indicadores de saúde materna e infantil.

Estes Comitês, de carácter multisectorial, beneficiarão do apoio e da liderança local, sendo desejável que as esposas dos líderes dos órgãos do poder local, que por serem mulheres e mães, estejam directamente envolvidas no alcance deste objectivo.

Na redução da mortalidade materna-infantil, as intervenções são orientadas para o incremento do acesso e a melhoria dos serviços essenciais de saúde, promovendo acções de saúde de base comunitária e envolvendo os indivíduos e as famílias na demanda e na gestão da prestação dos serviços e cuidados de saúde. As acções de saúde reprodutiva, bem como de Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) deverão ser intensificadas e asseguradas ao nível primário.

6.2.2. Intervenções prioritárias para a redução da morbilidade e mortalidade por doenças prioritárias:

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

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

Nas acções de luta contra a doença, intervenções prioritárias serão direccionadas para o controlo das principais endemias, nomeadamente, VIH/SIDA, malária, tuberculose, tripanossomíase ou doença do sono, assim como as doenças imunopreveníveis, como o sarampo, o tétano neonatal e a poliomielite.

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

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

O acesso universal ao aconselhamento e testagem para o VIH (ATV), ao tratamento com as Anti-retrovirais (ARV), o apoio psico-social e a luta contra o estigma, a discriminação e o respeito dos direitos humanos das pessoas afectadas são os pilares basilares das estratégias de controlo da infecção pelo VIH.

Para o efeito, um Plano Estratégico Nacional será regularmente implementado e periodicamente monitorizado e avaliado por todos, bem como é incentivada a participação da sociedade civil e das comunidades nesta luta.

Em todos os contactos entre o sistema de saúde e os utentes, deve ser proposto o teste do VIH, criando as condições necessárias para a realização deste importante acto para o

controlo da infecção, primeiro passo para um controlo eficiente da pandemia.

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

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

Para a Tuberculose (TB), doença reemergente, com o aumento da infecção pelo VIH, o DOTS permanece a estratégia de eleição para o controlo, devendo ser reforçadas as capacidades institucionais para a prevenção da doença, bem como do diagnóstico ao nível da comunidade e de todas as unidades sanitárias.

A Tripanossomose Humana Africana (THA) ou doença do sono ameaça cerca de 1/3 da população do país. A prospecção activa para o diagnóstico precoce, estratégia de base para o combate e controlo da doença do sono, deve ser incrementada para atingir e manter um nível de cobertura não inferior à 80% da população de risco com vista a acelerar a eliminação da doença. A Luta Antivectorial (LAV) é fundamental para a redução do contacto com o vector.

Angola já atingiu o nível de eliminação da lepra, mas deve ser intensificado o controlo da doença nas áreas do país que apresentam ainda uma prevalência elevada.

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

As doenças potencialmente epidémicas como as febres hemorrágicas virais; a febre-amarela, meningite entre outras, devem merecer uma vigilância epidemiológica cerrada e estabelecimento de capacidade laboratorial para o diagnóstico precoce, medidas incluídas dentro dos planos de contingência para a resposta imediata. Igual tratamento deve merecer as doenças emergentes e reemergentes como as

febres hemorrágicas por vírus, síndrome respiratória aguda grave (SARS), gripe das aves, dengue, etc.

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

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

A promoção da saúde deve ser intensificada para a mudança de comportamentos e adopção de estilos de vida saudável. O Estado, em parceria com entidades privadas lucrativas e não lucrativas, deve criar as condições necessárias ao incentivo de prática do exercício físico ou desporto para uma população cada vez mais saudável.

A vigilância epidemiológica, à semelhança da promoção da saúde, deve ser também intensificada e as condições para a realização no país de investigações laboratoriais necessárias devem também ser criadas.

6.3. Mobilização da sociedade para promoção de saúde das comunidades:

Na Declaração de Libreville sobre a Saúde e o Ambiente em África, realizada a 29 de Agosto de 2008, os ministros africanos responsáveis pela Saúde e pelo Ambiente reafirmaram o seu empenho em implementar todas as convenções e declarações relativas às ligações entre a saúde e o ambiente.

No nosso contexto, reconhece-se que a maioria dos determinantes de saúde, como as condições socioeconómicas, culturais e ambientais, estão fora do controlo do sector da saúde, mas com forte impacto no desempenho do sistema de saúde e que o direito ao ambiente sadio e não poluído é constitucionalmente reconhecido a todos que têm também o dever de o defender e preservar.

O direito ao ambiente sadio e não poluído é constitucionalmente reconhecido a todos que tem também o dever de o defender e preservar.

6.3.1. Contribuição para um desenvolvimento nacional sustentável:

A Política Nacional de Saúde (PNS), como componente da política geral do desenvolvimento socioeconómico, concorre na interacção com as políticas de outros sectores no

desenvolvimento nacional sustentável, no aprofundamento da democracia e na consolidação da boa governação, factores conducentes à melhoria e preservação de um contexto geral de paz, segurança e reconciliação nacional, benéfico ao desenvolvimento sanitário, à melhoria do estado de saúde e ao bem-estar da população.

6.3.2. Combate à pobreza:

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

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

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

6.3.3. Adopção de estilos de vida favoráveis à saúde:

Os sectores da educação, agricultura, comunicação social, desportos e juventude devem promover a adopção de estilos de vida favoráveis à saúde: actividade física regular, alimentação equilibrada, redução das situações de stress.

A comunicação social é instrumento capital para a promoção da saúde e para a educação e informação da população.

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

O sector privado deve também participar no esforço de promover uma vida saudável participando na criação de condições favoráveis para o efeito.

6.3.4. Melhoria do meio ambiente e do acesso à água:

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

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

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

6.3.5. Integração da relação entre saúde e ambiente nas políticas, estratégias, regulamentação e planos de desenvolvimento nacionais:

Esta abordagem reflecte a necessidade de integração, relativamente ao ajustamento ou desajustamento identificados nas leis e regulamentos que adequam as matérias sobre as questões do ambiente e de saúde em Angola. Deve-se ter em consideração a análise da legislação em vigor e o posicionamento dos dois órgãos de Estado na elaboração, execução e controlo dos diplomas sobre as matérias ambiental e de saúde, a interpretação das dificuldades emergentes entre o Ministério do Ambiente, enquanto órgão reitor ou coordenador da política ambiental do Executivo e do Ministério da Saúde, enquanto órgão reitor ou coordenador da política de saúde, a análise das políticas e programas em vigor e o posicionamento dos dois órgãos sobre as matérias ambiental e de saúde, e a necessidade de elaboração de diplomas correctivos ou interpretativos da legislação ambiental e de saúde em vigor.

Os problemas ambientais têm expressão em todo o mundo. Em Angola, estão presentes no rosto de cada cidadão e em cada pedaço do território. São as pessoas e não os recursos ou a produção que deverão constituir o ponto de partida de toda a estratégia visando, em simultâneo, combater a pobreza e a degradação ambiental e promover o processo de desenvolvimento. A realização prática deste objectivo exige que o crescimento económico e o progresso social apoiem-se nos princípios de protecção e preservação do ambiente.

6.4. Reforço das parcerias e capacitação dos indivíduos, das famílias e comunidades:

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

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

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

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

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

7. Quadro de execução:

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

7.1. Plano de desenvolvimento sanitário:

O Plano de Desenvolvimento Sanitário (PDS) é o instrumento de execução da Política Nacional de Saúde (PNS) e é constituído pelos Planos dos Órgãos Centrais, Provinciais (PPDS) e Municipais (PMDS) de Desenvolvimento Sanitários.

Os Planos de Desenvolvimento Sanitário são baseados nas orientações estratégicas definidas na Política Nacional de Saúde (PNS) e conformados, na sua implementação, com os mecanismos de execução dos programas do Executivo e do Orçamento Geral do Estado.

A responsabilidade de conduzir a implementação da Política Nacional de Saúde (PNS), através dos Planos de Desenvolvimento Sanitário, Planos dos Órgãos Centrais, Provinciais (PPDS), Planos Municipais de Desenvolvimento Sanitários (PMDS) e planos anuais, cabe ao Executivo e às autoridades locais que se encarregam também de mobilizar e disponibilizar os recursos necessários para o alcance das metas e dos objectivos do Plano de Desenvolvimento Sanitário e dos Planos dos Órgãos Centrais e Provinciais (PPDS).

7.2. Parcerias para a implementação da Política Nacional de Saúde:

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

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

As universidades e outras instituições da ciência, enquanto fontes do saber devem apoiar a Política Nacional de Saúde (PNS), através de pesquisas e formação dos quadros capacitados para a resolução dos problemas de saúde.

O sector privado, lucrativo ou não, deve complementar a acção do Estado, orientando as suas actividades com base na presente Política Nacional de Saúde (PNS).

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

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

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

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

8. Mecanismos de monitorização e de avaliação:

As metas constantes dos Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário concorrem para o cumprimento dos compromissos nacionais e internacionais assumidos, principalmente os da estratégia de desenvolvimento sustentável a longo prazo de Angola para o ano de 2025 e dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM).

Consoante os cenários de desenvolvimento nacional, procurar-se, na medida do possível, visar metas ambiciosas num espírito de aceleração do processo de desenvolvimento nacional.

Os indicadores de base espelhados na análise de situação e os que contam em outros estudos ou inquéritos, que servem de referência para a monitorização e avaliação dos progressos realizados com a implementação da Política Nacional de Saúde (PNS), são de facto críticos e constituem um desafio para todos os angolanos com vista a conseguir alcançar metas que catapultem o país para altos níveis de desenvolvimento sustentável.

O Sistema de Informação Sanitária (SIS) e a investigação operacional são melhorados e reforçados para permitir uma recolha de dados que possibilitem a monitorização, identificação de constrangimentos e a tomada de decisões atempadas para correcção de possíveis distorções e desvios na implementação da Política Nacional de Saúde (PNS).

Os sectores e instituições do Governo, bem como os parceiros nacionais e internacionais, vocacionadas para a monitorização e avaliação do desenvolvimento, são intimamente associados ao processo de monitorização e avaliação da Política Nacional de Saúde (PNS), através de mecanismos nacionais específicos.

Relatórios consensuais são publicados e divulgados sobre os progressos realizados no domínio do desenvolvimento sanitário e dos objectivos da Política Nacional de Saúde (PNS).

Uma instituição afecta ao poder legislativo, do género de uma Alta Autoridade do Desenvolvimento Sanitário (AADS), deve ser estabelecida para monitorar e avaliar os progressos realizados na implementação da Política Nacional de Saúde (PNS), formulando as recomendações necessárias para ultrapassar possíveis constrangimentos.

9. Conclusão:

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

Por exemplo, a revitalização do Sistema Nacional de Saúde (SNS) a nível municipal é efectiva com a participação organizada e sustentada de todos os sectores que influenciam o bem-estar e a saúde das populações.

Nesta conformidade, a extensão das acções previstas a todo o país precisa de um forte engajamento de todos, socie-

dade civil e sectores do Executivo como o Ministério da Economia, Ministério da Administração do Território, Ministério da Administração Pública, Emprego e Segurança Social, Ministério do Planeamento, Ministério das Finanças, Ministério da Família e Promoção da Mulher, Ministério da Agricultura do Desenvolvimento Rural e das Pescas, Ministério do Ensino Superior, Ciências e Tecnologia, Ministério da Energia e das Águas, Ministério da Educação, Ministério da Geologia e Minas e da Indústria, dos Governos Provinciais e das Administrações Municipais.

A implementação da Política Nacional de Saúde (PNS) deve ser uma oportunidade para reforçar a harmonização entre o programa do sector de saúde e os programas do Executivo nas províncias, promovendo sinergias e racionalidade na utilização de recursos.

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

O Presidente da República, JOSÉ EDUARDO DOS SANTOS.