



**Análise do Projeto de Reforço dos Serviços de Saúde Materno-
Infantil na melhoria da qualidade dos Serviços da Rede de Atenção
Primária na província de Luanda - Angola**

HIRONDINA ESPERANÇA DE ARMANDO CUCUBICA

Orientadores: Elizabeth Artmann

Miguel dos Santos de Oliveira

Rio de Janeiro, Junho de 2011

"Análise do Projeto de Reforço dos Serviços de Saúde Materno-Infantil na melhoria da qualidade dos Serviços da Rede de Atenção Primária na província de Luanda - Angola"

por

Hirondina Esperança de Armando Cucubica

Dissertação apresentada com vista à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz

Orientadora: Prof. Dr.^a Elizabeth Artmann

2º Orientador: Prof. Dr. Miguel dos Santos de Oliveira

Rio de Janeiro, Junho de 2011.

Esta dissertação, intitulada

"Análise do Projeto de Reforço dos Serviços de Saúde Materno-Infantil na melhoria da qualidade dos Serviços da Rede de Atenção Primária na província de Luanda - Angola"

Apresentada por

Hirondina Esperança de Armando Cucubica

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^a. Dr^a. Maria Auxiliadora Gomes

Prof^a. Dr^a. Marly Marques da Cruz

Prof.^a Dr.^a Elizabeth Artmann – Orientadora

Dissertação defendida e aprovada em 11 de Julho de 2011.

FICHA CATALOGRÁFICA

C963p Cucubica, Hírdina Esperança de Armando

Análise do Projecto de Reforço dos Serviços de Saúde Materno-Infantil na melhoria da qualidade dos Serviços da Rede de Atenção Primária na província de Luanda - Angola. / Hírdina Esperança de Armando Cucubica. Rio de Janeiro: s.n., 2011. 163 f., tab., mapas, graf.

Orientador: Artmann, Elizabeth; Oliveira, Miguel do Santos de

Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2011.

1. Saúde Materno Infantil. 2. Assistência materno-infantil. 3. Qualidade da Assistência à Saúde. 4. Atenção Primária a Saúde. 5. Avaliação de Serviços de Saúde. 6. Melhoria de Qualidade.
I.Título.

CDD – 22 ed. 362.1989209673

Dedicatória

A todos que acreditaram em mim, e que estiveram sempre presentes no meu dia a dia e, que direta ou indiretamente contribuíram para que este Projeto se tornasse realidade;

Aos meus filhos: a Núcha porque acredito em ti, sei que tens muito potencial e pela tua decisão de voltares a estudar. Segue em frente minha filha;

Ao Hans, pelo seu sorriso e alegria contagiantes, que me fazem esquecer as mazelas do dia a dia e acreditar que “Um dia tudo será melhor”. Lembra-te que Deus tem um propósito especial para ti!

Aos meus irmãos, sobrinhos e amigos, pelo amor, carinho e companheirismo;

Em especial para minha cunhada Maria Mota, pela sua força e coragem de estudar para “aprender a ler e escrever”.

As minhas amigas e colegas, pela presença, incentivo e força, para que eu chegasse à meta, a elas digo *“Tudo é possível para aquele que crê”!*

Aos meus professores por toda a sabedoria, conhecimento e humildade demonstrados e transmitidos ao longo do curso.

Para ti que não olhaste para condição e situação e fizeste de mim uma QUEEN, que DEUS te abençoe grandemente!

“A DEUS seja dada toda a Glória”!

Agradecimentos

A DEUS pela sua fidelidade *“Tudo posso naquele que me fortalece”!*

Aos meus Pastores e Igreja pelas orações e conhecimento espiritual transmitido, que me permitiu e permite conhecer e descobrir JESUS, a cada dia... e faz com que eu hoje possa dizer que *“Se Deus é por mim, ninguém poderá ser contra mim”*.

A minha família, que mesmo no meio de muita turbulência e distância sempre estiveram presentes, cada um com sua maneira muito peculiar.

A minha querida, amiga e cunhada “Mbôa Mary”, por ser uma mãe e amiga para mim e para meus filhos, mulher de beleza espiritual e simplicidade inigualáveis.

Agradeço a todos que direta e indiretamente tornaram este projeto possível.

Aos meus orientadores, Dra. Elizabeth Artmann e Dr. Miguel dos Santos Oliveira e professores pela transmissão de conhecimentos, apoio, paciência e carinho. Muito obrigado!

Agradeço ao MINSA pela oportunidade que me concedeu, à Direção Provincial de Saúde de Luanda, por autorizar a realização desta pesquisa, aos meus colegas de curso pelas maravilhosas horas de convívio, diversão, amizade, companheirismo e troca de experiências, para vocês.... Mãos a obra, porque a ceara é grande, mas os obreiros são poucos!

“Sonhar, planificar, ter objetivos a alcançar são o sal e açúcar de nossas existências, sem estas fontes de motivação, a vida é uma sequência insípida de factos em preto e branco, desbotados pelo desânimo e ausência de foco. Providencie, a cada dia de sua existência, a dose de açúcar e sal que energizarão você pessoal e profissionalmente.”

Tente; valerá a pena!

“Artêmis Nogueira de Castro”

RESUMO

Nos últimos anos em Angola, além da constatação da necessidade de reconstrução do sistema de saúde após longo período de guerra, vem aumentando a preocupação com a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

O objetivo deste estudo foi de “Analisar o Impacto do Projeto de Reforço de Saúde Materno-infantil na melhoria da qualidade dos serviços da rede de atenção primária em três municípios da zona norte da província de Luanda- Angola”, com o intuito de levantar subsídios que auxiliem na tomada de decisão sobre a continuidade e revisão das ações do projeto pela Direção Provincial de Saúde de Luanda (DPSL).

O estudo insere-se no tipo de Avaliação Normativa, que visa fornecer subsídios para a tomada de decisão. É de cunho retrospectivo e consistiu na revisão de documentos do projeto, relatórios e documentos da DPSL/MINSA. O estudo incluiu depoimentos resultantes de 60 entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais de saúde adstritos à rede sanitária dos municípios do projeto. Realizou-se observação direta em todos os serviços relacionados ao Projeto, com a utilização de um roteiro e analisaram-se prontuários (120), para se buscar maior conhecimento sobre o funcionamento dos serviços.

Para 13 (65%) gestores, os objetivos do projeto foram alcançados; 40 (100%) profissionais afirmaram que as ações do projeto ajudaram a melhorar a qualidade dos serviços de saúde materno-infantil; 60 (100%) técnicos e gestores estão a favor da continuidade das ações do projeto; 36 (90%) profissionais apontaram como elemento crucial para o sucesso das atividades das ações de melhoria, a disponibilidade de recursos de materiais e equipamentos e seis (30%) gestores apontaram como principal desafio para continuidade das ações do projeto pela DPSL a capacidade de avaliar/ monitorar as ações do projeto.

Para continuidade das ações do projeto de melhoria de qualidade na província, propomos investir na rede de Atenção Primária a Saúde/Municipalização e no planejamento estratégico dos serviços. Observa-se uma necessidade cada vez mais crescente de comunicação/negociação entre os vários atores envolvidos na oferta e gestão dos serviços, incluindo os decisores políticos, usuários e outros potenciais atores, elementos fundamentais para uma boa liderança coletiva no setor saúde.

Palavras - chave: Atenção Primária à Saúde, Qualidade de Serviços, Avaliação em Saúde, Planejamento estratégico dos Serviços.

ABSTRACT

In the latest years in Angola however of the need to rebuild the health system after a long period of war, has been increasing concern about the quality of health services offered to the population.

The objective of this study was to "analyze the impact of the Project for Strengthening of Maternal – Child health, improving the quality of services of primary care services in three municipalities located in the northern zone of Luanda province - Angola", in order to raise subsidies to assist in decision making about the continuity of actions and review of the project by the Provincial Health Directorate of Luanda (DPSL).

The study is part of the type of Normative Evaluation, which aims to provide information for decision making. It is a retrospective study, which consisted of a review of project documents, reports and documents of Provincial Health Directorate of Luanda and Angolan Ministry of Health. The study includes 60 statements derived from structured interviews with managers and health professionals assigned to the municipal health network of the project. We carried out direct observation in all services related to the Project, with the use of a script and analyzed medical records, to seek greater knowledge about the functioning of services.

For 13 (65%) managers, project objectives were achieved, 40 (100%) professionals stated that the actions of the project helped to improve the quality of maternal and child health, 60 (100%) technicians and managers are favor of the continuity of the project actions; 36 (90%) providers indicated as critical to the success of the activities of the improvement actions, the availability of resources of materials and equipment and six (30%) managers indicated as the main challenge for continuity of DPSL project actions by the ability to assess / monitor the actions of the project.

For continuity of the actions of the quality improvement project in the province, we propose to invest in the network of Primary Health Care / municipalization and strategic planning services. There is a need for ever-increasing communication / negotiation between the various actors involved in the provision and management of services, including policy makers, users and other potential actors, basic elements for a good collective leadership in the health sector.

Keywords - Keywords: Primary Health Care, Quality Services, Health Evaluation, Strategic Planning Services.

I. LISTA DE SIGLAS

AIDI – Atenção Integrada as Doenças da Infância

APS – Atenção Primária à Saúde

DNME - Direção Nacional de Medicamentos e Equipamentos

DNRH - Direção Nacional dos Recursos Humanos

DNSP - Direção Nacional de Saúde Pública

DHG – Doença Hipertensiva da Gravidez

DPS - Direção(ões) Provincial(is) da Saúde

DPSL - Direção Provincial da Saúde de Luanda

CPN – Consulta Pré Natal

CONU – Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência

CONU – Cuidados Obstétricos de Urgência

MINSÁ - Ministério da Saúde de Angola

MSH – Management Sciences for Health

MIESG – Momento Ideal e Espaçamento saudável das Gestações

OMS - Organização Mundial da Saúde

PMD – Países menos Desenvolvidos

PF – Planejamento Familiar

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Humana

USAID –United States Agency for International Development

US - Unidades de Saúde

US – United States

VIH – Vírus de Imuno Deficiência Humana

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de Angola.....	12
Figura 2 - Mapa da Província de Luanda	14
Figura 3 - População de Luanda (1750-2007).....	15
Figura 4 - Distribuição Geográfica da Rede Sanitária da Província de Luanda, 2008.....	20
Figura 5 - Mapa de Localização Geográfica das áreas do Projeto de Reforço/Melhoria de Qualidade.....	25
Figura 6 - Ciclo de Melhoria de Qualidade	31

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Causas de mortalidade em crianças < de 5 anos, Luanda de 2001-2003	92
Gráfico 2 -Melhoria da Qualidade - Resultado de Entrevistas aos Profissionais.....	96
Gráfico 3 - Elementos de Mudança na melhoria da qualidade dos serviços nas unidades sanitárias - Resultado das Entrevistas aos Profissionais.....	109
Gráfico 4 - Evolução da Melhoria de Qualidade no período de 2006 a 2008	115
Gráfico 5 - Preenchimento de Prontuários (cadernos de grávida).....	117
Gráfico 6 - Registro de Informação nos Partogramas	118
Gráfico 7 - Preenchimento de Prontuários de Planejamento Familiar	119
Gráfico 8 - Organização dos Serviços	122
Gráfico 9 - Componentes de Consulta Pré-Natal	123
Gráfico 10 - Normas e Meios de Atendimento ao Parto	124
Gráfico 11 - Dados de Consulta de Planejamento Familiar	124
Gráfico 12 - Dados sobre o Funcionamento da Pediatria.....	126
Gráfico 13 - Dados sobre o Funcionamento dos Serviços de Vacinação.....	127

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Rede Sanitária Pública da Província em Funcionamento em 2006.....	19
Tabela 2 - Intervenções com Evidência Científica para reduzir a mortalidade de Crianças menores de 5 anos	78
Tabela 3 - Estimativa de óbitos anuais evitáveis em crianças menores de 5 anos em Angola no período 2004-2008.....	79
Tabela 4 - Avaliação da Prestação de Serviços - Resultados de Novembro de 2002 a Janeiro de 2003.	88
Tabela 5 - Indicadores de Saúde Seleccionados do Estudo de Linha de Base, Luanda, Dezembro de 2002 (n=2219 mulheres).	89
Tabela 6 - Atividades Implementadas pelo Projeto de Reforço da Melhoria da Qualidade - Resultado das Entrevistas aos Profissionais.....	98
Tabela 7 - Elementos que facilitaram a implementação do Projeto - Resultado das Entrevistas	99
Tabela 8 - Elementos que dificultaram a implementação do Projeto de Reforço - Resultado das Entrevistas aos Profissionais	103
Tabela 9 - % de Mudanças nos Serviços de Saúde Materna e Infantil de Janeiro de 2003 a.	105
Tabela 10 - Ganhos na melhoria da qualidade por área de serviço de 2003 a 2005.....	106
Tabela 11 - Unidades Inseridas no Processo de Melhoria de Qualidade - 2002 a 2008	113
Tabela 12 - Elementos Cruciais para sucesso do Projeto - Resultado das Entrevistas aos Profissionais	130

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Definição de Qualidade (adaptada pelo MINSA/Projeto de Reforço).....	29
Quadro 2 - Proposta do Pacote de Serviços de Saúde Materno-Infantil (MINSA).....	32
Quadro 3 - Pacote essencial de cuidados e serviços materno-infantil a nível dos serviços de atenção primária de saúde.....	82

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	11
II. O PAÍS, A PROVÍNCIA E OS MUNICÍPIOS DO ESTUDO	12
1. ASPECTOS SÓCIO - SANITÁRIOS	17
2. PROJECTO DE REFORÇO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL	20
III. OBJECTIVOS	34
1. Objetivo Geral	34
2. Objetivos Específicos	34
IV. PRESSUPOSTOS	35
V. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	36
□ Considerações Éticas	40
□ Limitações	41
VI. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	42
1. Cuidados Primários de Saúde	42
2. Qualidade dos Serviços de Saúde	46
3. Avaliação em Saúde	52
4. Planejamento Estratégico Situacional	58
5. Liderança Coletiva em Saúde	64
6. Saúde Materno-Infantil	65
7. Situação de Saúde Materno-Infantil em Angola	67
VII. RESULTADOS E DISCUSSÃO	87
VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	138
X. ANEXOS	146

I. INTRODUÇÃO

O Investimento na saúde das crianças e das suas mães é a ação mais eficaz para interromper a transferência da pobreza de uma geração para outra. Neste sentido, as sociedades têm a responsabilidade de criar condições e disponibilizar os meios que garantam a sobrevivência, o desenvolvimento normal das crianças e a prevenção das mortes. De acordo com o Ministério da Saúde de Angola (Angola, 2009), os cuidados de saúde e nutrição durante a gravidez e a primeira infância são extremamente importantes e terão efeitos que durarão toda a vida. Segundo ainda a fonte, as sociedades que investem na saúde e na educação das suas populações têm melhores condições para utilizar as infraestruturas, a tecnologia e as riquezas naturais para produzir crescimento económico e bem-estar humano.

Desde a independência de Angola em 1975, a atenção das autoridades esteve voltada para o aumento da cobertura de serviços de saúde à população, a partir da construção de postos, centros de saúde e hospitais. A preocupação com a qualidade dos serviços estava em segundo plano. De 1997 a 2002 foram realizadas algumas sondagens com usuários dos serviços, prestadores de cuidados de saúde e gestores sobre sua percepção quanto aos serviços de saúde em Angola. Das sondagens se constatou a existência de problemas em termos de acesso que se consubstanciam em pagamentos ilícitos (gorjetas), cobranças anárquicas pelos profissionais e concentração de médicos na província de Luanda. Foram também apontados, *déficit* de condições técnicas e higiênicas nas unidades, *déficit* de pessoal qualificado, além de falta de liderança e gestão inadequada dos serviços, entre outros (VEMBA, 2002).

Com base nos resultados das referidas sondagens e levando em conta o crescimento da população urbana, motivado pelo êxodo rural nos últimos anos, a alta taxa de fecundidade da população, o fato de 44% da população materna e infantil constituir a grande parte da população da cidade de Luanda, e pelo facto de Angola possuir uma elevada taxa de mortalidade materno-infantil, o Ministério da Saúde e a Direção da Saúde da Província de Luanda a partir de 2002, passaram a priorizar ações dirigidas para o segmento materno-infantil, no sentido de tornar os serviços de saúde mais acessíveis e melhorar a qualidade dos mesmos (VEMBA, 2002), com o apoio também de organizações internacionais.

Assim, constitui uma prioridade do MINSA, investir no aumento do acesso e melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados às populações de forma a contribuir

para a redução das taxas de mortalidade materno-infantil e da pobreza em Angola (Angola, 2009).

Em 2002, as ONGs internacionais Management Sciences for Health (MSH), Save the Children (US) e International Medicus Corps (IMC) ganharam o concurso para apoiar no desenvolvimento de capacidades de gestão e na organização de sistemas sustentáveis de atenção a saúde materno-infantil e auxiliar a transição da fase de emergência para a fase de desenvolvimento sustentável. O projeto foi desenhado para responder a uma crise imediata de Saúde Pública, enquanto se desenvolvia a capacidade local para suportar um sistema a longo prazo, encorajando a participação comunitária e melhoria da prestação de serviços.

O Projeto de Reforço de Saúde Materno-Infantil, também conhecido como “Projeto Reforço” ou de Melhoria de Qualidade, foi implementado em 6 centros de saúde de referência, sítios na zona norte, tendo em vista a melhoria da qualidade dos serviços de referência da rede de atenção primária da província de Luanda. A área geográfica de intervenção do projeto incluía os municípios de Cazenga, Viana e Cacuaco.

Importa referir que a República de Angola emergiu em 2002 de uma guerra civil que durou quase três décadas provocando um impacto negativo no desenvolvimento nacional, sobretudo, na saúde e nutrição da população, em especial das crianças e das mulheres.

Este estudo, objetivou analisar o impacto do Projeto de Reforço dos Serviços de Saúde Materno – Infantil na melhoria na qualidade serviços de saúde da rede de Atenção Primária a Saúde (APS) dos três municípios, considerando os 2 primeiros objetivos do projeto: 1) melhoria da qualidade dos serviços de saúde materno-infantil; e 2) incremento do uso de normas e padrões nacionais.

O presente trabalho está estruturado em três capítulos, sendo o primeiro referente à Introdução, resumo/abstract, caracterização de Angola, Projeto de Reforço saúde Materno-Infantil, objetivos, pressuposto, estratégia metodológica, considerações éticas e limitações. O segundo capítulo contém a revisão bibliográfica, com: Cuidados Primários de Saúde, Qualidade Serviços de Saúde, Avaliação em Saúde, Planejamento Estratégico Situacional, Liderança Coletiva e Saúde, saúde materno-infantil em Angola e progressos da saúde materna e infantil no Brasil e o terceiro aos resultados do estudo, considerações finais, anexos e referências bibliográficas.

II. O PAÍS, A PROVÍNCIA E OS MUNICÍPIOS DO ESTUDO

Angola está situada no sudoeste do continente africano, na costa ocidental, na sua região austral entre os paralelos 4°22' e 24°05'. Possui 18 províncias, 163 municípios e 547 comunas e 1.271 povoações. No ordenamento angolano, a província constitui-se na célula base das funções de planeamento e orçamentação, enquanto que a comuna é a menor unidade político-administrativa do país, existindo ainda de acordo com o artigo 55° da constituição, bairros e/ou povoações (OLIVEIRA, 2010).

O país faz fronteira a norte com a República do Congo e a República Democrática do Congo, a leste com as Repúblicas Democrática do Congo e da Zâmbia, a sul com a República da Namíbia e a oeste com o oceano Atlântico numa extensão de 1.650 km (OLIVEIRA, 2010).

Figura 1 - Mapa de Angola



Fonte: www.dw.angonet.org/.../about/about_angola.html

A extensão territorial de Angola é de aproximadamente 1.246.700 km², com uma população estimada em 16.037.000 habitantes, o que proporciona uma baixa densidade populacional, na ordem de 12,86 habitantes por km² (Angola, 2006). A taxa de fertilidade é de 6,7 filhos por mulher, com 46,4% de população menor de 15 anos. Em 2007, o crescimento médio anual da população foi de 2,9% (OMS, 2009).

De acordo com a OMS (2009), a população angolana é caracterizada por um número diversificado de grupos étnicos (18), com as respectivas culturas, tradições, línguas nacionais e comportamentos, a maioria (53,3%) concentrada em zonas urbanas.

A guerra de cerca de quatro décadas, terminada a 4 de Abril de 2002, afetou seriamente todos os sectores da sociedade e a vida dos angolanos, provocando grandes aglomerações de populações deslocadas que aceleraram o processo de urbanização desordenada e agravaram a situação social e sanitária (OMS, 200).

Não obstante, a estabilidade e prosperidade econômica crescente com a paz, Angola ainda pertence ao grupo dos Países Menos Desenvolvidos (PMD), segundo os critérios das Nações Unidas de classificação dos PMD, assentes em três pilares principais: RNB *per capita*; Vulnerabilidade econômica e Ativo humano (OLIVEIRA, 2010).

Apesar das receitas do petróleo e dos diamantes terem contribuído para o aumento do rendimento *per capita*, de 510 dólares, em 2002, para 1.980 dólares em 2006, (Banco Mundial, 2008), os indicadores de desenvolvimento humano continuam a ser muito baixos (OMS, 2009), continuando a maioria da população angolana (62.2%), a viver abaixo da linha de pobreza (ANGOLA, 2007a)

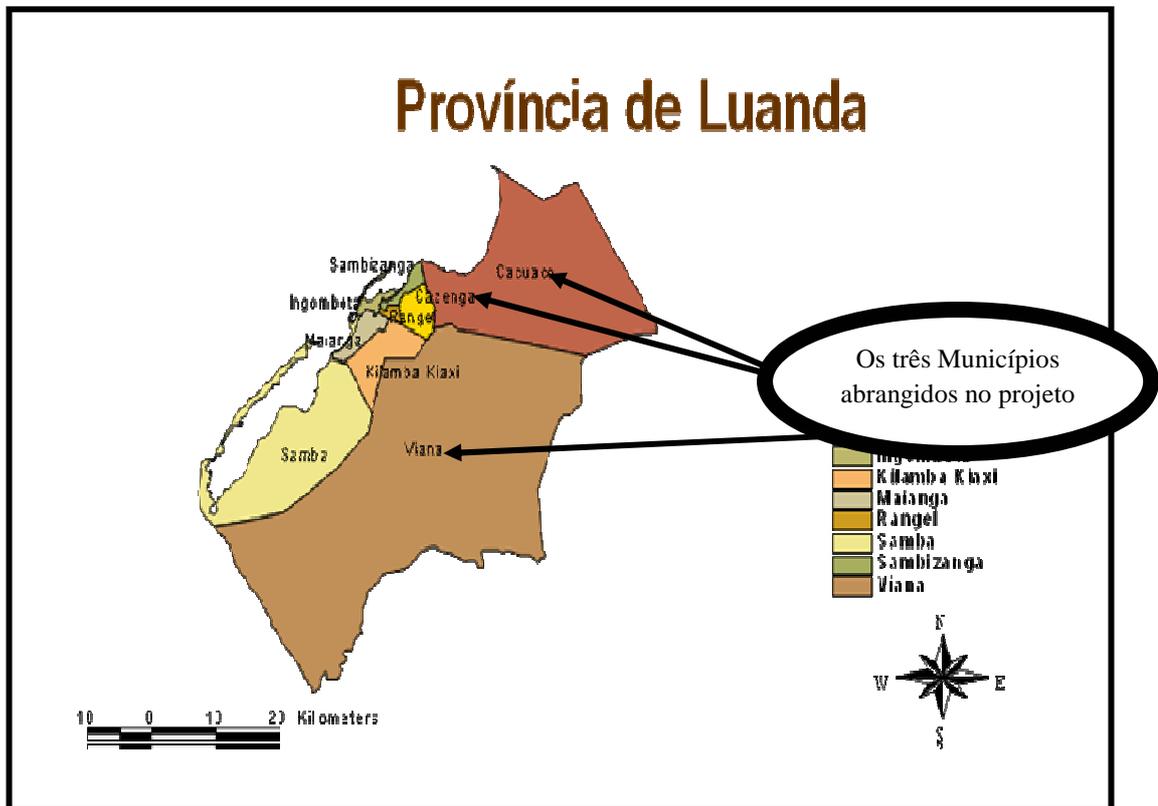
Luanda é a maior cidade e capital de Angola, sendo também a capital da província homónima. Localizada na costa do Oceano Atlântico, é o principal porto e centro administrativo de Angola.

Segundo Oliveira (2010), hoje a população da Província de Luanda foi estimada em 7.180.660 habitantes, segundo dados do registo eleitoral de 2007. Esta cifra refere-se à população reajustada em função do número de eleitores da Província.

A província de Luanda limita-se a Norte, Este e Sul com a província de Bengo e ao Oeste com o oceano Atlântico. Com uma superfície de 2.417 km representa apenas 0.19% do território nacional (CAMPIONE, 1998).

Segundo o estudo, os habitantes de Luanda são na sua grande maioria membros de grupos étnicos africanos, incluindo umbundos, ovimbundos e bacongos. Existe uma pequena minoria de origem europeia, constituída principalmente por portugueses. A língua oficial e mais falada é o português, sendo também faladas várias línguas do grupo bantu, principalmente o kimbundo.

Figura 2 - Mapa da Província de Luanda



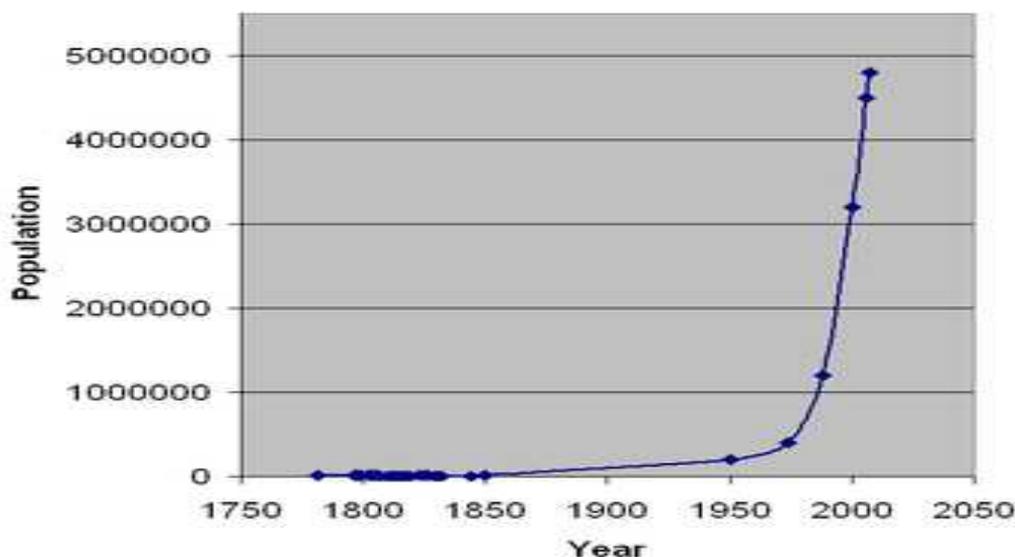
Fonte: GEPE, Luanda 2008

Quanto à cidade de Luanda, importa referir que foi desenhada pelos portugueses. A zona central de Luanda está dividida em duas partes, a baixa de Luanda (a cidade antiga) e a cidade alta (a nova cidade). É a cidade mais desenvolvida de Angola e o único grande centro económico do país. Vale mencionar que os musseques/favelas que prolongam Luanda muitos quilómetros para além da antiga cidade, como resultado de várias décadas de conflitos armados, agravadas pelo aumento das desigualdades sociais. Apenas 20% da cidade tem água, o saneamento básico é deficiente e apenas 30% das casas têm água corrente.

A população da província de Luanda explodiu nas duas últimas décadas, como consequência da fuga de vastos contingentes populacionais das zonas rurais para a capital durante a guerra civil angolana (OLIVEIRA, 2010).

De toda a população da província de Luanda, aproximadamente 650.000 pessoas são provenientes das províncias: 47% estabeleceu-se na cidade nos últimos 5 anos e, devido à situação de insegurança, se prevê que uma mínima parte regressará aos lugares de origem, como demonstra uma sondagem efectuada entre 1992 e 1995, onde emerge que apenas 15 % demonstra intenções de regressar (OLIVEIRA, 2010).

Figura 3 - População de Luanda (1750-2007)



Fonte: www.gpl.cidade Luanda/historia/

A densidade média da província é de 6.000 habitantes por km, com um máximo no município de Rangel (21.000/km²) e um mínimo no município de Cacuaco (23/km²).

A maioria da população ativa de Luanda encontra-se empregada no sector informal. Em 1993 teve um incremento de 12% (721.870 trabalhadores), devido sobretudo à contribuição das mulheres que alcança 51,4% contra 44,4% da população masculina. Parte a esta situação e com a chegada da paz o governo promulgou dois decretos importantes (nº28/94 e 30/94) para a promoção do emprego e para o regime de apoio à criação de pequenas empresas de carácter familiar (ANGOLA, 2010).

Também no sector da educação se relevam graves problemas: muitas das escolas encontram - se num estado de extrema degradação com um grau elevado de insucessos escolares. Em 1993/94 nos primeiros três níveis escolares encontravam - se matriculados 174.139 estudantes. A taxa de escolarização é de 52,3% entre os 5 e os 14 anos, entre os quais 50,2% são do sexo feminino (ANGOLA, 2009).

A Província de Luanda é constituída por nove municípios/distritos (Fig 2): Cazenga, Ingombota, Kilamba Kiaxi, Maianga, Rangel, Sambizanga, Cacuaco, Samba e Viana (ANGOLA, 2010).

Dos municípios objetos do projeto, o de Cazenga geograficamente limita-se a Norte com o Município de Cacuaco, a oeste, com o município de Sambizanga, a sul com os municípios e Kilamba Kiaxi e Rangel e a este com o município de Viana e tem uma população estimada em três milhões de habitantes. Com uma superfície terrestre estimada em 38.6 Km², o município tem três comunas, nomeadamente: Hoji Ya Henda, Cazenga e Tala Hady (ANGOLA, 2010).

O município de Viana tem uma população estimada em um milhão e quinhentos habitantes, com um território vasto com cerca de 1.343Km². O município de Viana é limitado a Norte com os municípios do Cazenga e Cacuaco, a Sul com o Oceano Atlântico, a Este com a Província do Bengo, e a Oeste com o município do Kilamba Kiaxi.

A população do município de Viana é jovem, cerca de 47% tem menos de 15 anos; Somente 1,5% da população tem 65 anos ou mais; Há mais mulheres do que homens; A proporção de crianças vulneráveis é de 31,2% dos quais 12,5% são órfãs ou separadas (Pai e Mãe). Viana conta atualmente com mais de um milhão de pessoas, em sua maioria fruto do deslocamento de populações vindas do interior do país derivadas do conflito interno que Angola viveu. Outro fator que influenciou também no aumento do número da população em Viana foi a construção de novos conjuntos habitacionais na região chamada de Luanda Sul (área de expansão urbana de Luanda).

O município de Cacuaco tem cerca de 662 mil habitantes. Limita a sul com os municípios de Viana e Cazenga, a oeste com o oceano Atlântico e município da Sambizanga e a norte e a leste com a comuna do Dande, da província do Bengo. A sua superfície territorial é de 571km² e a sede municipal dista cerca de 15 km da cidade capital Luanda, por estrada asfaltada e no trajeto de Luanda para o norte do país (ANGOLA, 2010).

1. ASPECTOS SÓCIO - SANITÁRIOS

Embora pese, o esforço do executivo angolano, o quadro da saúde em Angola é considerado como preocupante devido a diversos fatores que concorrem para o agravamento do estado de saúde da população, dentre as quais a insuficiência de recursos humanos no sector da saúde, a falta de saneamento básico adequado, o deficiente funcionamento e baixa cobertura dos cuidados primários de saúde que, por sua vez, ocasionam a superlotação das emergências médicas dos hospitais dos níveis secundário e terciário, e em última análise, agravada pelo nível de pobreza que ainda grassa sobre a maioria da população.

A situação sanitária do país é ainda caracterizada pela baixa esperança de vida ao nascer, altas taxas de mortalidade materno-infantil, elevado índice de Doenças Infectocontagiosas, Doenças Diarreicas Agudas (DDA), Doenças Crónicas e Degenerativas. Incide sobre este quadro também, a prevalência da VIH/SIDA. A taxa de mortalidade materna é hoje estimada em 600 mortes em cada 100 000 nascidos vivos, quando em 2001 era de 1.400 mortes por cada 100 nascidos vivos. No que tange à mortalidade infantil, os índices apontam também para uma pequena redução de 150 para 93 mortes, nas áreas urbanas e 141 nas áreas rurais, enquanto que apenas cerca de 50% dos partos são realizados em unidades sanitárias (ANGOLA, 2010). As principais causas da mortalidade infantil são a malária, Infecções Respiratórias Agudas e DDAs.

De modo geral, o quadro epidemiológico evidencia que as doenças transmissíveis, como a Malária, VIH/SIDA, Tuberculose, Tripanossomíase, doenças passíveis de prevenção através da vacinação, como o Sarampo, Poliomielite, Tétano, entre outras, têm um grande peso na taxa de mortalidade geral sendo responsáveis por mais de 70% das mortes a que se devem associar as doenças não transmissíveis, tais como a Hipertensão Arterial, Diabetes e Cancro, etc.

Em 2002, com o alcance da paz em Angola, deu-se início a um processo de reconciliação nacional, recuperação económica e estabilidade política.

A carga de doenças e a atual fase de reconstrução nacional colocam como principais desafios o desenvolvimento de uma política nacional de saúde coerente e atual, a reconstrução e a reabilitação de toda a rede de prestação de serviços de saúde e o recrutamento, formação e redistribuição do pessoal da saúde (OMS,2009).

A elevada taxa de mortalidade infantil, está associadas a uma prevalência alta de patologias transmissíveis entre as quais a malária, doenças diarreicas agudas, infecções respiratórias agudas, agravadas pela má nutrição proteica e energética (ANGOLA, 2009).

Em Angola, a taxa de analfabetismo da população com idade igual ou superior a 15 anos era, no ano 2000, de 58%, contrastando com uma média de 38% para toda a África subsaariana (MAIATO, 2007 apud OLIVEIRA, 2010).

A taxa de analfabetismo da população feminina é mais elevada quando comparada com a masculina, chegando a atingir acima de 70% nas mulheres pertencentes ao quartil sócio – econômico mais pobre. As elevadas taxas de analfabetismo nas mulheres é preocupante considerando que, o nível educacional da mãe tem uma forte influência na educação da criança e no bem-estar do agregado familiar, existindo uma ligação entre o estado de pobreza e o nível de instrução da população. Neste âmbito, estima-se que 41% da população total, sem nenhum grau de instrução, atingiu o nível de extrema pobreza (MAIATO, 2007 apud OLIVEIRA, 2010).

Atualmente a taxa de mortalidade materna ronda os 600 por cada 100.000 nados vivos, destacando-se como suas principais causas o baixo nível de educação materna, a alta fertilidade, o pouco espaçamento das gravidezes, a gravidez precoce, os baixos cuidados pré-natais e alta porcentagem de partos domiciliares (ANGOLA, 2005).

Como causas obstétricas diretas destacam-se, de acordo com dados de 2001 e 2003 do MINSA (Angola, 2001 e 2003), a hemorragia, os abortos inseguros e a septicemia, etc., portanto, causas susceptíveis de prevenção.

Considerando o quadro socioeconómico de Angola, em Setembro de 2000, Angola juntou-se aos demais 191 países para assinar a Declaração do Milénio, o que mais tarde viria a fundir-se com as Metas Internacionais para o Desenvolvimento, para resultar nos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (MDGs) (OLIVEIRA, 2010).

A rede sanitária da província de Luanda, até 2008, era constituída por 96 unidades sanitárias distribuídas pelos nove municípios da província, sendo 85 públicas e 11 de parceria públicos privadas. Sanitária pública atende a população nos serviços de Medicina, Pediatria, Cirurgia, Obstetrícia, Ginecologia, Planeamento Familiar, Puericultura, Vacinação e Estomatologia, com auxílio de serviços de diagnóstico de Laboratório, Raios-X e Ecografias.

A rede sanitária da província de Luanda, ainda é insuficiente para dar resposta à demanda da saúde das populações. As 96 unidades sanitárias, entre as quais 85 públicas e 11 de parceria público privada, cobrem com insuficiência um universo de 7.395.977 habitantes. Entre estas unidades, referem-se 6 Hospitais, 44 Centros e Postos de Saúde. Está para cada Hospital 1.232.662 habitantes, para cada Centro de saúde 168.090 habitantes e para cada Posto de Saúde 160.782 habitantes.

A insuficiente rede sanitária existente, subentende caminhar longas distâncias para encontrar os serviços de saúde, obriga a um abarrotamento nas unidades sanitárias e, longas horas de espera para o atendimento com maior relevância a grávida, a criança e aos casos de malária (DPSL, 2008).

Tabela 1 - Rede Sanitária Pública da Província em Funcionamento em 2006.

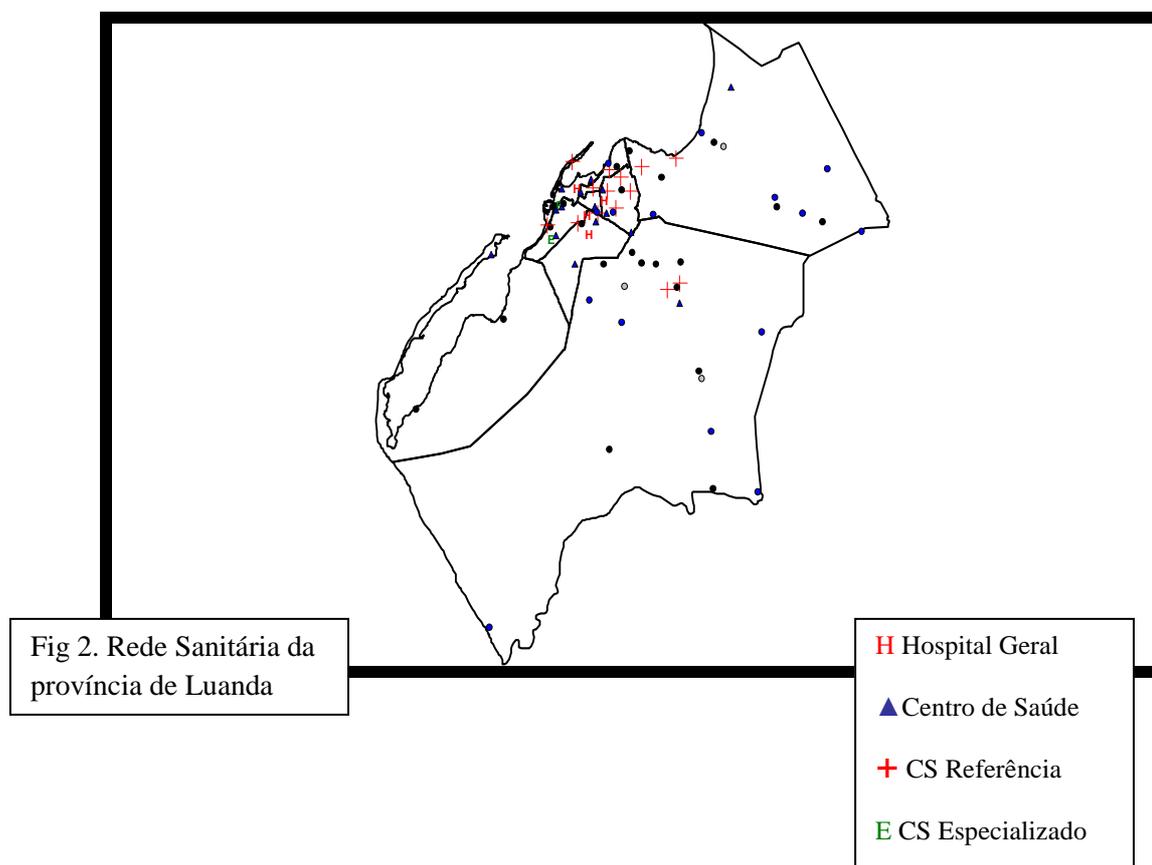
Municípios	TIPO DE UNIDADE SANITÁRIA								Total
	Hospitais			Centros de Saúde			Postos Saúde		
	G.Esp	Geral	Munic	Espec	Refer	CS	TipoII	TipoI	
Cacuaco	0	0	0	0	2	4	2	11	19
Cazenga	0	1	0	0	5	3	1	0	10
Ingombota	1	0	0	0	2	1	0	0	4
K.Kiaxi	1	2	1	1	2	3	3	2	15
Maianga	0	0	0	2	2	1	3	0	8
Rangel	0	0	0	0	1	1	2	1	5
Samba	0	0	0	0	1	2	9	0	12
Sambizanga	0	0	0	0	1	4	0	0	5
Viana	0	0	0	0	2	4	3	9	18
TOTAL	2	3	1	3	18	23	23	23	96
Total Geral	6			44			46		96

Fonte: GEPE, Direção Provincial de Saúde de Luanda, 2008.

Legenda: HG – Hospital Geral, CSR – Centro Saúde de Referência, CS – Centro de Saúde, CSE – Centro de Saúde Especializado, PS-I – Posto de Saúde -Tipo I, PS-II – Posto de Saúde -Tipo II.

Por municípios, mais de ¼ das Unidades Sanitárias(19) estão situadas em Cacucaco (18%),18 unidades situam-se em Viana, correspondendo a (17%), sendo a maior percentagem delas do grupo de postos de saúde. 9,6% da rede sanitária, equivalente a 10 unidades estão situadas no Cazenga, sendo a maioria destas unidades do tipo Centro de Saúde. Porém, se compararmos a distribuição das US por nível, os municípios de Cacucaco e Viana têm uma alta percentagem (cerca de 11%) de postos de saúde, enquanto que o município o da Ingombota não tem nenhum Posto de saúde, e apenas 0,46% das do Cazenga e 1,38% da Maianga pertencem a este nível mais baixo. Relatório anual Direção Provincial de Saúde de Luanda, 2008.

Figura 4 - Distribuição Geográfica da Rede Sanitária da Província de Luanda, 2008



Fonte: GEPE: Direção Provincial de Saúde de Luanda, 2008

2. PROJECTO DE REFORÇO DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

O Projeto de Reforço, também conhecido como projeto de Melhoria de Qualidade, foi desenhado com o intuito de responder ao Objetivo estratégico (7) da USAID, que visa “Aumento do uso dos serviços de saúde materno-infantil e VIH/SIDA e/ou produtos e

melhoria das práticas de saúde”. Simultaneamente, o projeto contribui diretamente ao objetivo do Governo de Angola de reconstruir o sistema de saúde através do reforço dos serviços de saúde materno-infantil em áreas pobres de Luanda.

O projeto foi desenhado para responder a crise imediata de saúde pública e ao mesmo tempo desenvolver a capacidade local para apoiar um sistema de longo termo, encorajando a participação comunitária e melhorar a entrega de serviços.

A nossa abordagem apoia o Objetivo Estratégico da USAID sobre o “Aumento da utilização dos serviços de saúde materno-infantil e/ ou produtos e melhorar as práticas de saúde” em Angola e a sua visão de restaurar e expandir serviços de saúde materno-infantil, infecções de transmissão sexual (ITS) e VIH sustentáveis, enquanto se responde as necessidades agudas. Concretamente, para se criar um ambiente favorável, engloba melhorar a qualidade nacional dos sistemas de gestão e apoio, acesso a serviços de qualidade, entrega de serviços, e sistemas locais para a comunidade com capacidade de gerar procura e comportamentos saudáveis positivos. Os resultados intermediários são interdependentes e reforçam-se mutuamente. Um ambiente favorável estimula a participação local e leva a apropriação local. Por sua vez, a apropriação local promove a procura de serviços de qualidade. Isto supõe a criação de mecanismos para melhorar o desempenho dos provedores e assegura a prestação de contas pelos mesmos. Melhorar o sistema informal de saúde, ajuda os provedores a oferecer serviços de saúde de qualidade, refletindo as normas e padrões nacionais e a respeitar as necessidades e direitos dos usuários. A combinação de comunidades empoderadas e usuários capazes e provedores com prestação de contas irá aumentar o uso de serviços, sustentar a utilização através do tempo e resultar em melhor saúde para os membros das comunidades participantes.

O projeto tinha como foco principal três objetivos: (1) melhoria da qualidade dos serviços de Saúde Materna- Infantil; (2) incremento do uso de normas e padrões nacionais; e (3) melhoria do fluxo da informação sobre saúde materna- infantil para as mães, famílias e comunidades. Vale referir que o principal objetivo do projeto era inicialmente melhorar o acesso aos serviços de saúde. Posteriormente as atenções do projeto ficaram centradas na melhoria da qualidade assistencial considerando que se concluiu que para além dos problemas de acesso aos serviços, as unidades enfrentavam outros problemas relacionados com a qualidade dos serviços oferecidos, no que concerne ao acesso, uso e aplicação das normas nacionais de diagnóstico, tratamento e prevenção, de acordo com as políticas dos programas,

deficiente organização dos serviços, ambiente e fracos mecanismos de prevenção de infecções, deficiente comunicação interpessoal, má gestão de recursos, falta de motivação por parte dos profissionais de saúde.

O Projeto de Reforço dos Serviços de Saúde Materno-Infantil pretendia alcançar um ambiente no qual os provedores iriam oferecer e os usuários irão usar, serviços de alta qualidade respondendo ambos às necessidades imediatas e de longo termo de saúde materno-infantil. Melhorar os sistemas e capacitar as comunidades a todos os níveis é o calcanhar de Aquiles para construir um programa de saúde pública sustentável. A estratégia do projeto tem como objetivo apoiar os sistemas locais para a entrega de serviços de qualidade e sistemas locais para promover a participação comunitária na planificação e gestão dos serviços, resultando no aumento da procura para esses serviços.

As metas seriam manifestadas nos pontos funcionais completos de entrega de serviços (PFCES), onde tem lugar a interação entre o usuário e o prestador. Do lado da logística, uma política ambiental positiva vai apoiar a gestão efetiva, que resulta em pontos funcionais completos de serviços. Do lado da procura, o empoderamento local apoia a mobilização social, que resulta no apoio comunitário completo. Logística e procura veem ao mesmo tempo, quando o prestador competente, bem equipado e motivado encontra o usuário informado, respeitado e motivado. O modelo ajuda a construir ligações horizontais entre as entidades locais e comunidades e ligações verticais entre os níveis do sistema de saúde pública de Angola, provendo o balanço/equilíbrio e coordenação necessária para a criação de serviços sustentáveis.

O processo de aumentar e melhorar a qualidade dos serviços é definido como sendo um processo contínuo. No sentido de expandir e melhorar a qualidade dos serviços é necessário medir o volume de serviços e sua qualidade no início da intervenção. Uma das primeiras tarefas do Projeto foi a de conhecer as áreas de intervenção (MSH, 2002b, p. 25-42) e avaliar o funcionamento dos diferentes centros de saúde inseridos no mesmo. Para alcançar isto, o projeto realizou avaliações com análises profundas e sistemáticas da entrega dos serviços em cada centro de saúde. Os resultados dessas avaliações ajudaram a identificar as áreas que necessitam de melhoria e o desenvolvimento dos planos de ação orientados à expansão dos serviços e a melhoria da qualidade.

Para iniciar o desenho das atividades, em Dezembro de 2002, a Organização Não Governamental (ONG), Management Sciences for Health (MSH), com apoio da Direção Nacional de Saúde Pública (DNSP), Direção Provincial de Saúde de Luanda (DPSL) e das Repartições Municipais de Saúde (RMS), realizou o estudo de base da população alvo, abrangendo 1,621 agregados familiares e entrevistou 2,236 mulheres em idade reprodutiva e coletou informação de aproximadamente 2,344 crianças menores de 5 anos de idade, nos municípios citados, visando obter dados sobre o acesso e demanda de serviços de saúde materno- infantil. Em resumo, os resultados do inquérito de Linha de Base, apontaram para a importância do reforço à melhoria da qualidade dos serviços, que apesar da disponibilidade e acesso aos serviços ser melhor do que o esperado, a baixa qualidade dos mesmos é o assunto chave na prestação de serviços. Através do inquérito, constatou-se que o tempo gasto para a obtenção de cuidados de saúde foi razoável, isto é, em média cerca de 70% das pessoas que estiveram doentes nas duas últimas semanas anteriores ao inquérito acessaram algum serviço em 40 minutos ou menos, e que mais da metade das crianças que apresentaram febre nos dias anteriores ao inquérito foram levadas a algum serviço de saúde, indicadores que denotam que o acesso em si não seria, a princípio, um grande problema. Contudo, as taxas de cobertura vacinal foram baixas (apenas 39% das crianças tinham cobertura vacinal completa e proporção significativa de crianças não recebeu as vacinas no momento apropriado), a necessidade de se desenvolver os serviços de vacinação de rotina denotando, em certa medida, falta de acesso à informação, por parte das mães e pessoal de saúde acerca de como tratar as doenças da infância. As crianças doentes são levadas às unidades sanitárias, mas elas nem sempre recebem o tratamento apropriado. Apenas um terço das crianças que tiveram diarreia nas duas últimas semanas anteriores ao estudo foram tratadas com terapia de reidratação oral, o que sugere falta de informações por parte das mães e do próprio pessoal de saúde; cerca de 39% das crianças foi tratada com antidiarreicos. O uso comum de antidiarreicos e antibióticos no tratamento da diarreia prática considerada equivocada, constatando-se que as mães não estavam familiarizadas com os sinais de perigo da desidratação em crianças, demonstrando o uso comum de antidiarreicos e antibióticos no tratamento da diarreia. Acesso ao parto institucional é elevado, contudo a assistência ao parto também revelou problemas: apenas cerca de 56% dos nascimentos ocorreram numa unidade de saúde, embora 62% dos partos tenham sido realizados por profissionais de saúde. Os cuidados pré-natais têm uma boa cobertura, os sinais de perigo durante a gravidez foram citados por proporções pequenas de mulheres, com exceção da febre decorrente de malária, identificada por 56,8% das entrevistadas. Outros sintomas de perigo foram mencionados por menos de 30% das mulheres

nos três municípios, o que indica deficiência na assistência ao pré-natal. Os cuidados pós-parto são inexistentes e apenas 33.4% das mulheres declararam ter passado por consultas pós-parto após o nascimento do último filho tido e somente 15% indicaram ter feito uma consulta de planejamento familiar, de o planejamento familiar estar a crescer, mas tem um longo caminho a percorrer, particularmente no que consiste a ampliação da gama de métodos.

Os utentes/usuários estão a pagar valores significativos pelos serviços recebidos nas unidades públicas e esses valores não entram na caixa geral. Esta ação é ilegal e de difícil controlo, devido a uma série de fatores. Contudo algumas ações estão a ser implementadas com o intuito de se travar essa ação, mais são ainda muito incipientes (MSH,2002).

Efetuada a avaliação e análise dos serviços prestados, concluiu-se que para além dos problemas de acesso aos serviços, o sistema enfrentava outros problemas relacionados com a qualidade dos serviços oferecidos a nível da rede primária no que concerne ao acesso, uso e aplicação das normas nacionais de diagnóstico, tratamento e prevenção, de acordo com as políticas dos programas, deficiente integração dos programas de saúde da criança e materno, deficiente organização dos serviços, ambiente e fracos mecanismos de prevenção de infecções, deficiente comunicação interpessoal, má gestão de recursos, falta de motivação por parte dos profissionais de saúde.

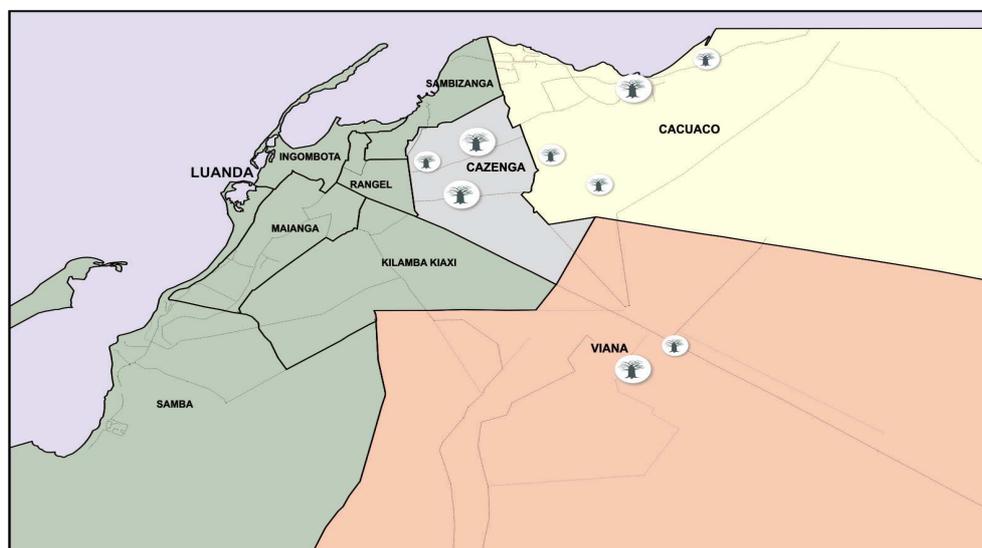
Neste contexto, melhorar a qualidade na prestação de cuidados e serviços, com ênfase no usuário, condições de trabalho, motivar os profissionais/equipas de trabalho e melhorar a gestão de recursos, passou a constituir um desafio para a DPSL, tendo como meta um melhor funcionamento da rede de Atenção Primária à Saúde, aumentar o acesso e conseqüente melhoria dos indicadores de morbimortalidade materno-infantil.

Assim, em Outubro de 2002, foi implantado o Projeto de Reforço dos Serviços de saúde materno-infantil, pelas ONG Management Sciences for Health, Save the Children-US e International Medicus Corps (IMC), financiado pela Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), com o fito de focalizar os aspectos chaves identificados procurando a reativação dos cuidados da rede de Atenção Primária à Saúde (APS).

O foco técnico do projeto estava centrado na melhoria da qualidade dos serviços, reforço do sistema, apoio no desenvolvimento de uma política nacional e apoio a reabilitação de serviços.

Um amplo leque de atividades de gestão, organizativas e assistenciais de melhoria de qualidade, com foco na saúde materno-infantil, foi desenvolvido nos centros de saúde de Cacujaco Sede, Kicolo, Asa Branca, Hoji Ya Henda, Viana Sede e Viana II. Estes centros de saúde foram selecionados em colaboração com a DPSL, tendo em consideração o tamanho da população, natureza do pacote de serviços, pessoal e conexão com suas comunidades. A população total diretamente beneficiária das intervenções do Projeto era de aproximadamente 700,000 (37% da população total dos três municípios), com 155,000 crianças menores de cinco anos de idade, 43,000 mulheres grávidas e 150,000 mulheres em idade reprodutiva.

Figura 5 - Mapa de Localização Geográfica das áreas do Projeto de Reforço/Melhoria de Qualidade



Fonte: MSH/Projeto Reforço, 2002

- **Objetivos programáticos do projeto**

Tratando-se de mulheres, a morbimortalidade relaciona-se principalmente à baixa cobertura de controlo do pré-natal e de sua qualidade (com destaque para as deficiências na detecção e manejo das gestações de risco), à qualidade dos partos assistidos, às complicações da gravidez (partos obstruídos, hemorragias e doença hipertensiva - DHG), ao elevado número de abortos e de infecções de transmissão sexual, incluindo o VIH/SIDA (VEMBA, 2002).

A morbimortalidade na infância está associada à baixa cobertura vacinal na idade apropriada, a pouca utilização pela população de mosquiteiros impregnados, à desnutrição crónica, e mesmo ao manejo inadequado da desnutrição, tanto por parte das mães como dos prestadores de serviços de saúde. O uso infrequente da TRO e o conhecimento limitado das

mães sobre os sinais das DRA são também destacados como fatores responsáveis por agravos evitáveis (MSH, 2002).

De modo geral, os serviços de saúde do primeiro nível - que atendem a maior parte das demandas de saúde das mulheres e crianças - não dispõem de estrutura adequada nem se encontram preparados para a promoção e prevenção dos agravos citados.

Além dos fatores de ordem econômica, social e sanitária que vulnerabilizam a saúde da população, a própria organização da atenção à saúde não ajuda no controlo dos agravos, uma vez que o sistema de saúde não funciona de forma integrada, isto é, os postos e centros de saúde (atenção de primeiro nível) não se articulam devidamente com a rede hospitalar, por dificuldades operacionais na gestão dos serviços, ausência de registros apropriados e de mecanismos de referência e contra referência, para citar apenas os problemas mais evidentes.

Durante os meses de Agosto e Setembro de 2002, o Projeto completou a avaliação de prestação de serviços nos seis centros de saúde nas áreas de intervenção e preparou os protocolos apropriados para avaliar o funcionamento das unidades sanitárias. O protocolo de Avaliação de Serviços (PAS), baseado em diferentes ferramentas usadas pelo MSH em outros países, irá guiar a componente de coleta de informação da avaliação.

Os procedimentos foram orientados por padrões técnicos de qualidade, definidos com base na Política Nacional de Saúde Reprodutiva e nos protocolos internacionais, tendo sido também incorporadas as opiniões dos técnicos do Ministério da Saúde, da Direção Provincial de Saúde de Luanda (DPSL) e da Direção Nacional de Saúde Pública (DNSP). Tais padrões, denominados de critérios de qualidade, são acompanhados de meios de verificação, e estão definidos para as áreas de: Consulta Pré-natal, Atendimento ao Parto, Atenção à Criança, Consulta de Pós-parto, Planeamento Familiar e Infecções de Transmissão Sexual, Organização de Serviços, Ambiente, Prevenção de Infecções e Vacinação. (MSH, 2002b) .

A avaliação dos serviços permitiu aos parceiros definir as fraquezas dos pontos de entrega de serviços e planificar intervenções; esses resultados ajudaram a estabelecer as prioridades programáticas e determinar que unidades sanitárias tinham necessidades mais urgentes. No final da avaliação, cada unidade sanitária tinha um plano de Ação.

Com base nos resultados da avaliação, os parceiros do Projeto prepararam planos de ação para a melhoria dos serviços em cada unidade sanitária selecionada e posteriormente

organizada um workshop de um dia em Janeiro 2003, para apresentar os resultados aos provedores de serviços. De Fevereiro a Abril, os planos de ação dos centros de saúde, foram implementados e seguidos sistematicamente. O progresso nessas áreas foi modesto, dado o momento que o Projeto estava a experimentar, mudanças rápidas e significantes que iriam acontecer/resultar durante o segundo ano do projeto.

Para uma unidade sanitária ser considerado completamente funcional, todo esse elemento deveriam ser cumpridos e alcançados a 100%. Com base nesses resultados da avaliação, a equipa do projeto reviu cada plano de ação dos centros de saúde selecionados ao longo do ano. Através da meta de melhorar 42% a 60% não foi alcançada, a avaliação ajudou a priorizar a melhoria de qualidade dos serviços em primeiro lugar (36%), e depois organização dos serviços (40%).

Considerando que estes dois elementos são mutualmente dependentes, as intervenções para resolvê-los devem estar estritamente ligadas. O segundo maior foco é a melhoria das atividades móveis (resultado, 6%) e a presença comunitária (10%), que são também mutuamente dependentes.

Finalmente os dois sistemas básicos de apoio que necessitariam de ser desenvolvidos futuramente são o de informação e supervisão.

- **Melhoria da qualidade dos serviços de saúde materno-infantil**

Qualidade de cuidados para este projeto é uma abordagem de gestão baseada na assunção que qualquer um numa organização pode fazer sugestões valiosas acerca das formas de melhorar as operações. Está centrada na melhoria continua das operações e reconhece que muitos problemas organizacionais resultam de processos e sistemas e não de indivíduos. Melhoria de qualidade sustentável é feita com **foco no utente/usuário**. Quer seja enfermeiro, medico, técnico de laboratório ou um administrador, o seu trabalho deve ser feito com base nas necessidades e procura das pessoas que usam os serviços de saúde.

A melhoria de qualidade requer o comprometimento organizacional e da liderança a longo termo, bem como o trabalho em equipa; a adopção deste método pode aumentar a moral do pessoal e melhorar a produtividade, eficiência e satisfação do utente. Encoraja os membros da equipa a todos os níveis a trabalhar a em equipa, a aplicar as suas experiências coletivas e habilidades, a analisar processos e sistemas e a identificar a natureza e tamanho de cada

problema usando a informação para desenhar e implementar atividades para melhoria dos serviços. Uma vez que o pessoal começa a fazer melhorias, eles monitoram o impacto de suas mudanças, gerando um modo alternativo poderoso de supervisão. A melhoria de qualidade está baseada nos seguintes princípios de gestão:

- a) Liderança comprometida e apoio à qualidade;
- b) Provedores e usuários satisfeitos: qualidade é baseada nas necessidades e retro informação dos usuários;
- c) Solução de problemas focalizado na melhoria de qualidade: identificação de problemas por áreas; definição de problema; e tomada de ação corretiva;
- d) Respeito pelas habilidades dos provedores e suas contribuições;
- e) Melhoria com base nos dados e;
- f) Estabelecimento dos resultados desejados e monitoria dos resultados (MSH, 2002b).

A chave para o sucesso da implementação do processo de melhoria da qualidade nesta abordagem, está baseada na construção de equipas participativas, focalizadas nas necessidades e prioridades definidas pelos utentes dos serviços de saúde.

Os resultados da Avaliação da entrega de serviços serviram como uma plataforma importante para introduzir a iniciativa de melhoria de qualidade e a organização dos comités de qualidade. Esses comités são responsáveis em liderar e monitorar as atividades de melhoria de acordo com os planos de ação desenvolvidos em todos os centros de saúde do projeto. As intervenções de melhoria de qualidade requerem a organização dos serviços enquanto se foca nas normas existentes e guiões do MINSA. Através do treinamento, que reforça os aspetos chaves dos serviços de saúde maternos – infantis, os provedores aprendem a melhor identificar e analisar os problemas e a seleccionar soluções apropriadas. Os comités de qualidade são a força guia para a implementação, recebendo assessoria e assistência contínua do pessoal técnico do Projeto durante todo o processo.

Quadro 1 - Definição de Qualidade (adaptada pelo MINSA/Projeto de Reforço)

- Fazer o correto em forma correta
- Atempadamente e sempre
- Desde a primeira vez
- Melhorando sempre
- Inovando sempre
- Satisfazendo sempre os nossos utentes

Fonte: MSH/Projeto Reforço/Melhoria de Qualidade, 2003.

O Projeto propôs-se em melhorar a qualidade dos serviços nos seis centros de saúde, selecionados seguindo as linhas gerais dos protocolos e normas da metodologia de melhoria de qualidade. O projeto aumentou o seu foco na melhoria de qualidade através da aplicação da metodologia PROQUALI, um modelo desenvolvido pelo MSH/Brasil, que procura a melhoria da qualidade dos cuidados primários de saúde, com foco no cliente.

Para iniciar este processo, o projeto teve primeiro que tomar dois passos importantes: primeiro teve a necessidade de convencer e motivar os gestores das unidades sanitárias (diretor clínico e administrador) de todas as unidades inseridas no projeto através da introdução da abordagem de qualidade. Segundo, o projeto trabalhou em colaboração com os gestores das unidades sanitárias, para organizar as equipas de trabalho, ex. os comités de melhoria de qualidade, para abordar os aspectos de qualidade dos serviços.

O projeto, segundo o relatório anual de 2005, trabalhou intensivamente com os comités de melhoria de qualidade para transferir as noções básicas de melhoria de qualidade, através da formação conceptual dos membros e simultaneamente avançar com análises de situação e desenvolvimento de planos de ação para atacar os problemas identificados. Seguindo a metodologia do PROQUALI, o Projeto organizou o treinamento seguindo os princípios básicos da melhoria da qualidade, teoria de gestão, que inclui:

Qualidade de Saúde: que se refere ao resultado das intervenções de qualidade no sistema de saúde, incluindo os melhores resultados possíveis para clientes e também considerando a eficiência e efetividade dos procedimentos.

Focalizado no cliente: necessidades dos clientes constituem o maior guia para as ações. Por isso os serviços de saúde são centrados no que o cliente e o prestador necessitam: respeito, compreensão, informação apropriada, competência, conveniência e resultados.

Garantia de Qualidade: a garantia foca em três aspetos:

- 1) Qualidade resultante da planificação, considerando os objetivos, a alocação apropriada de recursos, alcance das metas, guias para garantir a efetividade e segurança, e maximização do acesso;
- 2) Controle de Qualidade que vem da gestão, supervisão, monitoria e avaliação para assegurar que os padrões de qualidade definidos são usados e aplicados.
- 3) Melhoria de qualidade que constitui o esforço contínuo para aumentar a qualidade dos serviços.

Reajustamento: isto se refere à completa redefinição de todos os processos para prestação de serviços baseados na identificação dos resultados que se pretende obter, na integração dos passos essenciais para a produção de serviços e na inter-relação entre os processos organizacionais.

Organização que aprende: um conceito focalizado no contínuo desenvolvimento organizacional dos sistemas baseados na partilha de visão, trabalho em equipa, desenvolvimento pessoal, autoanálise crítica e comprometimento.

Melhoria do desempenho: maneira prática e simplificada de satisfazer as necessidades dos provedores, pelo conhecimento do que fazer (dependendo do treinamento), vontade de fazer (dependendo da motivação), e ser capaz de fazer (dependendo do ambiente e fatores organizacionais).

Motivação: o contínuo desejo/vontade de prestar serviços que estão relacionados com a realização e reconhecimento pessoal.

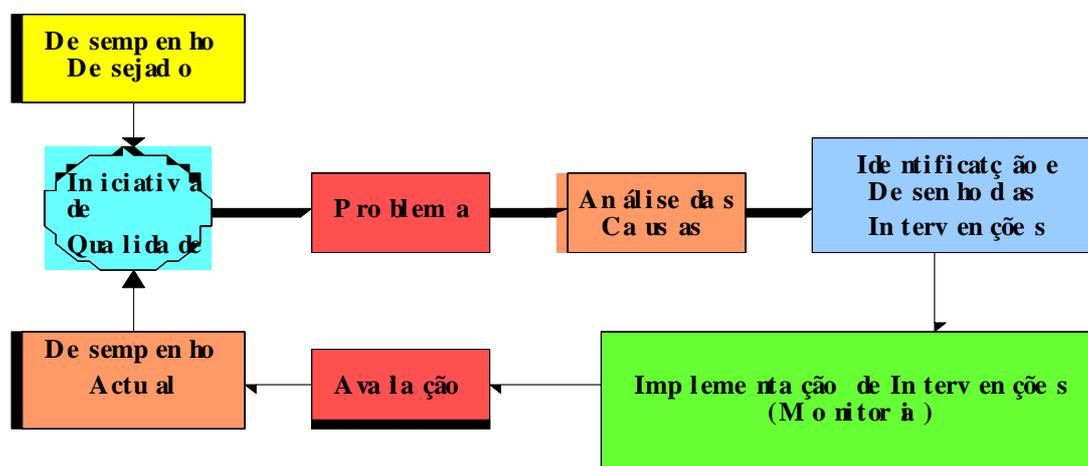
Mudança de comportamento: baseado na capacidade de ajustar as atitudes e condutas aos novos objetivos organizacionais. Para fazer a melhoria de qualidade mais sustentável, é importante apoiar as condições sociais e organizacionais e ajustar as novas condições, tendo a

intenção de mudar, tentar as novas condutas, aprovar essas novas condutas como algo desejável.

Segundo o relatório do projeto (2005), os comités de melhoria de qualidade, organizados em todas as unidades de saúde, aprenderam a seguir o modelo de planificação dos serviços focalizados no cliente e enfatizando a necessidade de analisar o desempenho corrente e definir o desejado, focalizando nos problemas chaves e suas causas, desenho e implementação de intervenções e avaliação dos resultados.

Figura 6 - Ciclo de Melhoria de Qualidade

Ciclo de Melhoria de Qualidade



O Ciclo de Melhoria de Qualidade, também denominado de Planejamento Estratégico Centrado no Cliente (MSH, 2003)

Contudo, para abordar com sucesso o processo de melhoria de qualidade, as equipes devem sistematicamente focalizar na:

- **Identificação, descrição e análise dos problema(s):** verificar e priorizar o problema mais importante acuradamente e que ilustre completamente a sua totalidade e componentes, identifica as suas diferentes causas, e seleciona o mais importante para resolver primeiro.
- **Planificação das soluções:** singulares para as diferentes soluções alternativas e avaliação da sua fisibilidade.

- **Implementação das soluções:** desenhar de melhor maneira para correta e efetivamente colocar a solução em prática.
- **Monitoria e Avaliação:** para objetivamente acessar o trabalho for a das soluções.

Áreas Identificadas pelo Projeto para Melhoria de Qualidade nos Serviços

- Pré-Natal
- Parto, puerpério, recém-nascido e pós-parto.
- Assistência integrada às doenças da infância
- Espaçamento das gravidezes, ITS/SIDA.
- Atenção ao Adolescente
- Prevenção de Infecções
- Recursos e Práticas de Aconselhamento
- Ambiente dos Serviços
- Serviços de Direção e Administração

O Projeto Reforço/Melhoria de Qualidade identificou como Pacote de serviços de saúde materno-infantil o seguinte:

Quadro 2 - Proposta do Pacote de Serviços de Saúde Materno-Infantil (MINSA)	
Área	Pacote de serviços
<u>Saúde Materna:</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidados Pré-natal com ênfase na prevenção e tratamento da malária durante a gravidez; ▪ Parto seguro através da identificação da gravidez, risco e fazer a referência apropriada com particular ênfase na integração das Parteiras tradicionais no sistema de saúde existente. ▪ Aumentar a disponibilidade de planeamento familiar e de outros serviços de saúde reprodutiva. ▪ Promoção dos cuidados pós-parto logo após o parto (antes das seis horas), durante a primeira semana e durante o primeiro trimestre.
<u>Saúde Infantil/Atenção</u>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manuseamento e tratamento da febre em crianças menores de cinco anos de idade com ênfase no

<u>Integrada Doenças</u> <u>Infância (AIDI)</u>	diagnóstico apropriado dos casos de malária e IRA ambos no nível da unidade sanitária e comunidade. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manuseamento e tratamento das doenças diarreicas e prevenção apropriada da malnutrição ambos a nível da unidade sanitária e comunidade. ▪ Promoção das atividades de controle de crescimento. ▪ Desenvolvimento dos serviços de vacinação de rotina ambos a nível da unidade sanitária e como atividade móvel.
--	--

Segundo ainda relatório do projeto, o Pacote Básico de Serviços usado pelo Ministério da Saúde foi revisto e atualizado para uso dos gestores e provedores de saúde e incluía: saúde infantil/serviços de AIDI e saúde materna/serviços de maternidade segura. O projeto prestou atenção especial à prevenção e controlo da malária nas mulheres grávidas e crianças, cuidados pré-natais, práticas de parto e cuidados pós-parto, doenças diarreicas e doenças respiratórias agudas em crianças, todas de acordo com as normas e protocolos nacionais.

III. OBJECTIVOS

1. Objetivo Geral

Analisar o impacto do Projeto de Reforço dos Serviços de Saúde Materno – Infantil, na melhoria na qualidade de Atenção Primária da Saúde de 3 municípios da Província de Luanda.

2. Objetivos Específicos

1. Identificar a situação inicial do período anterior ao projeto da rede de Atenção Primária da província de Luanda;
2. Identificar os elementos que facilitaram a implementação do projeto;
3. Identificar os elementos que dificultaram a implementação do projeto;
4. Levantar as mudanças registradas na qualidade dos serviços na rede de Atenção Primária de Luanda, resultantes da implementação do projeto;
5. Levantar /apresentar subsídios que auxiliam na tomada de decisão sobre a continuidade e revisão das ações do Projeto.

IV. PRESSUPOSTOS

A rede de Atenção Primária à Saúde, constitui a porta de entrada dos usuários no serviço de saúde, pelo que esta deve estar preparada para prestar serviços de qualidade, através de unidades acolhedoras, acessíveis com técnicos capacitados, líderes e gestores comprometidos e um serviço com capacidade de resposta.

Tendo o país uma elevada taxa de mortalidade materno-infantil, a redução das mesmas, constitui um objetivo que se pretende alcançar através da implementação do projeto reforço/ melhoria da qualidade dos serviços.

A melhoria da qualidade é um processo contínuo, de longo prazo, que necessita do empenho e do esforço das lideranças, pois ela desempenha o papel de mola impulsadora para a mudança. Neste sentido, todo e qualquer projeto é implementado tendo em vista a mudança da situação inicial. Normalmente esta situação inicial caracteriza-se por encontrar ou apresentar resultados aquém dos preconizados. No caso da rede da Atenção Primária à Saúde de Luanda, a sua capacidade para satisfazer as necessidades e responder à solicitação de serviços tem estado muito limitada (OMS, 2002). Apesar dos esforços da Direção Provincial de Saúde de Luanda e parceiros existem ainda grandes lacunas e desafios com relação à qualidade dos serviços, prestados nas unidades, o acesso e aceitação dos serviços, da rede de Atenção Primária à Saúde e mudança de indicadores de saúde maternos - infantil.

Nesta base parte-se do pressuposto de que o Projeto de Reforço dos Serviços de saúde materno-infantil/melhoria de qualidade, como uma iniciativa de mudança, pode contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados na rede de Atenção Primária à Saúde da província o que resultaria na melhoria dos seus indicadores, tornando as unidades abrangidas em modelo para a expansão da oferta de serviços de qualidade aos demais municípios e províncias do país.

Assim, o estudo pretende responder a seguinte pergunta: Que resultados o Projeto de Reforço dos Serviços de Saúde Materno - Infantil de Luanda/Angola, obteve na melhoria da qualidade dos serviços prestados na rede de Atenção Primária à Saúde da província de Luanda, no período de 2002 a 2008.

V. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Este estudo refere-se à análise das melhorias no desempenho do sistema de Atenção Primária à Saúde, do Projeto de Reforço dos Serviços de Saúde Materno-Infantil, e insere-se no tipo de Avaliação Normativa, que visa fornecer subsídios para a tomada de decisões (HARTZ, 2005).

O estudo abrangeu o período de 2002 a 2008 considerando todos os anos de implementação do projeto e cujos dados estão acessíveis. No entanto, a maior disponibilidade de dados refere-se aos anos 2002 a 2005, com relatórios feitos pelas próprias ONGS participantes. A partir de 2006, os relatórios passaram a ser feitos pela própria Direção Provincial da Saúde de Luanda, com mudança de metodologia, havendo falta de relatórios/informação.

A escolha de Luanda/Angola para a pesquisa se deve ao fato de ser o país de residência e trabalho da pesquisadora, sendo, portanto, área de seu interesse como profissional da saúde. Optou-se pelos municípios de Cacuaco, Cazenga e Viana, como áreas de intervenção do projeto, localizados na parte norte de Luanda, área periférica com alta concentração de população, crescimento acelerado e estruturas escassas de saúde para o atendimento às mães e crianças.

- **Técnicas de pesquisa**

A análise do resultado do Projeto de Reforço dos Serviços de Saúde Materno-Infantil, na melhoria da qualidade dos serviços da rede de Atenção Primária, na província de Luanda – Angola foi efectuada através de um estudo retrospectivo, que consistirá na revisão dos relatórios e outros documentos do projeto. Foram também revistos documentos de trabalho da Direção Provincial de Saúde da Província de Luanda, incluindo relatórios anuais, Plano de Desenvolvimento Sanitário da Província de Luanda, documentos referentes ao Sistema Local de Saúde em Angola, dentre outros. A análise da melhoria do desempenho incluiu depoimentos resultantes de entrevistas semiestruturadas ao pessoal de saúde adstrito à rede sanitária dos 3 Municípios de Luanda. A observação direta, com a utilização de um roteiro e a análise de prontuários também foi realizada nas 6 unidades do projeto.

A análise documental consistiu no levantamento das questões mais importantes relacionadas com a qualidade de prestação de serviços na rede sanitária primária, infraestruturas de saúde, recursos humanos e capacidade diagnóstica.

Foram entrevistados, tomadores de decisão, e membros da equipa de Direção Administrativa e Clínica das unidades sanitárias das áreas do projeto, o Diretor Provincial de Saúde, a Chefe do Departamento de Saúde Pública, a Chefe dos Cuidados Primários de Saúde, os Chefes de Repartição Municipal de Saúde, os Supervisores Provinciais e Municipais das três Repartições Municipais da Saúde (RMS). Nas seis (6) Unidades Sanitárias de referência dos referidos municípios serão entrevistados os seguintes responsáveis: chefes dos serviços de saúde, diretores clínicos (médicos) e administradores das unidades sanitárias de referência, superintendentes, chefes de salas de parto e profissionais de saúde (médicos, enfermeiro(a)s e parteiras).

Foram entrevistados profissionais da área técnica, pertencentes às ONG's envolvidas no projeto, que trabalharam diretamente na implantação e implementação do projeto, como: diretor do projeto, conselheira técnica e supervisores de campo e ainda alguns atores que estiveram envolvidos nas atividades do projeto da Direção Nacional de Saúde Pública, como a Diretora Nacional de Saúde Pública, supervisores nacionais do Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva.

Assim, no total foram feitas 60 entrevistas, buscando levantar a percepção dos informantes sobre aspectos relevantes do projeto que implementaram para a melhoria da qualidade assistencial.

O critério de seleção dos entrevistados, para além do fato de estarem envolvidos direta ou indiretamente no projeto, foi o de representatividade, aqueles que tiverem maior domínio de informação e disponibilidade de tempo. A opção pelo grupo de profissionais constituídas por médicos, enfermeiros e parteiras deve-se ao fato destes serem atores chaves na prestação de cuidados, gestão de serviços e também no relacionamento entre os usuários e os serviços de saúde.

As entrevistas contaram com o suporte de um roteiro semiestruturado (questionário) para decisores e membros da Direção Nacional, Provincial e gestores municipais (anexo 3), profissionais (anexo 4), que padronizam as perguntas e garantem que os tópicos mais importantes não sejam descurados e permitirão captar a percepção dos entrevistados.

As entrevistas buscaram responder questões sobre a qualidade dos serviços prestados, disponibilidade de medicamentos, recursos humanos e financeiros, condições de atendimento, cobertura assistencial (meios de diagnóstico), cumprimento de normas e protocolos clínicos, satisfação dos profissionais nas unidades alvos da intervenção. As demais questões referem-se com a organização dos serviços, ambiente de trabalho, e motivação dos profissionais e gestores.

É importante referir que “A entrevista como fonte de informação fornece dados secundários e primários de duas naturezas: (a) fatos que o pesquisador poderia conseguir por meio de outras fontes como censos, estatísticas, registros civis, atestados de óbitos e outros chamados por “objetivos”; b) e os que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado. São informações que tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivência e a que os cientistas sociais costumam denominar “subjetivo” e só podem ser conseguidos com a contribuição da pessoa. Constituem uma representação da realidade: ideias, crenças, maneira de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar; condutas; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos” (MINAYO, 2006: 262).

A observação direta foi feita em Março de 2011, através de visitas às 6 unidades de referência alvos projeto (unidades sanitárias com sala de parto), sendo 2 em cada município (Cazenga, Cacuaco e Viana) (anexo 5). Através da observação direta, pretendeu observar o desempenho da unidade sanitária e dos técnicos/prestadores no que se refere no uso de critérios que consistem na aplicação e cumprimento das normas e protocolos de serviços de saúde materno-infantil, desenvolvidos no âmbito do projeto de reforço/melhoria de qualidade.

As questões analisadas foram: estrutura física, funcionamento da unidade, disponibilidade normas e protocolos, implementação políticas, disponibilidade e armazenamento de medicamentos, equipamentos entre outras. As observações foram registradas em diário de campo, que segundo Cruz Neto (1997:63) é “nele onde diariamente podemos colocar nossas percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas”.

Foi feita, ainda, uma revisão de prontuários/fichas de pacientes atendidas, na consulta de pediatria, consulta pré-natal, revisão dos livros de registo e fichas de consulta de planeamento familiar, partograma, livro de registo de parto e consulta pós-parto, registo das

atividades diárias de vacinação de rotina e consultas de crescimento, com o intuito de se avaliar o registo e qualidade do preenchimento de informação, como parte do desempenho clínico (DONABEDIAN, 1984).

A seleção dos prontuários (anexo 6), foi feita através de uma amostra aleatória considerando o período de estudo 2002 a 2008. No entanto, as principais limitações do estudo foram o reduzido tempo para a elaboração do trabalho agravado com andamento irregular do curso de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola, a falta de padronização dos relatórios dos últimos anos da série histórica do estudo, a baixa circulação de informação entre os diversos atores e a pouca informação disponível de fontes secundárias sobre a situação sócio sanitária de Angola e da Província de Luanda em particular. As referidas limitações foram superadas através de formulação de perguntas no questionário que permitiram compreender e descrever as mudanças registradas e através da incorporação de um maior número de atores das mais diversas categorias como informantes-chaves. Deste modo, as limitações em causa não tiveram influência no resultado do estudo.

Para a análise das entrevistas, utilizou-se a codificação e tabulação das respostas fechadas usando uma chave que será preparada para o efeito. Foi estimada a frequência de eventos e categorizadas as respostas que servirão para a identificação das mudanças registradas com o projeto e para a formulação de recomendações para intervenções futuras.

As questões abertas serão alvo de leitura em profundidade, depois serão analisadas segundo as categorias teóricas previamente definidas (relacionadas à qualidade de atenção básica em saúde; elementos facilitadores e dificultadores na implementação do projeto) e outras que poderão surgir das respostas.

Foi feita uma amostra aleatória nos 3 municípios e em duas unidades em cada município, perfazendo um total de 6 unidades sanitárias.

- ***Revisão e análise de prontuários:***

A seleção dos prontuários em cada unidade, foi feita através de uma listagem dos números de prontuários existentes. Após listagem dos prontuários foi feito o sorteio dos números, utilizando a tabela de números aleatórios (Excel).

Foram selecionados cerca de 20 prontuários por serviço (consulta pré-natal, consulta de pediatria, pós-parto, partogramas e consulta de planejamento familiar), perfazendo um total de 100 prontuários por unidade sanitária.

Nos prontuários foram colhidos os principais marcadores/indicadores de qualidade (pré-natal, parto, planejamento familiar, pós-parto, pediatria, vacinação) usados ao nível do país com base nos indicadores definidos pela OMS, padronizados pelo Departamento de Saúde Sexual e Reprodutiva/MINSA.

Os quadros serão construídos em MS Excel e as frequências calculadas em Epi Info.

- **Considerações Éticas**

Tomaremos a resolução n ° 196, de 16.10.96, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil que trata das diretrizes e normas reguladoras sobre este tipo de pesquisas, como base.

Considerando que foram utilizadas de técnicas de entrevista e de observação direta para obtenção de informações acerca do objeto do nosso estudo, garantimos aos informantes, profissionais de saúde, decisores e membros de Direção, gestores da rede e usuários o total respeito ao anonimato e confidencialidade antes, durante e depois do estudo sempre que se julgar necessário. Garantiremos também o uso ético dos dados a serem divulgados apenas através desta dissertação ou de artigos científicos considerando os benefícios do estudo para a compreensão da problemática.

Esclarecemos antecipadamente a todas as pessoas entrevistadas, sobre o que se pretendia no sentido de conseguir-se deles o pleno, prévio e livre consentimento. Foi utilizado o termo de livre consentimento (anexo 1 e 2), que foi assinado por todos. Garantimos aos entrevistados o tratamento objetivo, cuidadoso, escrupuloso e responsável dos dados. O material coletado foi guardado em local seguro pelo pesquisador.

Em síntese, este estudo foi assente em quatro referências básicas da (bio) ética expressas na mesma resolução, ou seja: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

- **Limitações**

A principal limitação deste estudo decorre do reduzido tempo para a elaboração do trabalho por motivo de interrupção e posterior retomada e do andamento irregular do curso de mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola. As demais limitações são:

1- Falta de padronização dos relatórios dos últimos anos da serie histórica do estudo quando comparado com os primeiros anos o que irá dificultar a sistematização da informação. Buscamos superar esta limitação através de formulação de perguntas no questionário que permitam compreender e descrever as mudanças registradas.

2- Baixa circulação de informação entre os diversos atores. Para a superação desta limitação será entrevistado um maior número de atores das mais diversas categorias (médicos, enfermeiros, gestores de nível municipal, provincial e nacional).

3- Pouca informação disponível de fontes secundárias sobre a situação sócio sanitária de Angola e da Província de Luanda em particular.

VI. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. Cuidados Primários de Saúde

Para Starfield (2002), todo o sistema de serviços de saúde, possui metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, é igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

Em reconhecimento as crescentes iniquidades sociais e de saúde em quase todos os países, a Organização Mundial da Saúde adotou um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde, conhecida como a carta de Liubliana, sobre a Reforma dos Cuidados de Saúde, que propõe que os serviços de atenção de saúde deveriam ser:

- dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional;
- direcionados para a proteção e promoção á saúde;
- centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde;
- focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade;
- baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo; e.
- direcionado para a atenção primária. (STARFIELD, 2002)

Segundo a autora, em 1977, em sua trigésima reunião anual, a Assembleia Mundial de Saúde, decidiu por unanimidade que a principal meta social dos governos participantes deveria ser “a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar vida social e economicamente produtiva”. Hoje conhecida como “Saúde para Todos no Ano 2000” e esta declaração desencadeou uma série de atividades que tiveram um grande impacto sobre o pensamento a respeito da atenção primária. Os princípios

foram enunciados em uma conferência realizada em Alma Ata e trataram do tópico da “atenção primária à saúde”, que foi definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (STARFIELD, 2002, p. 30-31)

A atenção primária a saúde (APS), também denominada por cuidados primários de saúde, ou atenção básica, foi definida pela Organização Mundial da Saúde em 1978 como: Atenção à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (Declaração de Alma- Ata).

De acordo com Barbara Starfield, as principais características da atenção primária à saúde (APS) são:

Constituir a **porta de entrada do serviço** - espera-se da APS que seja mais acessível à população, em todos os sentidos, e que com isso seja o primeiro recurso a ser buscado. Dessa forma, a autora fala que a APS, é o Primeiro Contato da medicina do paciente.

Continuidade do cuidado - a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge esta seja atendida de forma mais eficiente; essa característica também é chamada de longitudinalidade.

Integralidade - o nível primário é responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhada a equipes de nível secundário ou terciário, o serviço de Atenção Primária continua corresponsável. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nessa característica, a Integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico.

Coordenação do cuidado - mesmo quando parte substancial do cuidado à saúde de uma pessoa for realizada em outros níveis de atendimento, o nível primário tem a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que frequentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou terceiros, e que, portanto têm pouco diálogo entre si (STARFIELD, 2002).

A Política Nacional de Saúde de Angola descreve a hierarquia de prestação dos cuidados de saúde como:

O sistema de prestação de cuidados de saúde subdivide-se em três níveis hierárquicos de prestação de cuidados, baseado na estratégia dos cuidados primários de saúde. O primeiro nível ou cuidados primários de saúde, representado pelos postos, centros de saúde, hospitais municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos, constitui o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde.

No nível primário dos cuidados primários de saúde, desenvolvem-se atividades 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.

A qualidade dos serviços e cuidados de saúde é um dos princípios basilares da PNS e que deverá ser observado por todos em todas as intervenções de saúde (ANGOLA, 2009)

Para Basch (1990) apud Starfield (2002) a atenção primária à saúde foi reconhecida como uma porção “integral”, permanente e onipresente do sistema formal de atenção à saúde

em todos os países, não sendo apenas uma coisa” a mais”. A conferência de Alma Ata, especifica ainda mais que os componentes fundamentais da atenção primária à saúde eram educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantil; inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional.

Assim, pode dizer-se que os Cuidados Primários de Saúde são o primeiro contato dos indivíduos com os serviços de saúde, asseguram os cuidados essenciais e o aconselhamento na resolução dos seus problemas, com disponibilidade e de forma personalizada. Abrangem a prevenção primária, secundária e terciária, ou seja, a educação para a saúde e a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento e ainda a reabilitação.

Os Cuidados Primários, requerem e promovem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, desenvolvendo através da educação a capacidade de participação das comunidades.

Todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para lançar/sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros sectores.

Para esse fim, será necessário agir com vontade política, mobilizar os recursos do país e utilizar racionalmente os recursos externos disponíveis para responder as necessidades expressas de saúde da comunidade (OMS, 1978).

No entanto assegurar um acesso universal e um conjunto de serviços e/ou cuidados de saúde essenciais, de qualidade aceitável é o objetivo que perseguem desde 1978, os países membros da OMS, e em muitos países africanos como Angola, a preocupação essencial foi durante muito tempo, aumentar o nível de cobertura da população em relação aos programas de saúde, colocando em segundo plano o aspecto de qualidade de serviços de saúde.

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 caracteriza-se por faltas/roturas crônicas de medicamentos e falta de condições básicas como a água, eletricidade, devido, em grande parte, a ausência de recursos financeiros para as despesas correntes de funcionamento. O financiamento da saúde e a gestão dos recursos disponibilizados constituem o

principal calcanhar de Aquiles e que condicionam em grande medida o fraco desempenho do sistema nacional de saúde (ANGOLA, 2009).

No Plano Nacional de Saúde de Angola (2009), estão descritos como principais problemas do sistema de saúde os seguintes: os principais problemas do sistema de saúde residem na limitada acessibilidade aos cuidados de saúde de qualidade, decorrente de vários fatores que concorrem para o fraco desempenho do sistema de saúde como descrito na análise de situação. Dentro dos fatores, é importante salientar os seguintes: Reduzida cobertura sanitária, abrangendo menos de 40% da população; Reduzida força de trabalho especializada; Débil gestão dos recursos disponibilizados; Fraca promoção da saúde num contexto socioeconômico e meio ambiente favoráveis as endemias e epidemias.

2. Qualidade dos Serviços de Saúde

Segundo Donabedian (1980), a qualidade é o conjunto de propriedades e características de um produto ou serviço que lhe confere as atitudes para satisfazer as necessidades manifestadas ou implícitas.

A qualidade é cada vez mais uma exigência dos usuários/utentes em geral. Em consequência disso, apenas se podem obter produtos de qualidade quando se concretiza um conjunto de características de qualidade que garantem a total satisfação dos usuários.

Portanto no campo da saúde, esta exigência torna-se mais premente e mais complexa por conter aspectos de ordem ética ou deontológica dos próprios fornecedores de saúde. Pela sua missão e pela sua essência, o ato médico e de todos quantos com ele formam equipa para prestação da assistência (sanitária) é um ato ético (JURAMENTO DE HIPÓCRATES apud VEMBA, 2002).

Para Vemba, 2002, a melhoria contínua da qualidade, obtém-se como resultado de esforços contínuos, orientados e coordenados. Ela é encorajada pela permanente avaliação e comparação com o planeado ou com o excelente.

Em Angola, pouca atenção tem sido dada ainda a vigilância de qualidade de serviço, sobre uma base contínua, como uma componente essencial dos cuidados primários de saúde (ANGOLA, 2009).

Segundo a OMS, a garantia de qualidade dos cuidados de saúde, consiste em assegurar que cada doente receba o conjunto de serviços e terapêuticos mais adequados para conseguir assistência ótima, tendo em conta todos os fatores e conhecimentos das doenças e dos serviços médicos e conseguir o melhor resultado com o mínimo risco de efeito iatrogênico e a máxima satisfação do doente com este processo (ANGOLA, 2009).

A qualidade assistencial é a medida em que os serviços sanitários, tanto aqueles orientados para os indivíduos isoladamente como coletivamente, conseguem melhorar a probabilidade de alcance de alguns resultados favoráveis de saúde e que são pertinentes ao conhecimento profissional. Os métodos que impulsionam a qualidade devem ser tão rotineiros para os médicos tal como fazer uma história clínica, examinar um doente, interpretar uma prova complementar, preparar uma sessão clínica, etc., Com esta visão o controlo de qualidade não é mais que um instrumento para ajudar a fazer bem as coisas corretas (JOINT COMMISSION apud VEMBA, 2002).

Para Nogueira (1994), apud Osvaldo (2010) a qualidade de um ato em saúde, não deve ser vista como uma substância, ou como uma coisa em si, mas uma referência resultante das formas como se dá o processo de produção dos serviços.

A acessibilidade, ou o acesso às ações e serviços de saúde tem sido considerado como um dos componentes principais da qualidade da atenção (VUORI, 1988; DONABEDIAN, 1990).

Donabedian, desenvolveu suas reflexões a partir do cuidado médico ou de saúde prestado individualmente e dentro das perspectivas da garantia de qualidade, isto é, a partir do monitoramento do desempenho clínico visando melhorar a qualidade (STENZEL apud OLIVEIRA, 2010).

O processo do cuidado engloba a competência técnica do provedor e os aspectos interpessoais e humanísticos da relação provedor-paciente. De forma prática, a avaliação do processo baseia-se na precisão do diagnóstico, na adequação do tratamento e condutas, nas relações de comunicação e formas de relacionamento dos profissionais da organização com os pacientes e suas famílias, na eficiência, no fluxo de pacientes e curtos períodos de espera, entre outros (D'ORNELAS et Al, 2009).

Donabedian (1990) considera além da acessibilidade mais sete eixos a ter em conta na avaliação da qualidade em saúde, a saber:

EFICÁCIA – capacidade, a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.

EFETIVIDADE - melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis.

EFICIÊNCIA - é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.

OTIMIZAÇÃO - torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais "adições" úteis perdem a razão de ser.

ACEITABILIDADE - sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado.

LEGITIMIDADE - aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral.

EQÜIDADE – princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Atributos da Qualidade em Saúde

A preocupação em se avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde vem crescendo nos últimos anos. Este fenômeno é consequência da ampliação na oferta dos serviços e do aumento considerável dos custos com a incorporação crescente de tecnologia para o diagnóstico e tratamento de enfermidades. Além da questão econômica, os serviços precisam responder às novas necessidades e problemas de saúde decorrentes dos processos de transição demográfica e epidemiológica.

Ademais, a saúde sendo considerada um bem social, “direito de todos os cidadãos”, aliado às expectativas crescentes da população, traz consigo a exigência de serviços de “boa qualidade” por todos os sujeitos envolvidos nos cuidados em saúde.

A ideia de qualidade está presente em todos os tipos de avaliação que têm como característica principal a atribuição do juízo de valor (AGUILAR e ANDER, 1994). Contudo, o conceito de qualidade é relativo e complexo suscitando interpretações pouco precisas. A compreensão de seu significado varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico e cultural de cada sociedade, além dos conhecimentos científicos acumulados. Assim, a qualidade em saúde deve ser analisada considerando-se as complexidades do sistema de saúde e da sociedade que estão em constante evolução. Os diferentes pontos de vista dos envolvidos no cuidado à saúde como usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviços, entre outros, influencia no entendimento do que é qualidade em saúde e não deve deixar de ser considerado (UCHIMURA E BOSI, 2002).

Desse modo, o entendimento do que é qualidade vai variar de acordo com o foco de interesse do serviço ou programa – se o mesmo está voltado para os resultados, à produção ou aos consumidores. Gonçalves e Domingues (2002) defendem que para um programa ou serviço ser de qualidade eles devem ser usuários-centrados. Contudo, estes autores ponderam a importância de considerar satisfação dos profissionais, uma vez que a motivação para o desempenho das tarefas e a satisfação com o trabalho têm se mostrado aspectos difíceis de gerenciar e influenciam fortemente no resultado final das ações de saúde (FELICIANO et Al, 2008). Neste sentido, destaca-se que o primeiro usuário de todo programa são os profissionais envolvidos com o seu desenvolvimento, daí a relevância da sua adesão para o êxito da intervenção.

A complexidade inerente ao termo qualidade resulta, em certa medida, nas avaliações em geral, no enfraquecimento e estreitamento da amplitude do conceito, uma vez que a dimensão objetiva prepondera nos modelos avaliativos tradicionais, reduzindo a dimensão subjetiva e intersubjetiva presente nas relações humanas (BOSI E UCHIMURA, 2007).

Esta constatação pode ser verificada em várias definições de qualidade em saúde que focam frequentemente a quantificação do fenômeno.

Lohr (1990), afirma que qualidade em saúde é o “grau no qual os serviços incrementam a chance de resultados desejáveis para os indivíduos e as populações, sendo consistentes com o conhecimento profissional atual”. Já para Donabedian (1985), a qualidade é definida como o “grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes”.

Estas definições envolvem uma diversidade de termos como aspectos de excelência, expectativas ou objetivos que devem ser alcançados, ausência de defeitos e adequação para o uso, que de certa forma definem características das ações e /ou serviços de saúde. Estes são categorizados em bons ou ruins dando a noção de qualidade dos programas ou serviços em termos quantificáveis.

Apesar da tendência em quantificar a técnica e o saber (dimensão objetiva da qualidade) torna-se necessário explorar também a sua dimensão subjetiva que envolve as relações interpessoais. Este ponto se torna particularmente importante para que se consiga atender as expectativas dos diversos grupos de interesse (atores sociais) envolvidos na avaliação, bem como a complexidade dos serviços de saúde (GUBA e LINCON, 1989). Deslandes (1997) questiona a abordagem extremamente técnica das avaliações, admitindo a subjetividade inerente a qualquer processo avaliativo.

Assim, Demo (1999; 2000) explica a qualidade a partir das dimensões objetiva e subjetiva e afirma que os termos quantidade e qualidade não são dicotômicos, mas complementares. A dimensão objetiva corresponde à qualidade formal relacionada com instrumentos, formas, técnicas e métodos. A mesma pode ser mensurável e generalizável. Já a dimensão subjetiva corresponde à qualidade política relacionada com finalidades, valores e conteúdos. Esta dimensão não é mensurável. Ela expressa as singularidades, vinculando as vivências, emoções e sentimentos.

Ambos os planos – objetivo e subjetivo – correspondem a dimensões inerentes a fenômenos complexos como o campo da saúde. Portanto, não se trata de excluir uma das dimensões ou priorizar uma sobre a outra, mas de contribuir para uma concepção ampliada de avaliação (BOSI E UCHIMURA, 2007; SAMICO, et al, 2010).

Starfield (2002), baseada nas ideias de Donabedian propôs um modelo para avaliar os serviços de atenção primária à saúde. A autora considera que a qualidade da atenção pode ser vista tanto de uma perspectiva clínica quanto populacional e refere à necessidade de abordagens distintas uma vez que a preocupação da medida da qualidade difere de acordo com a perspectiva adotada. A partir da perspectiva clínica, a preocupação está centrada no impacto dos profissionais individuais sobre a saúde de seus pacientes. Vista a partir de uma perspectiva populacional, a preocupação está centrada no impacto dos programas e sistemas de saúde na população e a redução das disparidades na saúde entre os subgrupos populacionais.

No que se refere à avaliação da qualidade sob o enfoque clínico, devem ser considerados quatro aspectos: *capacidade do recurso*, que envolve todos os aspectos da estrutura; *prestação de serviços* trata de aspectos relevantes para o alcance de uma boa atenção primária como atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado; desempenho clínico é a forma na qual a saúde e os problemas relacionados com ela são tratados; e o último aspecto denominado avaliação do estado de saúde, que engloba os resultados da atenção, avaliados frequentemente pelas mudanças na morbidade ou pelo estado funcional, isto é, a capacidade de os indivíduos desenvolverem suas atividades diárias (STARFIELD, 2002).

De forma geral, três tipos de características estão envolvidos na avaliação de programas de atenção primária sob a perspectiva populacional: *aspectos exclusivos da atenção primária* (atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção), aspectos derivados (centrados na família, competência cultural e orientado para a comunidade) e *aspectos fundamentais, mas não exclusivos* (formato do prontuário, continuidade da atenção, comunicação profissional-paciente, qualidade clínica e proteção dos pacientes). Cada um destes aspectos envolve uma gama de informações e necessitam da identificação de fontes de informação adequadas para avaliá-las (STARFIELD, 2002).

Em que se pesem as limitações do modelo sistêmico, ele ainda é o referencial teórico mas utilizado para avaliar a qualidade de programas e serviços de saúde, em virtude de sua utilidade e simplicidade. Ademais, qualquer teoria apresenta limitações, não conseguindo apreender toda a complexidade dos aspectos relacionados com as ações, serviços e sistemas de saúde, sendo apenas uma aproximação, um recorte do real.

3. Avaliação em Saúde

“Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção empregando um dispositivo que permita fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção* ou qualquer um dos seus componentes, considerando os diferentes atores envolvidos que possam ter julgamentos diferentes, de modo a revelar a posição sobre a intervenção e construir (individualmente ou coletivamente) um julgamento que possa se traduzir em ações” (CHAMPAGNE et al., 2009).

Para Contandriopoulos e cols (1997) “uma intervenção é constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”.

De acordo com Figueiró, et al, (2004), a avaliação das ações de saúde vem ganhando espaço como campo de conhecimento e de prática fundamental para a compreensão dos feitos e efeitos realizados no caminho percorrido pela atenção à saúde. Neste contexto, segundo os autores, importa não somente verificar a execução, mas também a qualidade do que se realiza na perspectiva de que seus achados permitam um permanente diálogo entre as decisões, as práticas e os muitos e diferentes grupos implicados. A avaliação incorpora o instrumental epidemiológico na elaboração de seus estudos e insere-se no planejamento das ações programáticas e dos serviços, participando nas suas várias etapas, permitindo dessa forma, a reorientação de seus planos de ação (FIGUEIRÓ, et al, 2004).

Silva e Formigli (1994) referem que, as práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas.

Donabedian (1984), conceitua avaliação como "um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos". O autor acrescenta que se trata de um processo organizativo que visa tanto melhorar as atividades que já vem sendo desenvolvidas bem como planejar o futuro e orientar a tomada de decisões.

Para Tanaka e Melo (2008), a avaliação é, ao mesmo tempo, campo de aplicação de conhecimentos e de produção de conhecimento. A diferença essencial é dada pelo tipo de conhecimento que é utilizado pela avaliação ou que ela é capaz de produzir. No entanto, nem por isso a avaliação perde sua relevância.

Nesta base, um dos pressupostos da avaliação, de acordo com a OMS (1981), é que ela deve ser entendida "como um meio sistemático de aprender empiricamente e de utilizar as lições aprendidas para o melhoramento das atividades em curso", ou seja, um dos objetivos da avaliação é conhecer para melhorar.

Segundo Contandriopoulos, et al, (1997, p: 31), "avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa)".

A pesquisa avaliativa é definida como "procedimento que consiste em fazer um" julgamento *ex-post* de uma intervenção usando métodos científicos. Mais precisamente, trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como a relação existente entre a intervenção e contexto no qual ela se situa..." (CONTANDRIOPOULOS, et al, 1997, p. 37).

Furtado J.P. (2006), baseia-se em Hartz e Worthen & Sanders, para referir que a avaliação normativa é feita corriqueiramente pelos encarregados de conduzir um dado programa ou serviço, tem forte componente gerencial e está imersa no pragmatismo cotidiano, baseando-se em padrões e normas pré-estabelecidas, enquanto que as pesquisas científicas e avaliativas caracterizam-se pela existência de pontos de contatos e de distanciamento. Ambas têm a preocupação de imprimir rigor em seus procedimentos, de modo que supere a simples opinião ou convicção como fonte de suas conclusões, deixando aberto o caminho para que o raciocínio utilizado possa ser cuidadosamente analisado.

Silva L. (2005), observou que Patton (1997), ao desenvolver uma abordagem da avaliação denominada de “*avaliação* focada para a *utilização*” inclui na sua definição: a) a maneira de fazer a avaliação que corresponderia à coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e resultados dos programas; b) o propósito da avaliação, ou seja, fazer julgamentos sobre os programas e/ou para subsidiar o processo de tomada de decisões sobre futuras programações.

Segundo a autora, cabe fazer uma distinção entre monitoramento e avaliação pontual.

O monitoramento corresponderia ao acompanhamento sistemático sobre algumas das características dos serviços enquanto que avaliação pontual refere-se ao julgamento sobre os mesmos em um determinado ponto de tempo. Dessa forma, em algumas circunstâncias, o monitoramento pode produzir informações para a realização de uma avaliação, mas não corresponder necessariamente à implementação da mesma.

A avaliação de práticas cotidianas corresponderia a um julgamento que se faz a partir do recurso a noções oriundas do “senso comum”, a técnicas não sistemáticas de observação e à análise e formulação de juízos dicotômicos e simplificados. Esse balanço corresponde a um julgamento das práticas rotineiras do trabalho de uma equipe a partir da percepção dos seus componentes acerca do que seria um desempenho “positivo” no trabalho, uma “grande” demanda, um “bom” atendimento e uma adequada “satisfação” dos usuários (OLIVEIRA, 2010, p. 45).

Segundo Silva (2005), uma intervenção qualquer que seja, pode sofrer dois tipos de avaliação, que pode por um lado buscar estudar cada um dos componentes da intervenção em relação às normas e critérios, tratando-se então de uma avaliação normativa. Por outro, pode-se querer examinar, por um procedimento científico, as relações que existem entre os diferentes componentes de uma intervenção, tratando então de uma pesquisa avaliativa.

No caso deste estudo focamos a avaliação do tipo normativa, visando fornecer subsídios para a tomada de decisão com relação ao projeto.

Pesquisa Normativa, consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bem produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas existentes. Tem como principais características apoiar os gerentes e profissionais na rotina dos serviços, ser

normalmente realizada por pessoas diretamente envolvidas no programa, como responsáveis pelo funcionamento e pela gestão da intervenção (avaliadores internos), e apresenta forte relação entre o respeito às normas e critérios estabelecidos e os efeitos da intervenção. (SAMICO, et al, 2010)

Uma intervenção é caracterizada por cinco componentes: objetivos, recursos, serviços, bens ou atividades, efeitos e contexto preciso em um dado momento. Ela pode ser técnica- para melhorar os conhecimentos, um teste, um programa de gerenciamento, um ato ou conjunto de atos; uma prática; uma organização; um programa; ou uma política. Portanto não podemos falar de uma intervenção, sem levar em conta os diferentes atores que ela envolve (HARTZ, 1997).

A análise de implantação ou implementação tem exatamente como foco da avaliação a relação entre a intervenção (políticas, programas, serviços, ações) e seu contexto de inserção na produção dos efeitos, o que se torna particularmente importante quando a intervenção é complexa, com múltiplos componentes e contingencial.

Segundo Patton (1997), ao desenvolver uma abordagem da avaliação denominada de “avaliação focada para a utilização” inclui na sua definição: a) a maneira de fazer a avaliação que corresponderia à coleta sistemática de informações sobre atividades, características e resultados dos programas; b) o propósito da avaliação, ou seja, fazer julgamentos sobre os programas e/ou para subsidiar o processo de tomada de decisões, sobre futuras programações.

As práticas que tem sido mais frequentemente objeto de avaliação são aquelas resultantes da ação social planejadas tais como políticas, programas e serviços de saúde.

Patton (1997), discute para fins práticos, três objetivos primários para avaliação de programas: a) para fazer julgamentos; b) para facilitar seu desenvolvimento; c) para contribuir com o conhecimento.

A avaliação somativa de um programa é aquela conduzida após o término do programa e tem por objetivos prestar contas a uma audiência externa (órgão financiador) ou gestor. Esse tipo de avaliação distingue-se da denominada avaliação formativa que é frequentemente conduzida durante a implementação de um programa e que tem por objetivo apoiar o desenvolvimento do mesmo (SCRIVEN, 1991 apud OLIVEIRA, 2010).

Na delimitação do objeto a ser avaliado, é necessário definir os níveis da realidade que se quer estudar. O campo da saúde é formado por instituições públicas e privadas que desenvolvem ações de promoção, prevenção e cura voltadas para a população e que podem ser abordadas, entre outras possibilidades, a partir dos seguintes níveis:

Ações – diz respeito às ações de promoção, prevenção e cura desenvolvidas pelos agentes individualmente;

Serviços – corresponde a um grau de maior complexidade de organização das ações onde diversos agentes se articulam para desenvolver atividades, coordenadas ou não, voltadas para um grupo etário ou problema de saúde.

Estabelecimentos – correspondem as unidades sanitárias de diferentes níveis de complexidade tais como centros de saúde, hospitais, policlínicas.

Sistema – seria o nível mais complexo de organização das práticas que envolveria todos os outros e sua coordenação (HARTZ e SILVA, 2005).

Para cada um desses níveis de controle existem diversas possibilidades de intervenção, cujos atributos têm sido consideradas como relevantes para a avaliação, podendo ser agrupados de acordo com as seguintes características, entre outras possibilidades relacionados:

(a) com disponibilidade e distribuição social dos recursos: Cobertura; Acessibilidade; Equidade; b) com os efeitos das ações: Eficácia; Efetividade; Impacto; c) com os custos e produtividade das ações: Eficiência; d) com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente: Qualidade técnico – científica; e) com a adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde: Direcionalidade e consistência (análise estratégica);

f) com o processo de implantação das ações: Avaliação do grau de implantação e (ou) avaliação de processo;

Análise de implantação – estudos que investigam as relações entre o grau de implantação, o contexto e os efeitos das ações.

Características relacionadas entre os agentes das ações: usuário x profissional; profissional x profissional; gestor x profissional (HARTZ e SILVA, 2005).

A avaliação das políticas, programas e projetos pode recortar todos os níveis do sistema de saúde, pode corresponder a um sistema municipal, estadual ou nacional. As políticas de saúde podem ser consideradas como a ação ou omissão do Estado enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como a produção, distribuição e regulação de bens e serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade (PAIM, 2002, 2003).

Essas necessidades podem ser objeto de graus distintos de controle, a saber, controle de causas; de riscos, ou danos que dependem do estágio de desenvolvimento da história de um agravamento à saúde e das características do modelo assistencial (PAIM, 1999).

Para Silva (2005), a oferta organizada de ações voltada para enfrentar determinado problema de saúde pode ampliar a acessibilidade da população aos diversos níveis de cuidado e, dessa forma, ampliar a cobertura real das referidas ações.

O conceito de impacto desempenho/qualidade tem sido usado frequentemente com o mesmo sentido dado a efetividade, ou seja, relacionado ao efeito de intervenções em sistemas reais. Contudo, o conceito de impacto tem sido usado para designar o efeito de uma intervenção em relação às grandes grupos populacionais ou em grandes intervalos de tempo. (HARTZ, 1999).

A abordagem da avaliação proposta por Donabedian (1980, 1988, 1990) está voltada fundamentalmente para a qualidade da assistência médica. A referida abordagem centra-se na análise da tríade estrutura, processo e resultados, onde:

1) Estrutura: atributos dos recursos materiais (estrutura física, equipamentos e financeiros), recursos humanos (número, qualificação, vínculo) e recursos financeiros, nos quais ou pelos quais a assistência é provida;

2) Processo: engloba tudo que está sendo feito na dinâmica de prover e receber a assistência; 3) Resultado: reflete os efeitos da assistência na situação de saúde de pacientes e da população.

O autor refere que, os resultados dessas intervenções na saúde das pessoas são representados pelas respostas ou mudanças verificadas nos pacientes, servindo de exemplos o desaparecimento dos sintomas, a redução da mortalidade, o aumento da capacidade de realizar as atividades do dia-dia e a melhoria da qualidade de vida.

Para Donabedian (1980), o importante não é saber classificar o elemento em estudo dentro de uma das três categorias, mas sim entendê-lo dentro da dinâmica oferecida por elas. Além disso, por estarem interligadas e nem sempre dissociáveis, o mais coerente, segundo o autor, é não limitar a abordagem a uma categoria, mas combinar, no processo de avaliação, indicadores que deem conta de mensurar tanto estrutura como processo e resultado.

Para CAMPOAMOR, (1990); CONTANDRIOPOULOS; CHAMPAGNE e outros (1997) apud Hartz e Silva, (2005), no caso das ações conduzidas a partir de algum grau de planejamento a análise estratégica, auxilia a responder a pergunta acerca da consistência e direcionalidade do plano (MATUS, 1993). Ou seja em que medida as atividades propostas são pertinentes, tendo em vista os objetivos do programa e os problemas diagnosticados.

4. Planejamento Estratégico Situacional

O Planejamento, é um cálculo que precede e preside a ação. O alargamento do planejamento para além do cálculo representa um avanço, na medida em que incorpora aspectos de gerência, aspectos organizacionais e a ênfase no momento tático-operacional, ou seja no planejamento da conjuntura e na avaliação e atualização constante do plano. O planejamento passa a estar intrinsecamente vinculado à ação e aos resultados/impactos e não somente ao cálculo que antecede a ação (ARTMANN, 2000).

Para Gandim (1994; p. 58) , “o planejamento implica em transformar a realidade existente e construir uma realidade nova. Por isso, planejar é construir a realidade desejada”, enquanto que para Giegold (1980), planejamento é o processo pelo qual tentamos aumentar a probabilidade dos resultados desejados, além e acima da probabilidade de que isso aconteça .

Artmann (2000), destaca que embora se possa partir de um campo ou sector específico, os problemas são sempre abordados em suas múltiplas dimensões: política, econômica, social, cultural etc., e em sua multisetorialidade, pois suas causas não se limitam ao interior de um sector ou área, específicas e sua solução dependente, muitas vezes, de recursos extra setoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação.

O PES é um método de planejamento por problemas e trata principalmente, dos problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existe solução normativa ou previamente conhecida, como no caso daqueles bem estruturados e, o poder se encontra compartilhado, ou seja, nenhum ator detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na

situação. O formato flexível do PES permite a sua aplicação nos níveis regionais/ locais ou setoriais sem, contudo, deixar de situar os problemas num contexto global mais amplo, o que permite manter a qualidade da explicação situacional e a riqueza da análise da viabilidade e de possibilidades de intervenção na realidade (ARTMANN, 2000).

Matus (1987), desenvolveu os conceitos de espaço do problema e espaço de governabilidade do ator, e propôs o desenho de um plano de intervenção em dois níveis: o plano de ação, que abrange as causas dos problemas situados dentro do espaço de governabilidade do ator e o plano de demandas que aborda as variáveis sob o controle de outros atores.

O ator e o problema

Para Matus (1987), um problema não pode ser apenas um “mal-estar” ou uma necessidade sentida pela população. Um problema suscita a ação, é uma realidade insatisfatória superável que permite um intercambio favorável com outra realidade, o que significa que um problema nunca é solucionado definitivamente, mas uma intervenção eficaz na realidade deve produzir um intercambio positivo de problemas. É fundamental que seja definido e declarado como problema por um ator, disposto e capaz de enfrentá-lo. Para Matus, deve preencher três critérios:

- a) Ter base organizativa
- b) Ter um projeto definido
- c) Controlar variáveis importantes para a situação

O ator pode estar representado pela direção de um sindicato, de um partido político, ou de uma associação de moradores, considerando-se vários subatores, pois alguém deve responder pelo plano, pelo que não é correto considerar a secretaria de saúde ou prefeitura como atores, e os assessores também não são atores, podendo ser chamado de ator do plano. Um grupo responsável pela elaboração de um projeto, não pode ser considerado como ator, a autoridade que o instituiu é que representa o ator. O ator é que assina o plano e controla algumas variáveis relevantes na situação e além, do ator eixo ou ator principal os outros atores que controlam recursos ou variáveis importantes devem ser considerados (MATUS apud ARTMANN, 2000).

Com base em Ian Mitroff, Matus (1987) formula a primeira classificação dos problemas em: bem estruturados, quase estruturados, ou mal estruturados.

Problemas bem estruturados são problemas que respondem a leis ou regras claras, invariáveis e/ou comportamentos previamente conhecidos e cujas soluções podem ser normatizadas, podendo ser tratados segundo modelos determinísticos de análise, pois se conhecem todas as variáveis intervenientes e suas formas de articulação. Já os problemas mal estruturados dizem respeito a situações problemáticas de incerteza nas quais não se podem enumerar todas as variáveis envolvidas e que só podem ser tratados a partir de modelos probabilísticos e de intervenções criativas.

Os problemas semi ou quase estruturados, fazem parte de problemáticas que mobilizam vários atores, leituras e propostas de intervenção às vezes divergentes ou simplesmente diferentes, configurando uma área não necessariamente consensual a priori;

- ainda que tenham uma dimensão técnica, destaca-se o âmbito sócio-político, não sendo possível uma abordagem objetiva, o que não significa abandonar o rigor;

- não são facilmente isoláveis, pois dependem na sua geração e no seu enfrentamento de outros problemas, com os quais se entrelaçam; as fronteiras entre eles são muitas vezes, difusas e a solução de um problema pode criar dificuldades à solução de outros;

- dependem do contexto maior onde se inserem, do cenário constituído por uma serie de circunstâncias não controladas que nele interferem, possuindo; portanto algum grau de incerteza;

- supõem um enfoque de enfrentamento caracterizado pelo julgamento estratégico reflexivo;

- seu enfrentamento depende de uma abordagem multisetorial.

Os problemas podem ainda ser classificados em finais: estes se referem à missão institucional, ou seja, aqueles vividos pela clientela, pela população que justifica a existência da instituição. Os problemas intermediários são aqueles problemas meio que não se relacionam diretamente ao produto final, mas seu enfrentamento é necessário para viabilizar a missão das organizações e dele depende também a qualidade dos produtos finais. Os atuais são aqueles que se manifestam hoje, no presente e os potenciais referem-se a processos

tendências que levariam a expressão de problemas no futuro e para os quais é necessária uma atuação preventiva, pois a identificação destes torna-se estratégica para evitar situações graves e também economizar custos econômicos ou políticos (ARTMANN, 2000).

Conceito de situação

Matus (1987) questiona a partir dos autores Gadamer (1975) e Ortega y Gasser (1936), a possibilidade de uma explicação objetiva e única da realidade por um sujeito que a olha como objeto desde fora. Na explicação situacional, o ator analisa a realidade, os problemas desde dentro da situação. A situação enquanto um recorte problemático feito em função de um projeto de ação esta constituída pelo ator eixo da explicação situacional, por outros atores, pelas suas ações e pelas estruturas econômicas, políticas, ideológicas e culturais que condicionam os atores e suas ações. A explicação situacional é sempre multidimensional e totalizante, refere-se às múltiplas dimensões da realidade política, econômica, ideológica, cultural, ecológica. Exige uma visão interdisciplinar e multisetorial e deve adaptar-se ao plano setorial sem abandonar as outras dimensões e espaços de explicação. É dinâmica, articulando passado, presente e futuro, através de desvendamento dos processos causais, da expressão atual e da análise das tendências futuras. É ativa, pois cada ator busca na explicação fundamentar sua ação. A situação esta sempre referida a um ator, a sua própria explicação da realidade, mas inclui a explicação, do ponto de vista dos outros atores envolvidos. É auto referencial, também polissêmica, devendo ser rigorosa no sentido de buscar a aprender as determinações essenciais para além dos fenômenos aparentes e das causas imediatas e, não pode prescindir de um modelo teórico de leitura da realidade (ARTMANN, 2000).

- **A Teoria da produção Social**

A Teoria da produção social, refere-se a um método de leitura da realidade que a explica para além dos fatos mais aparentes, através de três níveis: o nível dos fatos propriamente ditos ou fenoprodução (fatos de qualquer natureza), o nível das acumulações ou feno estruturas (capacidades de produção de novos fatos) e o nível das regras ou leis básicas que regulam uma formação social. Os diferentes processos e fenômenos da realidade articulam-se dinamicamente, tanto no interior de cada um desses níveis, como entre eles, havendo uma maior determinação do último – as regras – sobre os demais. A aplicação concreta desta teoria se dá no momento da explicação de um problema, através da montagem

do Fluxograma Situacional, quando se localizam as causas nesses três níveis, estabelecendo-se uma rede de relações causais, o que contribui para a visão mais ampla do problema explicado e, conseqüentemente, para uma atuação mais efetiva (ARTMANN, 2000).

- **A Teoria da Ação**

Esta se distingue entre uma forma de ação não interativa, instrumental ou comportamental – própria do planejamento normativo e uma forma de ação interativa, referida ao espaço social e político que fundamenta a necessidade do cálculo interativo ou raciocínio estratégico. Os diferentes tipos de ação são aplicáveis a distintos problemas: para aqueles bem estruturados aplica-se a ação normatizada; para os quase – estruturados faz-se necessária à ação interativa e criativa, que considera a ação dos outros atores. Para Matus os problemas bem estruturados são sempre parte de uma problemática quase ou mal estruturada.

- **A proposta metodológica: os quatro momentos do PES**

O conceito de momento, formulado para superar a ideia de “etapas”, muito rígida implica numa visão dinâmica do processo de planejamento, que se caracteriza pela permanente interação de suas fases ou momentos e pela constante retomada dos mesmos. O Método PES prevê quatro momentos (MATUS, 1993, 1994), para o processamento técnico-político dos problemas: os momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Cada um desses momentos possui suas ferramentas metodológicas específicas, que podem, no entanto ser retomados nos demais.

Momento explicativo, é o momento da seleção e análise dos problemas considerados relevantes para o ator social e sobre os quais este pretende intervir. Se a seleção é feita por um grupo de pessoas, o uso de técnicas como “tempestade de ideias”, pode ser útil para a construção de uma primeira listagem de problemas que, depois de agrupados por afinidade poderão passar por um protocolo simples de seleção que servirá para refletir sobre a relevância dos mesmos antes da seleção definitiva. O protocolo inclui apenas critérios como: valor do problema para o ator principal, para outros atores e para a população; custo econômico das soluções; custo político do enfrentamento ou postergação do problema; eficácia da intervenção, entre outros que podem ser acrescentados dependendo do âmbito dos problemas. Os problemas de saúde podem-se acrescentar o critério “impacto na qualidade de saúde da comunidade ou população”. Selecionados os problemas, passa-se à descrição dos mesmos através de indicadores ou descritores que o definam com clareza. Os descritores

quantitativos ou qualitativos devem ser necessários e suficientes para expressar o problema sem contundi-lo com outros ou com suas próprias causas e consequências.

O momento normativo: é o momento de desenhar intervenções o plano de intervenção, ou seja, de definir a situação objetivo ou situação futura desejada e as operações/ações concretas que visam resultados, tomando como referência os nós críticos selecionados. A situação objetivo é, portanto, a nova situação a ser atingida (com os problemas modificados positivamente) através do Plano por Operações. Pode ser desenhada transformando-se os descritores do problema em novos indicadores desejados, os indicadores de resultado. Cada descritor deverá ser transformado num resultado esperado como decorrência das prováveis intervenções sobre o problema. As operações constituem meios de intervenção ou conjuntos de ações que empregam vários tipos de recursos: organizativos, políticos, econômicos, cognitivos, etc., que geram produtos e resultados. Os produtos podem referir-se a bens e serviços produzidos, a fatos políticos, a conhecimentos gerados ou transferidos, a normas, leis ou regulações criadas, a organizações, sistemas, obras realizadas, etc. Os resultados correspondem ao impacto produzido sobre os descritores do problema. É importante buscar indicadores (quantitativos/qualitativos) como forma de medir os resultados para que não fique a hipótese ou divagações. As operações constituem-se em compromissos de ação.

O momento estratégico: neste momento é realizada a análise de viabilidade do plano nas suas várias dimensões: política, econômica, cognitiva, organizativa. No momento anterior já é feita uma pré-análise de viabilidade, mas agora é necessário um cálculo mais profundo através da situação. A análise de viabilidade parte de dois níveis:

- a) Da análise da motivação dos atores frente às operações do plano, o que significa registra o interesse que os atores têm em relação àqueles e o valor que lhe atribuem.
- b) Da análise do grau de controle dos recursos necessários à implementação das operações e ações por parte do conjunto de atores que os apoiam e do bloco que os rejeita.

O momento tático-operacional: elaborado o plano (flexível e adaptável à conjuntura), feita a análise de viabilidade, chega-se ao momento da ação, da implantação do plano. Na visão do PES, planejamento e gestão são inseparáveis, o plano não é o desenho no papel, mas um compromisso de ação que visa resultados, impacto nos problemas selecionados, que se traduzem em novas situações mais favoráveis do que a situação inicial (ARTMANN, 2000).

5. Liderança Coletiva em Saúde

Segundo Rivera e Artmann (2006), o modelo mais adequado de gerenciamento, no sector saúde, é o comunicativo, que busca a negociação e o consenso, isto com base a não padronização absoluta dos processos e resultados; a diversificação crescente de seus produtos e o alto nível de dependência que se estabelece entre serviços e categorias profissionais, para a geração dos mesmos; a necessidade de acertar coletivamente em mecanismos de avaliação; a forte autonomia profissional; o caráter fortemente interativo do trabalho final. Mintzberg 1982, estabelece que o poder das organizações profissionais de saúde está fortemente disseminado, distribuído entre os vários centros operacionais, com ligações fracas, onde a fragmentação do processo de tomada de decisões, a necessidade de uma política de integração, a duplicidade de comando –administrativo é essencial (ou governança clinica) – recomendam o desenvolvimento de formas de negociação e de comunicação lateral, de práticas de discussão que permitem acertar a estratégia é um mínimo de integração.

Contandriopoulos et al (2005) apud Rivera e Artmann (2006), assumem que os hospitais são organizações pluralistas, pois não dependem de uma única liderança individual, envolvendo conselhos de administração, chefes de serviço e representações corporativas. O exercício de liderança, não supõe apenas alargar a capacidade de decisão dos dirigentes locais (descentralização e regionalização) e regionais, mas a necessidade de articular várias lideranças, situadas em diversas esferas de poder e níveis do sistema, sustentando o conceito nesta perspectiva de liderança coletiva como o mais adequado ao gerenciamento do setor.

A necessidade de integração, inerente a regionalização sanitária, põe em destaque a articulação de redes (Franco, et al. 2004), entendem essas redes a luz de Flores (1998), como redes de petições e compromissos, formas de diálogos permeadas pela vontade do mútuo acolhimento, o que implica segundo Teixeira (2003), apud Rivera e Artmann (2006) a aceitação das demandas e das promessas do outro como reivindicações legítimas ou fundadas no princípio da correção normativa, ou seja, na adequação aos direitos, normas legais e princípios de convivência social. Para Angola, onde o sistema de saúde se confronta com uma série de problemas, desde o nível organizacional, até a prestação de serviços, observa-se uma necessidade cada vez mais crescente de uma comunicação/negociação entre os vários atores envolvidos na oferta e gestão dos serviços, incluindo os decisores políticos e usuários.

Rivera e Artmann (2006), trazem uma compreensão sobre o acolhimento, baseada em sua percepção como uma rede de conversações, que seriam redes subjetivas de pactuação, construídas a partir do seu conhecimento como formas de reconhecimento do outro como legítimo, outro na convivência (Maturama, 1998 apud Teixeira, 2003), apud (RIVERA e ARTMANN, 2006).

Para Campos (2003), um atendimento clínico de qualidade implica conciliar a clínica tradicional e a clínica do sujeito. Baseada na noção de clínica ampliada, o autor sustenta que é muito importante conhecer aspectos genéricos dos processos saúde-doença-atenção, mas também aprender com a variação, saber escutar e saber perscrutar cada caso singular. As decisões devem ser ponderadas, valendo-se de opiniões de outros profissionais, exposição de incertezas, compartilhamento de dúvidas, onde a clínica do sujeito para o autor demanda trabalho em equipe e um agir comunicativo. A escuta a subjetividade do paciente e a escuta ao seu contexto social trazem para o interior da produção do cuidado individual, um senso de integralidade marcado pelas ideias de acolhimento e vínculo (ARTMAN E RIVERA, 2006). O médico na clínica ampliada é-lhe concedido o caráter de uma liderança disseminada, que desenvolve uma rede intensiva de conversações com os usuários e com os outros profissionais das equipes consideradas necessárias para um cuidado mais integral e resolutivo.

Pode-se concluir que a liderança no setor saúde tem que ser coletiva, uma vez que o trabalho ali prestado é um trabalho de equipes ou de um serviço que está diretamente relacionado ou ligado a outro e para que haja sucesso, ou uma prestação de serviços de qualidade há necessidade de um trabalho de equipe. Rivera e Artmann (2006) reforçam a importância da comunicação, negociação, linguagem, visão, responsabilização, trabalho de equipe, clínica do sujeito, aprendizagem, acolhimento, redes/alianças elementos fundamentais para uma boa liderança coletiva no setor saúde.

6. Saúde Materno-Infantil

A preocupação pelo desenvolvimento da infraestrutura dos sistemas e serviços de saúde, tem sido uma constante dentro dos projetos de reforma do setor durante as últimas décadas. A nível Mundial, na declaração da 30ª Assembleia Mundial da Saúde em 1977, os países participantes comprometeram-se a atingir no ano 2000 um nível de saúde que permita a todos os cidadãos do mundo levar uma vida social e economicamente produtiva, declaração conhecida como a meta de Saúde para Todos no ano 2000. Um ano mais tarde, em 1978, a

definição da estratégia de atenção primária menciona a necessidade de fazer ajustes estruturais nos sistemas e serviços de saúde (OPAS, 2000).

Segundo OPAS (2000), para alcançar a equidade, eficiência e eficácia nas ações de saúde, e para assegurar a disponibilidade de serviços para toda a população, é necessária a implantação de métodos mais efetivos para planejar o desenvolvimento dos serviços e para melhorar sua gestão em função dos requerimentos da programação local, objetivos que podem ser alcançados mediante uma efetiva descentralização política e administrativa.

Os sistemas de serviços de saúde encontram-se frente a desafios organizacionais provenientes dos rápidos processos de urbanização; do aumento da população mais idosa com o conseqüente incremento das doenças crônicas; da persistência de doenças próprias do subdesenvolvimento, tais como as enfermidades infecciosas e parasitárias; e da maior demanda pela utilização de tecnologias nem sempre justificadas. Existem para, além disso, fatores internos próprios da infraestrutura de saúde, que podem resumir-se numa constante e talvez falta de eficácia e eficiência na operacionalidade dos serviços (OPAS, 2000).

A saúde materno-infantil tem sido estudada por diferentes abordagens que consideram o fator social. Estudos epidemiológicos calcados em modelos multicausais, embora levem em conta variáveis de natureza social (por ex. rede de água, tipo de habitação, local de moradia, assistência médica, escolaridade, ocupação, entre outras), nem sempre tem conseguido explicitar a aludida determinação social da saúde. Isto porque as citadas variáveis são consideradas isoladamente, desligadas do contexto econômico e político em que ocorrem. Este procedimento as nivela em importância às variáveis biológicas (sexo, idade, paridade, peso, entre outras), tirando-lhes a força explicativa .

Outros estudos sobre saúde materno- infantil, levaram em conta a questão das classes sociais e chegaram mesmo a identificar a classe de maior risco. No entanto, não foram além de apontar para a necessidade de programas assistenciais destinados ao "socorro" das classes de maior risco. Com efeito, tais propostas acabaram sendo incorporadas à maioria dos programas oficiais, nacionais e estrangeiros (OLIVEIRA et Al., 1983: p. 210)

A Investigação da Mortalidade na Infância, já havia mostrado que os principais problemas relacionados aos óbitos até os 5 anos de vida eram: deficiência nutricional aliada à insuficiência ponderal, desnutrição proteico-calórica, doenças infecciosas (diarreia e sarampo), condições "anormais" maternas, as complicações da gravidez e o parto distócico, anomalias

congênitas, residência na área rural, desmame precoce, baixa utilização de serviços pré-natais, baixo grau de instrução das mães, reduzido abastecimento de água tratada, e, ainda, causas sinergicamente associadas como desnutrição e infecções, efeitos das complicações da gravidez e do parto sobre o conceito medidos pelo peso ao nascer e pela vitalidade do recém-nascido (RN) (OLIVEIRA et Al., 1983).

No campo da saúde materna há ainda outras questões que merecem menção, nesta abordagem. No dizer de Sigerist, assim como sucedeu com a pediatria moderna, a valorização da saúde materna também sofreu a influência de fatores não médicos. No caso da mulher, a atitude da sociedade para com ela e sua posição na estrutura social foram fatos tão importantes na história da ginecologia e obstetrícia, quanto os avanços na ciência médica. A incorporação da mulher à força de trabalho assalariado, fora de casa, inclui-se entre as mudanças sociais inauguradas com a Revolução Industrial. Estas mudanças geraram consequências sanitárias que persistem até hoje, levando a mulher à luta pela conquista de direitos na sociedade contemporânea, particularmente os que se referem à sua saúde e à de sua família (OLIVEIRA et Al., 1983).

7. Situação de Saúde Materno-Infantil em Angola

A morte materna é a última manifestação de uma multiplicidade de fatores causais que atuam a diferentes níveis. A pobreza, o baixo status da mulher na família e na sociedade, e o escasso acesso à educação explicam a nível estrutural as altas taxas de mortalidade materna. A idade no momento do parto constitui um importante fator de risco; a morte materna é 2-3 vezes maior em adolescentes e mulheres com mais de 39 anos (ANGOLA, 2009).

Os problemas de saúde da mulher em especial a desnutrição, a anemia, o baixo acesso a serviços de aconselhamento / planeamento familiar, atenção pré-natal e do parto e principalmente o escasso número e baixa capacidade de resolução dos centros de referência obstétrica, somados às barreiras geográficas, culturais e económicas para a atenção, determinam a baixa sobrevivência materna (ANGOLA, 2009).

A falta de informação a nível das famílias sobre os sinais de perigo de morte materna, o atraso na procura de atendimento e a falta de acesso rápido em meios de transportes, contribuem grandemente para a tragédia (ANGOLA, 2009).

As causas diretas de morte materna são as complicações na gravidez, parto e pós-parto que ocorrem em cerca de 15% de todas as grávidas (ANGOLA, 2009). Segundo a fonte, muitas destas complicações requerem cuidados obstétricos de emergência em centros com pessoal capacitado, equipamento cirúrgico adequado, sangue seguro e medicamentos suficientes que geralmente não estão disponíveis nos centros de saúde. A malária é a principal causa de morte materna por causas não obstétricas. Em 2003, 26% de todos os óbitos maternos foram causados pela malária.

A cobertura de atenção pré-natal e de parto são baixas e mostram as limitações do sistema de saúde para responder às necessidades da população. A atenção pré-natal nem sempre inclui suplementação com ferro/ácido fólico, a quimioprofilaxia antimalárica é praticamente inexistente e a detecção e manejo de doenças hipertensivas é escassa. Existe escassa capacidade para atenção ao parto nos serviços de saúde. A maior parte dos partos são atendidos nos domicílios seguindo a cultura tradicional (ANGOLA, 2009).

De acordo com o inquérito MICs-2001, à escala nacional, 61% das grávidas receberam quando menos, uma consulta pré-natal (o MINSA preconiza 4 consultas) e somente 38% dos partos foram atendidos por pessoal capacitado. A cobertura de atenção pré-natal por médico, atingiu 12% e apenas 6% para a atenção ao parto. 49% das atenções pré-natais e 32% das atenções de parto foram realizados por pessoal técnico de saúde, observando-se também neste caso o mesmo padrão de desfasamento entre a atenção pré-natal e o parto.

A informação administrativa sobre a atenção pré-natal, parto e complicações obstétricas é insuficiente, incompleta e tardia, não permitindo monitorizar as atividades e os problemas. Os dados disponíveis sobre as atenções de parto realizadas em serviços de saúde, mostram que durante o ano 2002, 240.599 partos foram atendidos em unidades sanitárias do sector público, correspondendo apenas a 29% de cobertura institucional. A consequência é que cerca de dois terços dos partos são realizados no domicílio, com todos os riscos inerentes.

Dos partos atendidos nas unidades sanitárias, mais de metade, 131.920 foram atendidos em centros de saúde, com uma média de 530 partos anuais por centro. Os hospitais de referência atenderam 108.679 partos com uma média de 4.180 partos por ano.

A alta taxa de fecundidade - média de 7.2 filhos por mulher em idade fértil - e a elevada proporção de gravidezes na adolescência - um terço das mulheres angolanas já é mãe

antes dos 18 anos – promovem maior exposição ao risco de morte e se encontram na base da alta mortalidade materna (ANGOLA, 2008).

O planeamento familiar constitui uma intervenção de saúde que permite reduzir as mortes maternas e fetais evitando gravidezes indesejadas. O programa de planeamento familiar está pouco desenvolvido. A contraceção em mulheres casadas ou em união de facto apenas é utilizada por 6 % das mulheres dos 15 aos 49 anos, ou seja, quase 4 vezes menos que a média para África Subsaariana que se estima em 23% (ANGOLA, 2008).

A capacidade nacional para a atenção das complicações obstétricas é escassa e concentra-se nas capitais de província. Existe a disponibilidade de quando menos 1 centro de cuidados obstétricos básicos para atenção do parto e tratamento inicial de complicações obstétricas (centros de saúde) por cada 125.000 habitantes em todas as províncias. A cobertura de atenção ao parto nestes centros é muito baixa, não alcançando 15% de cobertura em 11 das 18 províncias. Considerando a ampla superfície territorial do país e a dispersão da população rural, o acesso geográfico pode-se constituir uma barreira difícil de ultrapassar para muitas angolanas. Outras barreiras que são igualmente importantes são a económica e a cultural (ANGOLA, 2007).

Portanto é muito pouco provável detectar e dar tratamento às complicações obstétricas nos centros de saúde. Em muitos casos os medicamentos e sangue seguro necessários não estão disponíveis nos centros de saúde. Por outro lado a referência imediata das emergências obstétricas tem dificuldades para sua implementação, pois poucas unidades sanitárias têm meios de transporte próprios e há escassez de transporte público.

O indicador de centros de cuidados obstétricos essenciais compreensivos (hospital de referencia obstétrica) mostra que o número destes centros é inferior a 1 centro por 500.000 habitantes em 6 das 18 províncias do país. A cobertura dos partos atendidos nestes centros é inferior a 15% dos partos esperados em 13 das 18 províncias do país, o que limita amplamente a sua efetividade (ANGOLA, 2007a).

O indicador de cesarianas realizadas que deveria estar entre 5 e 15% dos partos esperados, apenas chega a 1,2% não sendo adequado em nenhuma das 18 províncias. As barreiras geográficas, económicas e culturais indicadas para os centros básicos de cuidados obstétricos são ainda maiores para aceder aos centros.

A cobertura de atenção pré-natal a nível nacional é baixa, rondando os 62%, com uma grande variabilidade entre as coberturas nas várias províncias. A morbidade durante a gravidez é elevada. A malária e a anemia estão entre as principais causas de doença na grávida e apesar de estipulados nas normas e protocolos existentes, a atenção pré-natal nem sempre inclui a suplementação com ferro/ácido fólico ou a quimioprofilaxia antimalárica (TIP- Tratamento Intermitente da Malária) e a detecção e rastreio de doenças hipertensivas e das ITSs são deficientes.

O VIH e SIDA tem-se apresentado nos últimos anos como uma importante causa de morbidade. Em Angola, a taxa de prevalência do VIH em adultos é estimada em 2,1%. Dados referentes ao ano de 2006 do Programa de Corte Transmissão Vertical (PTV), coordenado pelo Instituto Nacional de Luta contra o SIDA (INLS), mostraram que o PTV cobriu apenas cerca de 1.440 (6%) das mulheres gestantes positiva do país, do número total de grávidas estimadas para o referido ano (1.014.000), com base numa taxa de seroprevalência de 2.4% em 2004. Em 2005, esta taxa subiu ligeiramente para 2.5%. O último estudo de seroprevalência do VIH em mulheres grávidas a nível nacional realizado em 2007, mostrou uma taxa de sero-prevalência de 3.1% (ANGOLA, 2007a).

De acordo com o Inquérito de Avaliação de Necessidades de Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgências (CONU) de 2007, o País possui apenas um total de 46 unidades que prestam serviços de Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência (CONU), correspondendo a 25% do total de 180 unidades como recomendado pela OMS para cobrir a população do País com serviços de CONU básico e completo. A situação é mais dramática quando existe apenas a disponibilidade de 9 nove unidades de CONU básico, correspondendo a apenas 6% das 144 unidades necessárias.

Se tomar em consideração o indicador padrão de referência da OMS que preconiza a existência de 4 CONU básico e 1 CONU completo para cada 500.000 habitantes, verificamos que existe um défice no País de apenas 1 unidade de CONU completo e 135 unidades de COU básicos. Contudo a sua distribuição não é uniforme, existindo uma maior concentração a nível das capitais provinciais e sedes municipais, desprovidas na grande maioria de equipamentos e meios capazes de garantir o parto instrumentado e tratamento das principais complicações em tempo oportuno. Como as estruturas não estão uniformemente distribuídas, as mulheres têm que percorrer longas distâncias para procurar os cuidados, situação agravada

pela ausência de transportes públicos e meios de comunicação e pelo mau estado de conservação das estradas.

Por outro lado, observa-se nas maternidades e hospitais públicos de referência, em termos gerais, uma dramática carência de médicos que em muitos casos não conseguem dar resposta à demanda, e em particular às urgências obstétricas. A falta de normas por um lado e a não utilização das existentes, a carência de meios, as falhas na organização da atenção das urgências obstétricas e a tardia solicitação de cuidados de saúde, por outro lado, determinam uma baixa qualidade de atendimento com níveis de mortalidade institucional extremamente elevados (ANGOLA, 2009).

As causas diretas de morte materna são devidas a complicações na gravidez, parto e pós-parto, podendo ocorrer em cerca de 15% de todas as grávidas. Ainda de acordo com o Relatório do Inquérito de Avaliação de Necessidades de CONU, no ano de 2006, 104.385 grávidas foram admitidas em unidades sanitárias com complicações obstétricas, 54% das quais foram complicações por causas diretas e 46% por causas indiretas. Mais de 1% destas grávidas morreram antes da alta, de um total de 1.410 mortes maternas. As complicações diretas contabilizaram 61% destas mortes e as causas indiretas 36%. Das 514 mortes maternas devido a causas indiretas, 39% foi devido à malária, a principal causa indireta, enquanto 3% de mortes foram atribuídas ao VIH & SIDA (ANGOLA, 2009).

As complicações não são preveníveis mas a grande maioria das mortes maternas são preveníveis e aquelas que ocorrem por falta de serviços de saúde adequados para as necessidades da gestante o são mais ainda; tenham elas ocorrido devido à distância do local da assistência, pela escassez ou inexistência de transporte e/ou de vias adequadas de comunicação, ou por déficite da capacidade resolutiva e/ou de gestão dos serviços de saúde (falta de bancos de sangue, baixa cobertura pré-natal, má distribuição e má prestação dos escassos e preciosos recursos humanos, etc.).

De uma maneira geral, no estudo, os problemas apontados que afetam a disponibilidade da qualidade e utilização dos COU nas US da área norte foram a fragilidade do sistema de saúde vigente, a falta de transporte, as cobranças anárquicas, o mau relacionamento entre os prestadores e usuárias (parturientes), falta frequente de medicamentos e material gastável, ausência de um serviço de hemoterapia em Viana e Cacuaco.

Relativamente a percepção dos prestadores sobre as barreiras de acesso aos COU foram identificadas a falta de informação, resistência das parturientes na altura das transferências, falta de dinheiro para aquisição de materiais e medicamentos e o grande fluxo dos doentes e ainda a falta de Obstetras na periferia.

A comunidade, assim como os prestadores conhecem as complicações obstétricas mais frequentes tendo destacado a hemorragia, malária, anemia e problemas de tensão arterial para além das complicações ligadas ao bebê tais como posições anómalas e asfixia. Não existindo diferenças de opinião entre prestadores e as comunidades. No que concerne a atitude recorrem ao hospital em caso de complicações.

Achados e problemas identificados no contexto do quadro conceptual dos 3 atrasos:

1º Atraso: Entendido como o tempo perdido antes de tomar a decisão de recorrer aos COU:

Cacuaco, Cazenga e Viana – resultados:

Falta de transporte, falta de confiança nas unidades sanitárias públicas.

2º Atraso: entendido como o tempo perdido desde a decisão até a chegada a Unidade dos COU:

Tarifas praticadas nas unidades sanitárias, falta de dinheiro, falta de transporte e longas distâncias

3º Atraso: entendido como o tempo perdido entre a chegada à Unidade dos COU e o início da prestação dos cuidados.

Falta crónica de medicamentos e material gastável, preços elevados cobrados nas Unidades sanitárias Públicas, prolongado tempo de espera, falta permanente de médicos obstetras, falta generalizada de respeito e carinho por parte dos profissionais de saúde, prestação de serviços de má qualidade, cobranças anárquicas, falta de piedade pelos doentes no que se refere às transferências. Falta de condições (água, energia, higiene, sangue, oxigénio, etc.), atitude rude dos profissionais de saúde,.

Ainda no relatório do referido estudo foram propostas intervenções e recomendadas soluções pelos Entrevistados para a melhoria dos COU na área norte de Luanda, distribuídas por níveis de competência:

Na comunidade: Reconhecimento do papel das parteiras tradicionais e melhoria das condições de funcionamento dos hospitais; resolução dos problemas de transporte sanitário e melhoria do estado das estradas

Nível da US: Colocar obstetras nas salas de parto; melhorar a gestão e organização das US; garantir o abastecimento técnico-material; apetrechar regularmente as farmácias das US e garantir o seu funcionamento 24 sobre 24 horas; obrigar todos os técnicos das US a desenvolver atividades de Comunicação para Mudança de Comportamento (CMC) e participar nos ciclos de formação contínua; realizar regularmente reuniões de resolução dos problemas com a participação de todos os trabalhadores disponíveis.

A nível do governo: uniformizar os protocolos e padrões de atendimento; atribuir um orçamento descentralizado a todas as US e auditar (incluindo Centros e Postos de Saúde) e ainda coordenar diferentes intervenientes (VEMBA e NEVES, 2001).

Segundo o “Plano Nacional Estratégico para a redução acelerada da mortalidade materno-infantil em Angola”, a abordagem estratégica para a saúde materna engloba:

A planificação familiar, a educação e a informação ajudam as famílias a reduzirem a gravidez na adolescência, a prolongar o intervalo entre os nascimentos e a evitar a procriação em idades avançadas, reduzindo os riscos de mortalidade materna e aumentando as possibilidades de sobrevivência das crianças.

Para desenvolver o programa de planificação familiar no país é necessário aumentar o acesso e aumentar o padrão de qualidade dos serviços de saúde. Isto será conseguido aumentando a informação sobre planeamento familiar nos serviços, não só na rede pública mas também nas instalações médicas privadas e outros locais apropriados. É preciso que o pessoal esteja treinado para aconselhar sobre as alternativas, incluindo o método do calendário e respeitando o direito a livre escolha.

A principal intervenção para reduzir as mortes maternas será o fortalecimento da capacidade instalada dos centros de referência obstétrica disponíveis, em termos de assegurar pessoal qualificado 24 horas por dia, utilização sistemática de protocolos de atendimento de emergências obstétricas, dotação de equipamento básico e garantir disponibilidade contínua de medicamentos apropriados e sangue seguro para o atendimento dos casos complicados.

A vinculação dos serviços de atenção primária com as unidades de referência para resolução de urgências obstétricas requer planos locais com participação dos membros das comunidades para assegurar sistemas de comunicação e transporte viáveis que possibilitem uma detecção e atenção rápidas.

O controlo da anemia por deficiência de ferro e ácido fólico será priorizado. A anemia é causada não somente por deficiência de ferro, mas também pela malária e parasitas intestinais como a anquilostomíase e shistosomíase. A quimioprofilaxia sistemática das grávidas contra a malária durante o controlo pré-natal fará parte do pacote de intervenções, bem como a desparasitação intestinal durante a gravidez. Estas medidas terão efeitos benéficos para a mulher e a futura criança.

A vacinação com Toxoide Tetânico a todas as mulheres grávidas que ainda não tenham o esquema de vacinação completo, será promovida durante o controlo pré-natal e quando da visita das mães ao serviço de saúde para a vacinação das suas crianças.

A melhoria do atendimento ao parto e do recém-nascido nos serviços de saúde incluirá o uso sistemático do partograma para monitorizar o trabalho de parto e detectar riscos e as técnicas de reanimação do recém-nascido.

Durante o pós-parto imediato será administrada à mulher uma mega dose de vitamina A.

A principal função de atenção a nível primário é a detecção e referência rápida das urgências obstétricas para os serviços de referência obstétrica. Neste sentido o impacto na redução da mortalidade materna dependerá em grande parte da melhoria da qualidade do atendimento das complicações obstétricas nos centros de referência e em menor medida dos cuidados primários de saúde. Estima-se que 1/3 das mortes maternas são evitáveis mediante a ação conjunta da rede primária e a melhor utilização da capacidade instalada atual de centros de referência (ANGOLA, 2004b).

A mortalidade infantil no País é uma das mais altas da região africana e do mundo, situando-se em 150 por 1.000 nascidos vivos (MICS 2001). Um estudo realizado pelo MINSA, na província de Luanda, mostrou que dentre os óbitos em menores de 5 anos, um terço correspondem a mortes neonatais (35%), pouco menos de um terço (26%) são de mortes pós-neonatais (1-11 meses) e o restante terço (38%) corresponde à morte de crianças de 1-4

anos. As principais causas de morte neonatal são a sépsis, asfixia, prematuridade, tétano neonatal e anomalias congénitas (ANGOLA, 2009).

A taxa de mortalidade em menores de 5 anos é de 250 por 1.000 nascidos vivos (MICS 2001). A Malária constitui a primeira causa de mortalidade infantil seguida das doenças diarreicas, das infecções respiratórias agudas, do sarampo e do tétano neonatal. A desnutrição crónica afeta 45% dos menores de 5 anos e é a principal causa associada de mortalidade neste grupo.

As taxas de mortalidade infantil - mortalidade em menores de um ano e a taxa de mortalidade em menores de cinco anos, que inclui a anterior, são os principais indicadores utilizados para medir a saúde e bem-estar das crianças.

Estes indicadores são sensíveis às mudanças na situação de saúde, mas também são o resultado final de um conjunto de fatores tais como: o acesso aos serviços de saúde, água e meios sanitários de deposição de dejetos, a higiene pessoal e dos alimentos, a segurança alimentar, as condições de habitação, o rendimento da família e os conhecimentos e práticas de cuidados de saúde nas comunidades e famílias. Este indicador reflete fielmente o estado de saúde das crianças e o nível de desenvolvimento da sociedade.

O nível de educação alcançado pela mãe é a característica que proporciona o maior diferencial de risco de mortalidade infantil e em menores de cinco anos, seguido da situação socioeconômica. O sexo masculino, tal como noutros países, tem maior risco de morte nos menores de 1 ano, porém, em Angola esta situação estende-se até os 5 anos de idade (ANGOLA, 2009).

Uma das características particulares da mortalidade das crianças em Angola, é que as taxas de mortalidade para as áreas urbanas e rurais são quase iguais, embora se acredite que a ausência de dados da zona rural tragam esta impressão, que pode ser errônea. Esta situação pode ser explicada provavelmente pelas grandes deslocções da população rural para as áreas urbanas devido à guerra e principalmente pela falta de acesso a cuidados de saúde, precariedade de condições de vida e riscos ambientais, acrescentados à transmissão de doenças nas populações que vivem na periferia das áreas urbanas. Um reduzido número de doenças, nomeadamente a malária, as doenças diarreicas agudas, as infecções respiratórias agudas, o sarampo e o tétano neonatal, são responsáveis diretos por 60 % das mortes em crianças. No entanto, a fácil prevenção relativa ou o tratamento destas causas a nível dos

serviços que prestam cuidados primários de saúde e mediante melhores práticas a nível das famílias, poderá reduzir a mortalidade neste grupo etário. A desnutrição é a principal causa associada de mortalidade infantil (ANGOLA, 2009).

AIDI promove a colaboração entre programas, para uma melhor coordenação e integração das atividades, visando melhorar o manejo das doenças infância. Tem como objetivos o de contribuir para a redução da mortalidade em menores de 5 anos; contribuir para o desenvolvimento saudável das crianças.

AIDI tem como componentes a melhoria das habilidades dos profissionais de saúde na atenção à criança doente; melhoria do sistema de saúde para prestação de serviços; melhoria das práticas comunitárias e familiares.

A Atenção Integrada das Doenças da Infância é a principal estratégia para a redução de mortalidade e melhoria da nutrição das crianças. Sua aplicação prática considera duas abordagens igualmente importantes, uma institucional e outra comunitária.

AIDI não substitui programas de saúde, sendo implementada através das estruturas existentes enfatizando a qualidade da atenção.

A abordagem institucional visa padronizar o manuseamento integrado e de qualidade das doenças comuns e a integração das atividades preventivas e curativas, dando ênfase ao aconselhamento familiar para a adopção de práticas apropriadas de cuidado da criança e mulher grávida ou em aleitamento.

As implicações da AIDI no sistema são a disponibilidade de medicamentos; reorganização do trabalho na unidade sanitária; organização da supervisão e avaliação do desempenho dos profissionais de saúde.

A abordagem comunitária visa o reforço das capacidades das famílias para a utilização de um conjunto de práticas familiares essenciais que reduzirão o risco de doenças, assegurando cuidados apropriados na família para a criança doente e mulher grávida ou em aleitamento. Esta abordagem também busca melhorar o reconhecimento de complicações e a procura atempada de cuidados. (Angola, 2004b)

A nível da província de Luanda o programa de saúde infantil, vem desenvolvendo suas atividades no sentido de estabelecer o reforço das ações tendo dois eixos: a melhoria da

qualidade dos processos de atenção à criança, tendo como enfoque principal a melhoria do manejo dos casos através da implementação da estratégia AIDI e o reforço da capacidade de gestão e planificação, com um grande destaque para a formação de quadros.

Tabela 2 - Intervenções com Evidência Científica para reduzir a mortalidade de Crianças menores de 5 anos

Intervenções / Problemas	Malária	Diarreia	Pneumonia	Asfixia neonatal	Prematuridade	Tétano	Sarampo	Sépsis neonatal	VIH/SIDA	Desnutrição
Medicamentos antimaláricos	■				■					
Mosquiteiros tratados com inseticida	■				■					
Terapia de Reidratação Oral		■								
Antibióticos para disenteria		■								
Antibióticos para pneumonia			■							
Aleitamento materno		■	■					■		■
Vitamina A	■	■					■			■
Vacina contra Sarampo							■			
Vacina contra Tétano						■				
Vacina contra Haemophilus Influenza tipo b			■							
Alimentação Complementar	■	■	■				■			■
Micronutrientes na gravidez					■					■
Parto Limpo						■		■		
Nevirapina durante o parto mulheres VIH+									■	

Fonte: Modificado de THE LANCET. Vol 362. Child Survival Interventions with sufficient or limited evidence of effect on reducing mortality from the major causes of under -5 deaths. 2003

O “pacote essencial integrado de cuidados e serviços de saúde materno infantil definido pelo Ministério da Saúde para aplicação à escala nacional será a principal estratégia para a redução acelerada da mortalidade materna e de crianças menores de 5 anos.

O acesso para todos (universal) ao pacote de intervenções visa prevenir as mortes e proteger o crescimento fetal e das crianças (ANGOLA, 2004b)

Tabela 3 - Estimativa de óbitos anuais evitáveis em crianças menores de 5 anos em Angola no período 2004-2008

Doença ou condição	Óbitos/ano sem intervenções adicionais		Efetividade das intervenções do pacote essencial	Expectativa alta		Expectativa média	
	Nº	%		Cobertura esperada	Óbitos evitados/ano	Cobertura esperada	Óbitos evitados/ano
Malária	41.630	23%	85%	85%	30.078	60%	21.231
Diarreia	32.580	18%	88%	85%	24.370	60%	17.202
Pneumonia	27.150	15%	65%	85%	15.000	70%	12.353
Sarampo	3.620	2%	85%	85%	2.615	80%	2.462
HIV/SIDA	3.620	2%	48%	30%	521	15%	261
Problemas neonatais	56.110	31%	48%	66%	17.951	39%	10.693
Asfixia de recém-nascido	16.290	9%	39%	65%	4.130	40%	2.541
Sépsis	14.480	8%	90%	65%	8.471	30%	3.910
Nascimento prematuro	12.670	7%	38%	60%	2.889	40%	1.926
Tétano neonatal	3.620	2%	80%	85%	2.462	80%	2.317
Outros problemas neonatais	9.050	5%	0%	0%	0	0%	0
Outras causas de morte	16.290	9%	0%	0%	0	0%	0
TOTAL	181.000	100%	78%		90.535		74.896

Valor percentual de óbitos evitáveis	50%		41%
---	------------	--	------------

Fonte: ANGOLA: Plano Nacional Estratégico para redução acelerada da mortalidade materno-infantil, 2009

O “ *Pacote essencial de cuidados e serviços de saúde materno infantil*” é um conjunto integrado de intervenções preventivas promocionais e curativas que visam a redução da mortalidade das crianças e a redução da mortalidade materna.

As intervenções são de aplicação simples, baixo custo, alta eficácia, sustentáveis a longo prazo com recursos nacionais, apoio das comunidades e da cooperação internacional, estão adequadas às características epidemiológicas e ao sistema de saúde angolano (ANGOLA, 2009).

O pacote de cuidados será oferecido às populações através:

1. Centros e postos de saúde públicos que prestarão cuidados primários de saúde, Ong’s e igrejas. Serão selecionadas pelo MINSA as organizações e igrejas que possuam essas competências;

2. Equipas avançadas e móveis que prestarão serviços preventivos como a vacinação, distribuição de vit A, desparasitação, distribuição de mosquiteiros tratados e educação às comunidades e curativos de algumas doenças correntes tais como a malária e DDA. O serviço prestado por estas equipas será importante para as comunidades com difícil acesso aos serviços de saúde.

3. Cuidados e serviços de base comunitária e familiar.

Estes estarão interligados e complementam-se para atingir os objetivos do Plano de Redução Acelerada da Mortalidade Materna e das Crianças. A abordagem comunitária é igualmente importante e deve desenvolver-se com a mesma prioridade.

A componente institucional procura o reforço das capacidades dos serviços de saúde para:

- a) Prevenção das doenças mais comuns;
- b) aumentar a qualidade dos serviços prestados
- c) aumentar a interligação dos cuidados primários e cuidados hospitalares;
- d) aumentar as práticas familiares de saúde essenciais.

A componente comunitária visa o reforço das capacidades das famílias para ;

- a) o manuseamento de casos de malária e diarreia por agentes capacitados em áreas sem acesso a serviços de saúde;
- b) a utilização de um conjunto de práticas familiares essenciais para reduzir o risco de doenças;
- c) assegurar cuidados apropriados na família para a criança doente e mulher grávida ou em aleitamento;
- d) reconhecer as complicações e a procura atempada dos serviços de saúde.

- ***Pacote de intervenções para rede fixa de unidades sanitárias:***

Para a atenção da demanda da população acessível às unidades sanitárias do sector público de saúde será oferecido o pacote padronizado de cuidados e serviços materno infantil. O MINSa, mediante acordos, promoverá que serviços de saúde das ONGs e Igrejas, adiram à oferta do pacote materno infantil.

O pacote para crianças inclui: a monitorização do crescimento, as vacinações e suplementação com micronutrientes, o tratamento ambulatorio de malária, diarreia, IRAs e helmintíases, bem como aconselhamento interpessoal apropriado.

O pacote para a saúde materna inclui a atenção pré-natal; suplementação com micronutrientes, profilaxia antimalárica, vacinação e desparasitação, a atenção do parto e recém-nascido e a atenção pós-parto, onde será realizada a suplementação com vitamina A.

O pacote para saúde materna a nível primário está articulado com o atendimento de urgências obstétricas em centros de saúde de referência disponíveis atualmente. A identificação e referência de urgências obstétricas a um centro apropriado será tarefa fundamental da rede primária.

O aconselhamento sobre identificação de sinais de perigo, prevenção e tratamento de doenças será sistemático.

Quadro 3 - Pacote essencial de cuidados e serviços materno-infantil a nível dos serviços de atenção primária de saúde.

Saúde da Criança	Saúde Materna
<p>Atenção preventiva</p> <p>Monitorização do Crescimento</p> <p>Vacinação</p> <p>Administração de vitamina A</p> <p>Administração do xarope de ferro</p> <p>Distribuição de mosquiteiros tratados</p> <p>Tratamento apropriado de casos:</p> <p>Malária</p> <p>Diarreia</p> <p>Infecções Respiratórias Agudas</p> <p>Desparasitação</p> <p>Aconselhamento:</p> <p>Identificação de sinais de perigo para procura de atenção.</p> <p>Cumprimento dos tratamentos de doenças.</p> <p>Alimentação durante doenças comuns.</p> <p>Cumprimento de monitorização do crescimento infantil</p> <p>Cumprimento do esquema de vacinação</p> <p>Aleitamento materno</p> <p>Alimentação complementar apropriada</p> <p>Estimulação precoce</p> <p>Uso de redes mosquiteiras tratadas</p>	<p>Atenção pré-natal:</p> <p>Administração de ferro + ácido fólico</p> <p>Tratamento presuntivo e intermitente contra a malária</p> <p>Tratamento anti-helmítico</p> <p>Vacinação contra Tétano</p> <p>Distribuição de mosquiteiros tratados</p> <p>Atenção do parto pós parto e recém-nascido:</p> <p>Antibióticos caso de rotura prematura de membranas</p> <p>Parto limpo</p> <p>Ressuscitação do recém-nascido</p> <p>Administração de Nevirapina a seropositivas</p> <p>Administração de vitamina A no puerpério.</p> <p>Planificação familiar</p> <p>Aconselhamento:</p> <p>Identificação de sinais de perigo de complicações.</p> <p>Prevenção e testagem voluntária de HIV/SIDA</p> <p>Uso de redes mosquiteiras tratadas</p> <p>Repouso e alimentação durante a gravidez</p> <p>Cumprimento dos tratamentos e vacinação.</p> <p>Preparação para o parto</p> <p>Aleitamento materno</p> <p>Espaçamento das gravidezes</p> <p>Transferência de urgências obstétricas</p>

Fonte: ANGOLA, Plano Estratégico Nacional (2009)

Segundo ainda o Plano Nacional Estratégico (2004 - 2009), as principais estratégias para a melhoria da qualidade técnica do atendimento, a satisfação dos utentes, a motivação do pessoal e o aumento da eficácia das intervenções de saúde constituem a capacitação de recursos humanos e o acompanhamento do seu desempenho. As ações previstas incluem:

- Capacitação em serviço do pessoal atualmente em funções na rede pública de ONGs e Igrejas;
- Supervisão formativa do pessoal capacitado;
- Avaliações periódicas e monitorização contínua da qualidade de atenção e satisfação dos utentes.
- Revisão do curriculum e incorporação de normas e metodologias atualizadas nas escolas técnicas média e superior de enfermagem e faculdade de medicina.

As primeiras três ações terão resultados a curto prazo e a quarta a médio e a longo prazo.

Capacitação para a capacitação do pessoal de saúde foram identificadas 4 blocos de conteúdos: Assistência Integrada às Doenças da Infância (AIDI); Cuidados Integrados de Saúde Reprodutiva (CISAR); Grandes endemias (malária, VIH/SIDA, ITS, tuberculose); Gestão para os níveis provinciais e municipais.

Serão também apoiadas capacitações pontuais sob vigilância epidemiológica integrada, vacinação de rotina, despistagem e tratamento de desnutrição aguda e logística e cadeia de frio.

O processo de implementação da capacitação do pessoal de saúde em AIDI e CISAR (incluem componentes de malária e VIH / SIDA) compreende quatro etapas:

1ª: Elaboração / adequação às normas integradas, material didático e suporte de informação;

2ª: Formação de “*núcleos de formadores provinciais*” das 18 províncias de forma a criar capacidade docente descentralizada;

3ª: Formação de facilitadores municipais;

4ª : Capacitação de pessoal operativo institucional e comunitário.

Supervisão formativa

A “*supervisão formativa*” será realizada com objeto de promover resultados de qualidade focalizando na identificação e solução conjunta de problemas, mediante visitas regulares planificadas.

O nível central supervisionará o nível provincial e uma amostra de municípios e unidades sanitárias. O nível provincial supervisionará o nível municipal e uma amostra de unidades sanitárias e o nível municipal inspecionará todas as unidades sanitárias.

Deverá ser realizado maior número de visitas aos níveis ou unidades sanitárias com baixo desempenho. Os programas de saúde coordenarão as supervisões para aproveitar meios de transporte, poupar recursos e não sobrecarregar os supervisionados.

Serão realizadas supervisões multidisciplinares do nível central à província e da província ao município e supervisões integradas dos municípios às unidades sanitárias.

Durante as supervisões serão utilizadas listas de verificação para sistematizar as observações. As inspeções deverão servir também para distribuir materiais e para atualizar informações ou relatórios.

- **Análise de situação dos serviços de saúde**

Segundo o MINSA, a rede de serviços públicos de Angola está distribuída ao longo do território nacional em especial, nas províncias do litoral. Ela é insuficiente para cobrir as necessidades atuais da população, porque praticamente não foram realizados investimentos de vulto nas infraestruturas físicas nos últimos 30 anos, período durante o qual a população duplicou e principalmente porque grande parte das estruturas existentes foi devastada pela guerra, especialmente no leste e nas áreas rurais do país.

A rede primária inclui os postos de saúde, centros de saúde e hospitais municipais. As denominações de centros de saúde ou hospitais municipais em geral não correspondem à complexidade dos mesmos. Um centro de saúde municipal pode ter mais camas que um hospital municipal, observando-se falta de cumprimento das normas de construção, equipamento e organização existentes (ANGOLA, 2004b)

No final de 2002, 12 % dos hospitais, 11% dos centros de saúde e 85% dos postos de saúde não estavam funcionais devido à destruição ou grave deterioração da infraestrutura física, falta de pessoal e equipamento básico.

Os centros de saúde em funcionamento são escassos, encontram-se concentrados em áreas urbanas. As áreas rurais têm escassos postos de saúde, e os mesmos estão isolados, em geral sem apoio nem supervisão. Com o final da guerra e o retorno de 2 -3 milhões de pessoas as comunidades de origem, o défice de serviços de saúde acentuou-se.

O prolongado conflito bélico que sofreu o país, não permitiu a articulação e desenvolvimento de redes de serviços de saúde que aumentasse a capacidade de resolução dos problemas. Não há articulação, relações de referência nem complementaridade entre os níveis primário, secundário e terciário das unidades sanitárias do sector público.

Os hospitais são os únicos serviços de saúde que recebem fundos do Orçamento Geral do Estado para despesas operacionais, os centros e postos de saúde somente recebem fundos para o pagamento de salários e medicamentos essenciais (ANGOLA, 2004b)

Os principais problemas do sistema de saúde residem na limitada acessibilidade aos cuidados de saúde de qualidade, decorrente de vários fatores que concorrem para o fraco desempenho do sistema de saúde. Dentro dos fatores, é importante salientar os seguintes:

- Reduzida cobertura sanitária,
- Reduzida força de trabalho especializada,
- Débil gestão dos recursos disponibilizados,
- Fraca promoção da saúde num contexto socioeconômico e meio ambiente favoráveis às endemias e epidemias

Quanto a análise dos pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças (SWOT): o diagnóstico da situação da saúde em Angola, pode ser resumido e estruturado de forma a evidenciar as suas forças, fraquezas, oportunidades e ameaças. Os pontos fortes da saúde consistem na gratuidade tendencial dos cuidados, a existência de uma massa critica de recursos humanos; maior investimento na saúde; aumento progressivo do orçamento do setor da saúde; maior disponibilidade de ferramentas e mecanismos de gestão.

Na Política nacional de saúde, o MINSA menciona que os pontos fracos do sistema de saúde são, entre outros, a dificuldade de articulação e coordenação estratégicas das intervenções de saúde e sobre os determinantes de saúde; fraca liderança do sector da saúde; fraca capacidade de planificação a todos os níveis; descentralização sem autonomia financeira para as estruturas locais de saúde; gestão deficiente dos recursos disponibilizados a prioridades da saúde; pouca transparência nos atos de gestão; reduzida cobertura sanitária; desigual distribuição dos recursos humanos; salários poucos atrativos e fraco desempenho do pessoal; sistema de informação, comunicação, supervisão e avaliação incipientes.

O progressivo aumento do orçamento do setor da saúde; a progressiva estruturação da sociedade civil, a existência de programas de combate a pobreza e para os objetivos 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 consistem na manutenção dos atuais níveis de financiamento da saúde, as altas taxas de analfabetismo, as desigualdades do género, as condições de alimentação, de saneamento e de água, bem como a perspectiva de industrialização do país e a consequente introdução de tecnologias sem os mecanismos que acautelem a preservação do meio ambiente (ANGOLA, 2009).

VII. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Combinamos os resultados das diferentes técnicas/abordagens de pesquisa (análise documental, análise de prontuários, observação dos serviços e entrevistas), para buscar responder aos objetivos propostos pelo estudo.

Identificação da situação inicial do período anterior ao projeto da Rede de Atenção Primária da Província de Luanda.

A. Análise documental

O relatório de avaliação dos serviços elaborado pelo projeto em 2003, retrata que a situação dos centros de saúde era praticamente similar entre os 6 centros de saúde. O valor médio da maior parte das variáveis consideradas estava abaixo de 2,5 numa avaliação de (0 a 5). (MSH/ANGOLA, 2003). Para todos os centros de saúde o valor médio foi de 2.1 (ou 42% do nível esperado), indicando um sério mau funcionamento em cada um deles. O relatório indicava que a cobertura da população alvo necessitava de sérias melhorias, apesar de esta apresentar melhor situação que a qualidade dos serviços prestados (valor abaixo de 2). A disponibilidade de pessoal parecia ser adequada (4.5); de fato, alguns centros tinham mais pessoal que o necessário (Relatório Trimestral do Projeto de Reforço, 2003 - Tabela 4).

As atividades móveis e a presença comunitária obtiveram os piores valores (ambas com valores bem abaixo de 1), o que não surpreendeu porque as atividades orientadas para a comunidade (outras que não sejam campanhas de vacinação), raramente foram encontradas em qualquer dos centros de saúde avaliados. Similarmente, não havia indicação em relação a presença de estruturas comunitárias organizadas no trabalho dos centros de saúde.

No geral, a melhoria da qualidade dos serviços era necessária em todo o sistema. A meta do Projeto era de colocar todos os centros a 60% ou acima do nível de desempenho antes do final do mesmo.

Na tabela 4, podem ser observados os resultados da avaliação inicial dos serviços realizada pelo Projeto nas unidades sanitárias selecionadas. Os valores nessa tabela são o produto da combinação de índices de situação em diferentes atividades chaves em cada centro de saúde. Para compilar esses índices, todos os aspetos de serviços considerados foram atribuídos valores (0 a 5), de acordo com a adequação que eles mostraram durante a avaliação.

Tabela 4 - Avaliação da Prestação de Serviços - Resultados de Novembro de 2002 a Janeiro de 2003.

Aspetos dos Serviços	Centros de Saúde						Valor Médio
	Asa Branca	Hoji ya Henda	Cacuaco	Kicolo	Viana Sede	Viana II	
Cobertura dos Serviços	3	3	3	2	3	3	2.8
Qualidade dos Serviços	2	2	2	1	2	2	1.8
Conhecimento Provedores	2	2	3	2	2	2	2.2
Atitudes Provedores	2	2	3	2	2	3	2.3
Organização dos Serviços	2	1	3	2	2	2	2.0
Liderança	2	1	3	2	2	2	2.0
Adequação Pessoal	5	4	5	5	4	4	4.5
Pessoal treinado	3	3	3	2	3	2	2.7
Atividades Móveis	0	1	1	0	0	0	0.3
Adequação da Estrutura	1	2	3	3	2	0	1.8
Manutenção da Estrutura	1	2	3	2	2	4	2.3
Equipamento medico	2	2	2	3	2	3	2.3
Material médico	2	2	2	2	2	2	2.0
Adequação da Logística	2	2	3	3	2	2	2.3
Sistema de Informação	1	1	2	1	1	2	1.3
Supervisão	2	2	2	2	2	1	1.8
Presença Comunitária	0	1	1	0	0	1	0.5
Valor Médio	1.9	1.9	2.6	2.1	1.9	2.1	2.1
% Nível Esperado	30	40	54	42	38	42	42

Fonte: MSH (2003).

Apesar dos resultados da avaliação mostrarem que a adequação de pessoal em todas as unidades sanitárias ser satisfatória, a realidade é bem diferente, uma vez que a maior parte do pessoal técnico que existia, era pessoal com baixas qualificações académicas e técnicas (técnicos/enfermeiros básicos). Existiam poucos técnicos de nível médio e superior (enfermeiros e médicos), no nível da rede de atenção primária e os poucos técnicos do nível superior que estavam alocados no sistema, estavam na sua maioria ausentes das unidades sanitárias, porque prestam serviços em unidades privadas, ou por serem estudantes trabalhadores, daí a prestação e gestão dos serviços estar mais a cargo dos técnicos básicos.

A rede sanitária da zona norte da província de Luanda, era muito reduzida em termos de infraestruturas e a sua maioria estava em estado de degradação por falta de manutenção. O acesso às unidades sanitárias era difícil, devido as más condições das estradas, ao trânsito e distâncias. Os custos dos transportes e para acesso aos serviços (cobranças ilegais), também são fatores que limitavam o acesso aos serviços de saúde.

As atividades comunitárias eram muito incipientes, apesar de algumas experiências de trabalho positivas apresentadas por algumas ONGs, no nível da província de Luanda, que

consistiu na criação de comités de saúde e formação de agentes comunitários de saúde em alguns bairros/municípios, voltados essencialmente à promoção de atividades preventivas e de higiene e saneamento. Não existe uma ponte de ligação entre as unidades sanitárias e a comunidade o que torna difícil a comunicação entre ambos. Atualmente muito está a ser feito para melhorar a ligação entre as unidades sanitárias e a comunidade, através da realização de atividades móveis integradas na comunidade, formação e expansão do programa de agentes comunitários de saúde, visitas, feiras de saúde, palestras na comunidade e envolvimento dos agentes comunitários nas atividades das unidades de saúde. Luanda hoje tem um projeto piloto de agentes comunitários com cerca de 3000 agentes, possui 6 clínicas móveis que realizam atividades móveis mensais. Com o apoio do Unicef, através do Programa de Revitalização dos Serviços, eram realizadas atividades móveis, para aumentar a cobertura, o acesso e cobertura dos serviços de saúde materno – infantil.

A supervisão interna as unidades sanitárias é praticamente inexistente e a supervisão provincial é irregular por falta de transporte e pessoal qualificado.

Apesar de se organizarem cursos de capacitação contínua para os profissionais, a sustentabilidade das ações ainda é muito baixa devido aos problemas de formação académica, deficiente supervisão e atitudes dos profissionais relacionadas a falta de motivação, condições de trabalho afetando a qualidade na prestação de serviços.

No Estudo de Base sobre o Estado de Saúde Materna e Infantil nos Municípios de Cacuaco, Cazenga e Viana, realizado em Dezembro 2002, pelo projeto foram achados os seguintes resultados:

Tabela 5 - Indicadores de Saúde Seleccionados do Estudo de Linha de Base, Luanda, Dezembro de 2002 (n=2219 mulheres).

Indicador	Cazenga	Cacuaco	Viana	Média dos 3 municípios
Taxa fertilidade	--	--	--	6.9*
Número Ideal de filhos	4.7	5.1	4.9	4.9
% mulheres grávidas que receberam cuidados pré-natal	79.3	86.9	87.5	84.4
% mulheres grávidas que receberam cuidados pré-natal de acordo as normas (em número visitas)	42.4	58.8	56.1	54.4
% de mulheres grávidas receberam cuidados pré-natal de acordo as normas pela data 1ª visita (1º trimestre)	60.9	54.1	61.9	59.0
% mulheres grávidas tratadas por malária em tempo correto	42.5	53.5	52.4	49.4
% partos assistidos por pessoal treinado	70.9	56.1	58.3	61.8

% mulheres que receberam cuidados pós-parto completos	33.3	33.4	35.0	33.9
% mulheres 15-49 usam um método de contracepção	30.5	21.4	20.6	24.8
% mulheres 15-49 que usam método moderno de contracepção	16.1	11.5	11.4	13.3
% Crianças < 5 anos idade com malária tratadas corretamente em tempo certo	44.7	53.0	51.9	50.0
% Crianças < 5 anos de idade com IRA tratadas apropriadamente	25.9	29.6	15.7	22.8
% Crianças < 5 anos de idade com diarreia tratadas apropriadamente	27.4	35.0	33.1	31.5
% Crianças aleitamento exclusiva nos 1º 6 meses	17.6	20.5	22.9	20.4
% Crianças 12-23 meses completamente imunizadas	38.9	36.3	40.2	38.5
% Crianças < 5 anos completamente imunizadas	36.1	29.0	32.1	32.3
% Crianças com malnutrição severa (Peso/altura)	1.2	2.1	.6	1.3
% Crianças com malnutrição moderada (Peso/altura)	3.3	4.2	3.5	3.7
% Crianças com malnutrição severa (Peso/Idade)	3.8	3.6	2.9	3.4
% Crianças com malnutrição moderada (Peso/Idade)	13.1	14.0	12.2	13.1

Fonte: MSH (2003)

*Taxa de fertilidade nacional

Apesar dos indicadores de saúde materna mostrarem uma boa cobertura para atenção pré-natal, o que se observa é que existe um bom acesso aos serviços de CPN, mas na prática denota-se uma baixa qualidade nas consultas, pois apesar do programa de saúde materna ter normas e políticas bem definidas, a sua operacionalização ainda é muito débil no que concerne a disponibilidade de materiais, equipamentos, medicamentos, tempo de interação entre profissional e usuária. Em adição, a comunicação interpessoal é deficiente, a detecção do risco ainda não é atempada, o que compromete a qualidade dos serviços (MSH, 2003).

Podemos observar, que a taxa de fertilidade nacional é muito elevada, e contrasta com o número ideal de filhos desejado por mulher (4.9). Os serviços de planeamento familiar, que estão descritos na política nacional como parte do pacote básico de serviços, ainda não oferecem uma gama diversificada de métodos, a divulgação de informação, comunicação e educação sobre planeamento familiar ainda é muito escassa, para além de existirem muitos tabus no seio das comunidades em relação ao planeamento familiar e muitas barreiras para o uso de métodos contraceptivos modernos quer por parte da família/ sociedade como por parte dos profissionais de saúde (Pathfinder International, 2008)

A morbimortalidade materna está relacionada principalmente à baixa cobertura de controlo do pré-natal e de sua qualidade (com destaque para as deficiências na detecção e manejo das gestações de risco), à qualidade dos partos assistidos, às complicações da gravidez (partos obstruídos, hemorragias e doença hipertensiva - DHG), ao elevado número de abortos e de infecções de transmissão sexual, incluindo o VIH/SIDA (VEMBA, 2002; ANGOLA, 2004b; 2007b).

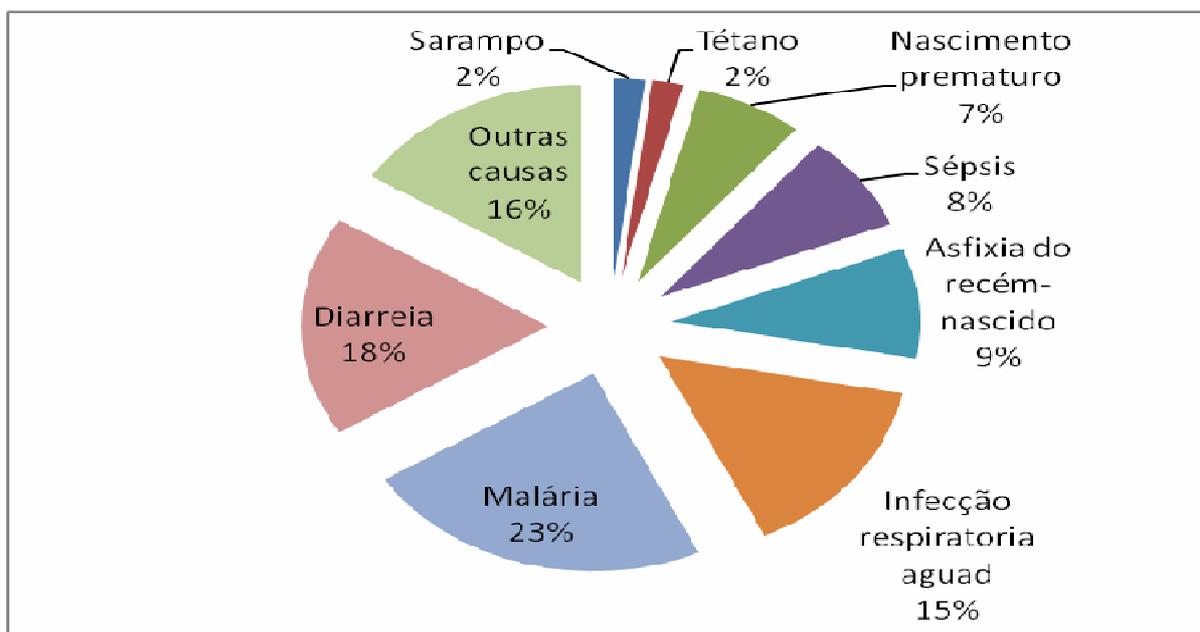
Com a introdução no país da estratégia de atenção integrada as doenças de infância (AIDI), a formação dos profissionais médicos e enfermeiros da rede primária, constituiu uma prioridade para a DPSL. Contudo, a aplicação da estratégia apesar de estar disseminada, ainda é muito deficiente, pois muitos dos profissionais ainda resistem a mudança de práticas e a falta de materiais para operacionalidade da estratégia (fichas AIDI, algoritmos) tornam difícil a sua aplicação, associada a falta de supervisão contínua dos serviços.

Apesar de existir no país uma política nacional para o diagnóstico e tratamento da malária ainda se observam muitas lacunas na sua aplicabilidade, relacionadas a capacitação dos profissionais, cumprimento de normas, e ao diagnóstico e tratamento que ainda não é praticado por muitos profissionais de saúde (ANGOLA 2004b; 2007b).

As coberturas da vacinação de rotina, ainda estão muito aquém das esperadas, uma vez que existe uma alta taxa de abandono nas vacinas de doses múltiplas, fraco conhecimento das mães sobre a importância do cumprimento do calendário vacinal, associado ao baixo nível de escolaridade e a problemas socioeconômicos e culturais tem afetado as ações do programa de vacinação. Contudo, registra-se uma melhoria significativa, no concernente a disponibilidade e expansão da cadeia de frio, disponibilidade de antígenos e de material de vacinação. (ANGOLA 2004b; 2007b)

O Plano Nacional Estratégico para Redução Acelerada da mortalidade materno-infantil, aponta como causas de mortalidade em crianças menores de 5 anos as apresentadas no gráfico a seguir (ANGOLA 2004b).

Gráfico 1 - Causas de mortalidade em crianças < de 5 anos, Luanda de 2001-2003



Fonte: Angola. Ministério da Saúde. Gabinete de Estudos, Planejamento e Estatística, 2003.

A morbimortalidade na infância está associada à baixa cobertura vacinal na idade apropriada, à pouca utilização pela população de mosquiteiros impregnados, à desnutrição crónica e ao manejo inadequado da desnutrição, tanto por parte das mães como dos prestadores de serviços de saúde. O uso não frequente da terapia de reidratação oral (TRO) e o conhecimento limitado das mães sobre os sinais das Doenças Respiratórias Agudas (DRA), são também destacados como fatores responsáveis por agravos evitáveis. (MSH, 2002)

Vemba, aponta ainda *o déficit* de condições técnicas e higiênicas nas unidades, *déficit* de pessoal qualificado, além de falta de liderança e gestão inadequada dos serviços, entre outros (VEMBA, 2002).

B. Análise de Entrevistas

Para obter informação sobre a situação inicial dos serviços, foram realizadas entrevistas a profissionais de saúde, na categoria de enfermeiros que estão vinculados ao sistema nacional de saúde e laboraram nas unidades alvo do projeto e gestores de saúde do nível nacional, provincial e municipal com o fito de obter a sua opinião acerca dos serviços e do Projeto Reforço. Os indicadores do Relatório sobre o Projeto não foram citados pelos entrevistados.

Dos 40 profissionais entrevistados, 23 (58%), são técnicos de saúde (enfermeiros) e 17 (42%), são técnicos com cargo de chefia de serviços. Destes 36 (92%), estão no SNS entre 7 a mais de 10 anos e 4 (8%) a menos de 5 anos.

Para 26 (67%) dos profissionais, antes do projeto, os serviços funcionavam de forma regular; 11 (28%) caracterizaram o funcionamento como mau e 2 (5%) profissionais disseram que o funcionamento era bom. Um entrevistado preferiu não opinar sobre o funcionamento dos serviços. Foram apontados como elementos para caracterizar o funcionamento das unidades sanitárias em regular e mau os seguintes: (1) não cumprimento das normas 7 (20%); (2) falta de energia elétrica/ água corrente, e a má gestão com 5 (14,3%) cada; (4) falta de privacidade nos consultórios 4 (11,4%), a falta de organização e o mau atendimento por 3 (8,6%) cada e a falta de formação contínua, falta de equipamentos e a falta de motivação dos profissionais referida por 2 (5,7%) respetivamente.

Com base na informação documental do projeto, MINSA e nas entrevistas, pode-se concluir que o funcionamento dos serviços da rede primária antes do início do projeto, não era regular e que a prestação de serviços era deficiente devido aos fatores acima descritos, que demonstram uma baixa qualidade na prestação de serviços, que se reflete nos baixos indicadores de saúde materno-infantil.

Para Hartz e Silva (2005), na delimitação do objeto a ser avaliado é necessário definir níveis da realidade que se quer estudar. O campo da saúde é formado por instituições que desenvolvem ações de promoção, prevenção e cura voltadas para a população e que podem ser abordadas a partir dos seguintes níveis: ações, serviços, estabelecimentos e sistemas. Em cada um desses níveis existe diversas possibilidades de intervenção, cujos atributos têm sido considerados como relevantes para a avaliação.

Se tivermos em conta que a OMS propôs como um dos princípios na Carta de Liubliana que os Cuidados Primários de Saúde deveriam estar direcionados para a atenção primária e constituir a porta de entrada do serviço, uma vez que esta deve ser mais acessível à população em todos os sentidos, permitir a manutenção do vínculo para garantir a continuidade do cuidado, ser corresponsável por todos os problemas de saúde e abrangente para permitir a integralidade e ter a capacidade de organizar e/ou coordenar esses cuidados (STARFIELD, 2002). Observamos que a rede de atenção da zona norte de Luanda, não contempla a maioria destas recomendações.

Para Donabedian (1980), a qualidade de atenção primária é o conjunto de propriedades e características de um produto ou serviço que lhe confere as atitudes para satisfazer as necessidades manifestas ou implícitas. No concernente a avaliação, Donabedian centra-se na abordagem de estrutura, processo e resultados, que está voltada fundamentalmente para a qualidade da assistência médica. O autor refere que os resultados dessas intervenções na saúde das pessoas são apresentados pelas respostas ou mudanças verificadas nos pacientes. Se tivermos em conta os resultados da avaliação dos serviços e da linha de base realizado pelo projeto, podemos, concluir que a qualidade da assistência na zona norte de Luanda estava seriamente afetada pelas lacunas existentes na tríada proposta por Donabedian (1980).

ELEMENTOS FACILITADORES E DIFICULTADORES DA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO

Neste período o estudo focaliza a análise de informação documental do projeto que retrata elementos reportados como resultados das ações implementadas pelo mesmo, bem como a informação cedida pelos profissionais e gestores de saúde que permitem fazer uma análise, com o intuito de responder aos objetivos do estudo. Foram feitas perguntas semiestruturadas tendo em conta as ações do projeto, considerando os indicadores do estudo.

Elementos que facilitaram a implantação do projeto

A. Análise documental

No relatório anual de 2003, estão descritas com clareza as metas do projeto que eram as seguintes:

- Melhorar a saúde materna e reforçar ligação com saúde infantil;
- Introduzir o programa Roll Back Malária;
- Desenvolver material de informação, Educação e Comunicação (IEC) e de comunicação interpessoal (CIP) para prestadores de serviços;
- Ajustar as estratégias de mobilização comunitária em Luanda e relançar as atividades comunitárias;
- Reforçar a capacidade de atividades móveis nas unidades sanitárias com o objetivo de alcançar as famílias como pontos de entrada para a participação comunitária;
- Atualizar as Normas e Padrões, Pacote Básico de Serviços e reforçar a Política Nacional de Saúde Materno Infantil (SMI);

- Reforçar o sistema de SMI, particularmente as áreas de:
- Supervisão, Formação, Gestão Básica e organização dos pontos de serviços, Sistema de Informação em saúde (SIS) e, Referência.

O foco estratégico do projeto estava centrado nas seguintes áreas:

- a. **Qualidade dos serviços**, para ser alcançada através da organização dos serviços, desenvolvimento de sistemas, formação e atividades móveis combinadas com mobilização comunitária.
 - Um dos pontos fortes desta metodologia é a tomada de decisões, a planificação, a execução e a monitorização das ações que são feitas de forma participativa e eficiente;
 - A mesma está baseada na metodologia de “Aprender, Fazendo”;
 - Os serviços vão procurar resolver os seus próprios problemas, que estão ao seu alcance;
 - O desenho é feito na base de um sistema mais estruturado e que requerer menos seguimento dos supervisores devido ao reduzido número de recursos.
- b. **Reforço sistemas** e apoio ao desenvolvimento de capacidades e;
- c. Apoio aos serviços de reabilitação de infraestruturas.

O referido relatório faz ainda menção da constituição de sua equipa técnica, que era constituída por profissionais com longa experiência na área de Mobilização Comunitária, Saúde Reprodutiva, Saúde Infantil, Informação Educação e Comunicação para a Mudança de Comportamento, Sistemas de Saúde, a disponibilidade de recursos financeiros, transporte, boas relações e parceria com o MINS/DNSP e DPSL, USAID, Departamento de Defesa da Embaixada Americana em Angola, Companhia Petrolífera (ESSO/Angola), OMS, FUNUAP, UNICEF e Organizações/Associações de Base Comunitária.

Apesar da disponibilidade de recursos que tinha o projeto, estes não eram suficientes para responder às demandas do projeto, no concernente a reabilitação de infraestruturas, materiais e equipamentos, pelo que este teve que fazer parcerias com outras instituições para obter recursos e materiais adicionais para o projeto.

B. Análise de Entrevistas

Para buscar melhor entendimento sobre o objetivo em estudo, procurou-se buscar informação dos profissionais sobre o que eles entenderam como melhoria de qualidade, bem

como a identificação pelos mesmos das principais ações implementadas pelo projeto no âmbito da melhoria de qualidade, para melhor se perceber as mudanças dos demais objetivos dada à interligação entre eles. Foi feita uma pergunta direcionada com base nas ações do projeto.

No gráfico (2), pode-se observar os resultados dos dados obtidos das entrevistas de todos os profissionais para levantar noções de conceito de melhoria de qualidade com base nas ações levadas a cabo pelo projeto. Para 36 (90%) dos profissionais as principais ações de melhoria de qualidade foi a organização dos serviços; 35 (87,5%) apontou a disponibilidade de normas e execução de procedimentos clínicos e de enfermagem; a formação dos técnicos foi mencionada por 34 (85%) profissionais; a 32 (80%) disponibilidade de materiais e equipamentos por 32 (80%); a disponibilidade de recursos financeiros e de ambulância foi referido por 30 (75%) e a existência de médico por 29 (72,5%) profissionais.

Gráfico 2 -Melhoria da Qualidade - Resultado de Entrevistas aos Profissionais



Foram também apontadas como outras ações de melhoria de qualidade: a responsabilização dos profissionais e gestores por 6 (30%) dos entrevistados; a execução das ações e integração dos serviços por 3 (15%) e a disponibilidade de instrumentos, recursos e condições de trabalho por 2 (10%) profissionais.

Segundo Uchimura e Bosi (2002), o conceito de qualidade é relativo e complexo suscitando interpretações pouco precisas. A compreensão do seu significado varia de acordo

com o contexto histórico, político, económico e cultural de cada sociedade, além dos conhecimentos científicos acumulados. A qualidade em saúde deve ser analisada considerando-se as complexidades do sistema de saúde e da sociedade que estão em constante evolução. Os diferentes pontos de vista dos envolvidos no cuidado à saúde como usuários, profissionais, gestores, prestadores de serviço, entre outros, influênciam no atendimento do que é qualidade em saúde não deve deixar de ser considerado. Desse modo, o entendimento do que é qualidade vai variar de acordo com o foco de interesse do serviço ou programa, se o mesmo está voltado para os resultados, a produção ou consumidores.

Assim, podemos observar que com base na bibliografia e nos resultados das entrevistas o conceito de melhoria dado pelos profissionais de saúde com base nas ações do projeto está ligado aos conhecimentos científicos, associada às complexidades do sistema de saúde e da sociedade e estava focado nos objetivos do projeto.

Questionados sobre quais foram as principais atividades implementadas pelo projeto no âmbito da melhoria de qualidade dos serviços 39 (97,5%) dos profissionais mencionaram a supervisão técnica integrada; 38 (95%) a atribuição de tarefas, disponibilidade de normas e a planificação; 37 (93%) apontou a formação dos profissionais, reuniões de balanço e a avaliação dos serviços; a medição do tempo de permanência dos usuários nas unidades sanitárias por 35 (87,5%) profissionais; 34 (85%) mencionaram a disponibilidade de material de IEC, para 33 (83%) a responsabilização dos profissionais e a produção de serviços respetivamente. A satisfação do usuário foi apontada por 32 (80%) profissionais.

Demo (1999; 2000), explica a qualidade a partir das dimensões objetiva e subjetiva e afirma que os termos quantidade e qualidade não são dicotómicos, mas complementares. A dimensão objetiva corresponde à qualidade formal relacionada com instrumentos, formas, técnicas e métodos. A mesma pode ser mensurável e generalizável. Já a dimensão subjetiva corresponde à qualidade política relacionada com finalidades, valores e conteúdos, podemos concluir que os profissionais apresentaram uma dimensão objetiva de melhoria de qualidade com base nas ações implementadas pelo projeto.

Tabela 6 - Atividades Implementadas pelo Projeto de Reforço da Melhoria da Qualidade - Resultado das Entrevistas aos Profissionais.

Atividades	Nº respostas	%
Supervisão técnica integrada	39	98
Atribuição de tarefas a profissionais e gestores	38	95
Disponibilidade de normas	38	95
Planificação das atividades	38	95
Formação de profissionais	37	93
Reuniões de balanço das atividades	37	93
Avaliação serviços	37	93
Tempo de permanência do usuário na Unidade Sanitária	35	88
Material de IEC	34	85
Responsabilização dos profissionais e gestores	33	83
Produção de serviços	33	83
Satisfação de usuário	32	80

Starfield (2002) considera que a qualidade da atenção pode ser vista tanto da perspectiva clínica, quanto populacional e refere à necessidade de abordagens distintas uma vez que a preocupação da medida da qualidade difere de acordo com a perspectiva adotada.

Joint Commission apud Vemba (2002), refere que os métodos que impulsionam a qualidade, devem ser tão rotineiros para os médicos tal como fazer uma história clínica, examinar um doente, interpretar uma prova complementar, preparar uma sessão clínica, etc. Com esta visão o controlo de qualidade não é mais que um instrumento para ajudar a fazer bem as coisas corretas.

Podemos observar que a perspectiva adotada pelo projeto no concernente as ações de melhoria de qualidade coincidem com as ideias dos autores acima descritos, uma vez que o projeto usou distintas abordagens para transferir aos profissionais a noção de qualidade através do desenho de um instrumento de melhoria de qualidade, para cada área de serviço que continha os critérios/elementos essenciais dos programas com base na política nacional, que abrangia aspectos relacionados com a saúde materno-infantil e da qualidade do desempenho dos profissionais de saúde, para ajudar a fazer bem as coisas e de forma correta.

O referido instrumento foi e ainda é utilizado para a avaliação (interna e externa) da prestação dos serviços, como instrumento de supervisão (interna e externa) e instrumento para auto-avaliação individual do profissional ou de equipa de trabalho. O modelo de melhoria de qualidade utilizado pelo projeto utiliza princípios e pressupostos da administração de qualidade, desenvolvidos a partir dos anos de 1950 e aperfeiçoados nos anos de 1990. Os conceitos que orientam o modelo são encontrados nas abordagens de “Melhoria Contínua da Qualidade”, “Organizações que Aprendem”, e “Melhoria do Desempenho” (PROQUALI, 1999). O modelo baseia-se, sobretudo na concepção contemporânea de gestão dos serviços, onde o planeamento estratégico passa a orientar a gestão das organizações prestadoras de serviços e a avaliação passa a ser sistémica (MSH, 2005).

Todos os profissionais e gestores de saúde que foram entrevistados 60 (100%), afirmaram conhecer o Projeto de Reforço, tendo 38 (97,4%) dos profissionais mencionado ter tido conhecimento do projeto no período entre 2002-2003 e 1 (2,6%) profissional em 2004.

Destes, 33 (82,5%) tomaram conhecimento sobre o projeto no local de serviço. Todos os profissionais de saúde, 40 (100%), mencionaram que as suas unidades estavam inseridas no processo de melhoria de qualidade, tendo 28 (97,4%), mencionado o período entre 2002 e 2003 e 1 (2,6%) referido desde 2004.

Na tabela (7), estão descritos os elementos que facilitaram a implementação das atividades do projeto, segundo opinião dos profissionais de saúde.

Tabela 7 - Elementos que facilitaram a implementação do Projeto - Resultado das Entrevistas aos Profissionais

Elementos Facilitadores	Nº Respostas	%
Supervisão técnica integrada	7	18,4
Equipa técnica externa	6	15,8
Conhecimento das ações pela equipa	6	15,8
Formação de profissionais	5	13,2
Planificação das atividades	4	10,5
Apropriação do projeto pela DPSL	2	5,3
Disponibilidade de recursos materiais	2	5,3
Parceria	2	5,3
Disponibilidade de recursos financeiros	1	2,6
Comitê de melhoria qualidade	1	2,6
Liderança	1	2,6
Reuniões de balanço	1	2,6
Não responderam	2	5,3

Dos 40 profissionais entrevistados, 7 (18,4%) apontaram a supervisão técnica e integrada como um dos elementos que facilitou a implementação das atividades do projeto, uma vez que a equipa do projeto tinha uma presença regular nas unidades sanitárias, monitorava o grau de implementação dos planos de ação, fazia a formação em serviço, reunia com o comité de qualidade e juntos analisavam e discutiam os problemas identificados e provia a retro informação. Para 6 (15,8%) profissionais a existência de uma equipa técnica externa e o conhecimento das ações do projeto pela equipa (objetivos, metas, ações e estratégias/abordagens); 5 (13,2%) apontou a formação dos profissionais e que através desta atividade foi possível melhorar os conhecimentos dos profissionais que há muito tempo não beneficiavam de cursos de atualização em normas, políticas de diagnóstico e tratamento e sobre novas tecnologias/abordagens e 4 (10,5%) dos entrevistados mencionou a planificação das atividades que permitiu identificar, solucionar e tomar de decisões.

Matus (1987) e Artmann (2000) destacam que embora se possa partir de um campo ou setor específico, os problemas são sempre abordados em múltiplas dimensões: política, económica, social, cultural etc., e em sua multisetorialidade, pois suas causas não se limitam ao interior de um setor ou área, específicas e sua solução dependente, muitas vezes de recursos extra setoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação. Para falar do envolvimento e adesão dos atores, se tivermos em conta os diferentes atores que ela envolve, isto leva-nos a concluir que é importante considerar os atores que uma intervenção envolve. Neste caso, podemos observar que os atores externos (Projeto) tiveram grande influência na facilitação das intervenções do projeto nas unidades sanitárias, uma vez que as ações eram coordenadas e realizadas pela equipa externa que tinha conhecimentos sobre as componentes do projeto e profissionais das unidades sanitárias.

Se considerarmos o fato mencionado pelos profissionais relacionado com a apropriação das ações do projeto, apesar deste elemento ter sido mencionado por um número reduzido de participantes, notamos que pelo fato do projeto envolver todos os profissionais da unidade sanitária transmitiu -lhes o sentido de pertença e direito de opinar, que na altura não era típico dado o contexto histórico, político e cultural que se vivia no país. Contudo, o mesmo não aconteceu com os gestores e líderes locais (município), pois estes não se envolveram muito nas ações do projeto, porque as ações eram no nível da unidade sanitária, e os gestores municipais de saúde estão adstritos a repartição municipal de saúde que apesar de

ser o órgão máximo local do setor saúde, existe uma fragilidade na conexão entre esta e as unidades sanitárias. Os profissionais e gestores nesse nível tiveram um fraco envolvimento e participação nas ações do projeto, por diversas razões, levando a não adesão de muitos o que originou a não apropriação das ações, causando a fraca sustentabilidade das ações a nível municipal.

Dos 20 gestores, 4 (20%) apontaram como pontos fortes do Projeto-Reforço a parceria; 3 (15%) mencionou a tomada de decisões, reforço na organização dos serviços; 2 (10%) a monitoria das ações, disponibilidade material de apoio e liderança. A disponibilidade de recursos financeiros, motivação, comprometimento dos profissionais e gestores foram mencionados cada uma delas por 1 (5 %) gestor respectivamente.

Deve-se salientar que em ambos os grupos, a parceria constituiu um elemento facilitador e um ponto forte do projeto, tendo colocado para último plano os recursos financeiros e a liderança.

Pode haver um estranhamento no concernente a pouca valorização pelos profissionais na disponibilidade dos recursos financeiros, mas de acordo a política nacional de saúde, o estado é o principal responsável em prover todos elementos necessários para o funcionamento da rede sanitária como medicamentos, equipamentos, materiais, etc., daí a fraca subestimação desse elemento.

A justificação acerca dos pontos fortes do projeto está baseada na atribuição de tarefas referida por (30%) dos gestores; no melhoramento das infraestruturas apontada por (20%); na aplicação de normas, na existência de uma equipa técnica mencionada por (15%) cada uma delas; na monitoria da qualidade das ações/ serviços, a capacidade institucional deixada pelo projeto e o envolvimento de todos os profissionais e gestores de saúde foi referida por (10%) dos entrevistados respectivamente.

Nota-se que os dois grupos apontam a existência de uma equipa técnica como elemento facilitador e ponto forte do projeto, o que pensamos estar associado ao fato desta poder ajudar a fazer negociações, apoiar na tomada de decisões, e na resolução de conflitos internos segundo menção de um dos entrevistados.

Elementos que dificultaram a implementação do projeto.

A. Análise documental

Nos relatórios do projeto, buscou-se também identificar os possíveis constrangimentos por este enfrentados, e nas entrevistas foi feita uma pergunta dirigida as ações do projeto para responder ao objetivo proposto.

Assim no relatório do projeto, são mencionados como constrangimentos enfrentados pelo projeto os seguintes:

- Falta de consenso sobre a estratégia a seguir;
- Redução dos recursos financeiros;
- Expansão das atividades do projeto para 2 províncias (USAID);
- Deficiente organização comunitária (Luanda);
- Baixo nível de escolaridade dos técnicos de saúde

O trabalho com organizações comunitárias em Angola, tem sido feito na sua maioria por ONGs internacionais. Este tipo de trabalho ainda não está muito disseminado, sendo mais conhecido a nível das províncias do interior de Angola, que na cidade capital. Contudo tem-se verificado a criação e desenvolvimento de muitas organizações comunitárias que procuram desenvolver atividades nas comunidades, observando-se já o surgimento de muitas com capacidade e sustentabilidade própria.

O baixo nível de escolaridade dos profissionais de saúde, constitui um grande problema para o funcionamento das unidades sanitárias. Sobre os recursos humanos, na PNS, 2009, descreve que o sistema de saúde em Angola sofre de uma gritante insuficiência quantitativa e qualitativa de recursos humanos, o que condiciona o alcance dos objetivos da Política Nacional de Saúde (PNS) e, conseqüentemente a consecução dos Objetivos do Milênio. A formação permanente dos recursos humanos em saúde deve continuar como ferramenta principal para 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 melhor desempenho da sua função e, por outro, suscitar as vocações necessárias para motivar o ingresso massivo para as instituições de formação em saúde.

B. Análise Entrevistas

Tabela 8 - Elementos que dificultaram a implementação do Projeto de Reforço - Resultado das Entrevistas aos Profissionais

Elementos dificultadores	Nº de Respostas	%
Resistência a mudança	8	21,8
Falta de medicamentos e equipamentos	7	18,4
Tempo curto projeto	6	15,8
Fraco envolvimento chefes	4	10,5
Fraca liderança	4	10,5
Não apropriação das ações	3	7,9
Sabotagem	3	7,9
Falta de confiança dos técnicos	2	5,3
Não cumprimento das normas e procedimentos	1	2,6
Não responderam	2	5,3

De um total de 40 profissionais de saúde, 8 (21,1%) apontou a resistência a mudança por parte dos técnicos de saúde foi um elemento dificultador; 7 (18,4%) mencionaram a falta de medicamentos e equipamentos; 6 (15,8%) referiu a curta duração do projeto; o fraco envolvimento dos chefes e a fraca liderança dos líderes no nível local foi apontada por 4 (10,5%) profissionais; 3 (7,9%) mencionaram a não apropriação do projeto; as ações de sabotagem por parte de alguns profissionais foi apontada por 3 (7,9%) profissionais, tendo em menor escala sido mencionado a falta de confiança/credibilidade nas ações do projeto por 2 (5,3%) entrevistados e o não cumprimento das normas por 1 (2,6%) respectivamente.

Gonçalves e Domingues (2001) defendem que para um programa ou serviço ser de qualidade eles devem ser usuários-centrados. Contudo estes ponderam que a importância de considerar satisfação dos profissionais uma vez que a motivação para o desempenho das tarefas e a satisfação com o trabalho têm se mostrado aspetos difíceis de gerenciar e influenciam fortemente no resultado final das ações de saúde. Feliciano, et al (2008), destacam que o primeiro usuário de todo o programa é o profissional envolvido com o seu desenvolvimento, daí a relevância da sua adesão para o êxito da intervenção.

A introdução de uma nova intervenção para a melhoria da prestação dos serviços, constitui sempre um novo desafio para todos aqueles que nele estão envolvidos. Se tivermos em conta que o objetivo do projeto era criar mudanças e na altura muitos dos profissionais, dado seus baixos salários e condições sociais e o mau funcionamento dos serviços, faziam cobranças ilegais aos usuários. Com base na escassez de recursos para o normal

funcionamento das Unidades Sanitárias, o Governo de Angola aprovou o Decreto nº 36/02 de 19 de Julho, em que os usuários dos serviços de saúde incluindo os da rede de atenção primária, deveriam pagar um preço único simbólico pelos serviços. Para o efeito, foi orientada às unidades de atenção primária a criação de um guichê de pagamento dos serviços, que deveria ser gerido pela direção da unidade sanitária. Contudo, esta decisão, acabou por abrir portas a um outro problema ligado aos profissionais às cobranças ilegais, em que os usuários para receberem serviços/atendimento eram obrigados a pagar certo valor monetário (que acabou por afetar o acesso aos serviços por parte da maioria dos usuários), que era para benefício do profissional.

O projeto buscou abordar esse problema, através da introdução da caixa de reclamações para o usuário, um guichê único para pagamento dos serviços, recibo de pagamentos e uma comissão de gestão para prestação de contas. Como esta prática estava muito disseminada no seio dos profissionais e gestores de saúde e com a introdução das atividades do projeto, este passou a ser muito contestado por muitos profissionais, levando a que muitos não aderissem as atividades, procurando levantar barreiras para o não sucesso do mesmo, uma vez que o projeto tinha como foco central o usuário e não o profissional de saúde, daí a não adesão de muitas as ações do projeto o que vai de acordo o referido por Feliciano et al, (2008). Importa realçar que atualmente o MINSA, proíbe as cobranças, contudo é necessário que se encontrem estratégias para estancar e mudar a situação que já se transformou num ato vicioso para muitos profissionais de saúde.

Dos gestores entrevistados 5 (25%), apresentou como pontos fracos do projeto a fraca mobilização e participação comunitária; para 4 (20%) o tempo de duração do projeto, a falta de recursos e a dependência de doadores internacionais e por último a limitação das intervenções do projeto, fraca sustentabilidade e o fato do projeto ter sido gerido por uma ONG foi referido por 1 (5%) gestor. Estes mencionaram como elementos para justificar os pontos fracos do projeto, os seguintes: objetivos do governo 6 (31,6%); a impossibilidade de executar outras ações para além-descritas no projeto 4 (21,5%); os objetivos internacionais apontado por 3 (15,8%); e o não alcance dos objetivos do projeto, fraca sustentabilidade e falta de promoção de ações de base comunitária pelo projeto por 2 (10,5%) gestores.

Buscamos também identificar as mudanças causadas pela ações do projeto, através da análise de documentos do projeto e através de uma pergunta feita aos profissionais de saúde direcionada as ações realizadas pelo projeto para responder ao objetivo a seguir.

Mudanças registradas na qualidade dos serviços na rede de Atenção Primária de Luanda, resultantes da implementação do projeto.

A. Análise documental

O projeto reporta com relação aos serviços de saúde materna, no período de (Outubro 2002 a Setembro de 2005), um aumento de 39% no volume dos serviços, incluindo os de saúde reprodutiva, ao passo que os serviços de saúde infantil, no mesmo período de tempo tiveram um aumento geral no volume de serviços calculado em cerca de 36%.

Tabela 9 - % de Mudanças nos Serviços de Saúde Materna e Infantil de Janeiro de 2003 a Janeiro de 2004

Serviços de saúde materna e reprodutiva	% Aumento
Cuidados Pré-natal	29
Partos	53
Pós-Parto	31
Planejamento Familiar, Novos Usuários	33
Planejamento Familiar, Retornos	15
Infecções de Transmissão Sexual	66
Total de Serviços	39
Serviços de saúde infantil	% Aumento
Infecções Respiratórias Agudas	17
Diarreia	43
Malária	67
BCG	8
Poliomielite	16
DTP	33
Sarampo	148
Controle de crescimento	51
Total serviços	36

Fonte: MSH/ANGOLA (2005).

Os relatórios do projeto, reportam também como mudanças alcançadas durante o período de implementação do projeto, as seguintes:

- Melhoria significativa da qualidade dos serviços de saúde materno-infantil;

- Cursos de atualização dos profissionais de saúde para assegurar as boas práticas de saúde materno-infantil;
- Capacitação em serviço e supervisão dos profissionais;
- Promoção da integração do manuseamento das doenças da criança e promoção da imunização de rotina;
- Melhoria da atenção pré-natal, tratamento preventivo malária na gravidez;
- Introdução de práticas de maternidade segura no atendimento ao parto;
- Desenvolvimento de um modelo para prestação de serviços de planeamento familiar e saúde reprodutiva;
- Colocação de mobiliário, material e equipamento nas unidades sanitárias.

Tabela 10 - Ganhos na melhoria da qualidade por área de serviço de 2003 a 2005

Serviços	Outubro de 2002	Janeiro de 2004	Agosto de 2004	Mudança
Organização Ser	6%	13%	27%	108%
CPN	12%	25%	36%	44%
Parto	10%	19%	47%	147%
PF/ITS/PP	5%	9%	59%	566%
Controlo de crescimento	15%	24%	50%	105%
Prevenção de Infecções	11%	28%	57%	104%
Ambiente	14%	22%	38%	73%
Vacinação	16%	27%	58%	115%
Nível total qualidade	12%	21%	42%	100%

Fonte: MSH/ANGOLA (2005)

Foram ainda reportados como resultados positivos os seguintes:

- Melhoria da qualidade geral dos serviços;
- Melhoria da qualidade nos seis centros de saúde;
- Introdução em todos os centros da abordagem de melhoria da qualidade e da ferramenta de avaliação contínua;
- Estabelecimento dos comitês de melhoria, criação de liderança e apropriação;
- Aumento da capacidade e conhecimentos em saúde infantil;

- Melhoria no diagnóstico e tratamento das causas de febre, com especial atenção à malária e infecções respiratórias;
- Introdução do diagnóstico e tratamento integrado das causas de diarreia e manuseamento dos casos de malnutrição;
- Estabelecimento de planos específicos para reduzir as oportunidades perdidas em vacinação;
- Introdução de técnicas de comunicação interpessoal;
- Melhoria na organização dos serviços de pediatria;
- Melhoria da privacidade nos serviços de saúde materna e saúde reprodutiva;
- Integração dos serviços de saúde materna e saúde reprodutiva;
- Melhoria na integração dos serviços de saúde infantil;
- Sinalização clara dos serviços;
- Uso de redes mosquiteiras tratadas nas salas de parto;
- Administração da primeira dose de medicamentos e distribuição de medicamentos nas salas de consulta de pediatria;
- Melhoria significativa na comunicação interpessoal;
- Uso de algoritmos AIDI.
- Melhorias nas práticas de prevenção de infecções:
- Lavagem das mãos antes e depois de cada procedimento;
- Uso de toalhas individuais;
- Separação de lixos contaminados em sacos plásticos;
- Use de resguardos plásticos nas camas das salas de parto;
- Descontaminação de todo o material infectado;
- Uso de luvas de serviço, para pessoal de limpeza;
- Higiene e organização das salas de parto e US.

Nos serviços de saúde materna e reprodutiva, o projeto realça a melhoria dos cuidados na atenção pré-natal, incluindo melhorias na privacidade e aconselhamento, organização dos espaços, melhoria na higiene e limpeza das salas, desenvolvimento de um modelo de serviços de planejamento familiar e saúde reprodutiva, nas unidades com apoio da ONG Pathfinder Internacional, através da promoção dos serviços a nível institucional e de base comunitária. O reforço das salas de parto foi relatado para 6 centros de saúde, através da renovação da

estrutura física, equipamento, capacitação do pessoal e organização dos serviços, a produção de material para treinamento e material educativo para reforçar as boas práticas.

Antes da implementação do projeto, nas diferentes salas de consulta, era comum ver-se 3 a 4 profissionais prestando cuidados numa única sala ao mesmo sem separação de biombos, era comum ver-se as portas dos consultórios abertas ou entreabertas e a entrada e saída durante a consulta de outros profissionais, ou mesmo usuários na sala interrompendo a consulta. Com o projeto, reorganizou-se os espaços, colocaram-se biombos ou separadores metálicos nas unidades sanitárias mais pequenas e nas unidades com mais divisões foram reaproveitados os espaços e abertos mais consultórios de modo a ficar um profissional em cada sala, dando assim mais privacidade para os usuários durante a consulta.

Dada carência de água canalizada e energia eléctrica na maioria das unidades, o projeto construiu tanques subterrâneos para reserva de água, com o fito de melhorar as práticas de biossegurança e melhorar a higiene e limpeza das unidades sanitárias. O projeto organizou cursos de prevenção de infecções para profissionais de saúde e para pessoal de limpeza a fim de melhorar as medidas de biossegurança. Foi elaborada e introduzida a norma de preparação de cloro a 5% para descontaminação do material, bem como ensinada a técnica de lavagem das mãos antes e depois de cada procedimento para melhorar as práticas de biossegurança antes inexistentes.

No campo da supervisão, o projeto com base na iniciativa de melhoria de qualidade, introduziu uma nova abordagem de supervisão integrada e contínua e elaborou instrumentos para supervisão, com base nos instrumentos de melhoria de qualidade, que incluía a área clínica, que dentre outras abrangiam a entrega, organização, integração dos serviços; área de gestão que visava aspectos ligados com a planificação, gestão de recursos, informação e logística. A área dos profissionais e pessoal de apoio, relacionada com a motivação do pessoal, supervisão, desenvolvimento profissional e resolução de conflitos.

Com as atividades de supervisão, notou-se melhoria significativas no concernente a organização dos serviços, pois as unidades sanitárias adotaram o sistema de marcação de consultas, com o fito de reduzir o tempo de espera, melhorar o fluxo dos usuários, reduzindo assim as grandes enchentes nas unidades. A supervisão técnica e integrada permitiu também monitorar as práticas dos profissionais de saúde, com relação a aplicação de normas e

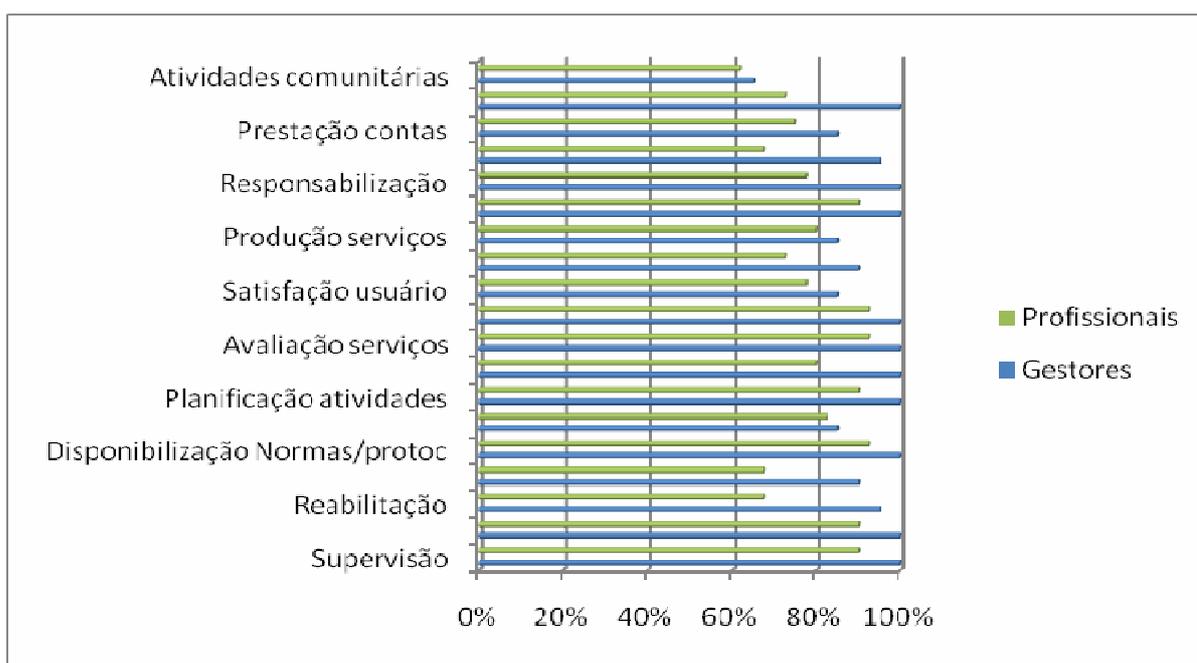
procedimentos clínicos, a comunicação interpessoal transmitidas durante os cursos de capacitação.

B. Análise Entrevistas

No quadro a seguir pode-se observar quais foram os principais marcadores de mudança na melhoria de qualidade dos serviços nas unidades sanitárias apontados pelos gestores e profissionais. A supervisão, formação de técnicos, planificação, disponibilidade de normas e procedimentos atualizados, atribuição de tarefas, responsabilização, reuniões de balanço, existência de comitê de melhoria de qualidade e a execução correta de procedimentos clínicos e de enfermagem foram apontados por 20 (100%) dos gestores.

Para 37 (92,5%) dos profissionais, as mudanças mais apontadas foram a melhoria da prestação de serviços, disponibilidade de normas e procedimentos, a avaliação dos serviços, constituição dos comités de qualidade, seguida da planificação, formação de profissionais e atribuição de tarefas mencionada por 36 (90%), o acolhimento foi referido por 35 (87,5%). A disponibilidade de material de informação educação e comunicação (IEC) para profissionais e usuários foi apontada por 33 (82,5) profissionais.

Gráfico 3 - Elementos de Mudança na melhoria da qualidade dos serviços nas unidades sanitárias - Resultado das Entrevistas aos Profissionais



Para ambos os grupos, as atividades comunitárias foram referenciadas por 25 (62%) dos profissionais e 13 (65%) dos gestores.

Citação de um entrevistado “Este projeto deve igualmente promover ações de base comunitária, visando o envolvimento das famílias e comunidades no autocuidado comunitário, na procura precoce de cuidados de saúde e na criação de brigadas comunitárias de higiene e saneamento básico.”.

Apesar de o projeto ter um objetivo específico para a melhoria das práticas no seio das famílias e comunidades, este devido a vários constrangimentos não foi alcançado na sua totalidade. Contudo pode-se observar que foi possível através das ações do projeto iniciar atividades comunitárias no âmbito do projeto Roll Back Malária, que consistiam na visita domiciliar as mulheres grávidas seguidas na CPN, que recebiam mosquiteiro impregnado e as mães de crianças menores de 5 anos de idade. Com esta atividade foi possível retirar os profissionais das unidades sanitárias e colocá-los em contato direto com as famílias e comunidades, realizar palestras educativas e inclusive monitorar as gestantes com malária a nível domiciliar.

Para suporte desta atividade, o projeto fez parceria com uma organização juvenil comunitário, treinou ativistas de saúde que eram responsáveis de visitar as famílias, ensinar e monitorar o uso correto dos mosquiteiros, organizar ações de limpeza e saneamento nas comunidades no âmbito do combate a malária. Deve realçar que hoje a província de Luanda tem um programa de agentes comunitários de saúde que para desenvolvem ações integradas de saúde materno-infantil na comunidade, o que está de acordo com os objetivos da OMS, que menciona que os Cuidados Primários de Saúde, devem requerer e promover a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planeamento, organização, operação e controle, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros desenvolvendo através da educação e a capacidade de participação das comunidades (OMS, 1978).

Dos 20 gestores, 5 (25%) mencionaram como outros fatores de mudanças, o trabalho em equipa e a integração dos serviços; 3 (18,8%) referiram a disponibilidade de recursos financeiros, biossegurança, organização de estoques e a troca de experiência com outras unidades foi destacado por 2 (12,5%) dos gestores e os serviços de apoio aos usuários foi mencionado por 1 (6%) gestor. Em contrapartida 9 (33%) dos profissionais entrevistados argumentaram que as mudanças estavam relacionadas com a mudança de comportamento dos

profissionais de saúde, a supervisão técnica e integrada dos serviços foi apontada por 6 (22,2%), a não cobrança dos serviços por 3 (11,1%), o rompimento de barreiras, organização dos serviços e disponibilidade de recursos materiais por 2 (7,4%) profissionais e a disponibilidade de transporte, normas e a formação foi mencionada por 1 (3,7%) profissional.

Foi perguntado aos profissionais de saúde, se as mudanças que ocorreram na unidade sanitária estavam relacionadas a um fator interno ou externo a unidade sanitária. Assim, 35 (92,1%) dos profissionais de saúde consideraram que as mudanças estavam relacionadas a um fator externo a unidade sanitária. Foi apontado como fator externo causador de mudanças, por 7 (25%) dos profissionais, uma intervenção do governo; disponibilidade de recursos foi mencionada por 6 (21,4%), a presença de uma ONG foi apontada por 5 (17,9%), a disponibilização de normas por 4 (14,3%), a consciencialização dos profissionais de saúde por 3 (10,7%), a responsabilização dos profissionais de saúde foi mencionada por 2 (7,1%) e a supervisão técnica integrada por apenas 1 (3,6%) profissional.

Observando as respostas dos gestores de saúde, estes colocam como principal fator de mudança o trabalho em equipa e a integração dos serviços. Podemos dizer que para os gestores, que têm uma visão mais ampla e abrangente da prestação de cuidados, apesar da carência de profissionais mais qualificados (médicos e enfermeiros do nível médio e superior), nas unidades, estes vêem o trabalho de equipa como uma forma de garantir a qualidade, maximizar os recursos e potencializar as ações na unidade sanitária, como forma de evitar o agir individualizado e arbitrário dos profissionais que é pratica bastante frequente nas unidades sanitárias. Segundo Campos (2003), apud Rivera e Artmann, 2006 um atendimento clínico de qualidade implica conciliar a clínica tradicional e a clínica do sujeito, onde as decisões devem ser ponderadas, valendo-se de opiniões de outros profissionais, exposição de incertezas, compartilhamento de dúvidas, onde a clínica do sujeito para o autor demanda trabalho em equipa e um agir comunicativo.

Rivera e Artmann (2006) reforçam a importância da comunicação, negociação, linguagem, visão, responsabilização, trabalho em equipa, clínica do sujeito, aprendizagem, acolhimento, redes/alianças elementos fundamentais para uma boa liderança coletiva no setor saúde. Se tivermos em conta as intervenções do projeto e os principais marcadores de mudança vemos que a supervisão e atribuição de tarefas foram apontadas pelos dois grupos de profissionais. Se tivermos em conta as ações levadas a cabo numa atividade de supervisão, podemos constatar que esta consiste principalmente num agir comunicativo com o intuito de levar a mudança de práticas e comportamentos de uma dada situação. Tendo a supervisão

focalizado as suas ações nas áreas clínica, de gestão e de profissionais é de se considerar que tenha operado mudanças de comportamento dos profissionais de saúde, conforme apontado pelos profissionais, dada as suas características que englobam a comunicação, negociação, linguagem e responsabilização, conforme mencionado pelos autores, como elementos importantes para uma boa liderança coletiva no setor saúde. Através da tematização ou trazendo os conflitos e diferenças, discutindo sobre eles é que se abre uma possibilidade de mudança.

Análise de situação após transferência da responsabilidade do Projeto.

A. Análise documental

Em Setembro de 2005, as atividades do projeto de reforço tiveram o seu fim, pois este era um projeto de 4 anos. O projeto tinha como meta apoiar o desenvolvimento de capacidades de gestão e organização de sistemas sustentáveis de atenção materno-infantil e auxiliar a transição da fase de emergência para a fase de desenvolvimento sustentável. O mesmo foi desenhado para responder a uma crise imediata de Saúde Pública enquanto se desenvolvia a capacidade local para suportar um sistema de longo prazo, encorajando a participação comunitária e a melhoria da prestação de serviços. As ações do projeto foram implementadas por uma ONG (MSH), financiado pela USAID, na província de Luanda, (MSH/ANGOLA, 2003).

Com a implementação do projeto, foram obtidas melhorias significativas nas 6 unidades sanitárias, no concernente à prestação de cuidados, organização dos serviços, formação de profissionais de saúde, supervisão técnica e integrada, melhoria das infraestruturas, disponibilidade de material e equipamentos, avaliação dos serviços, disponibilidade de instrumentos de dentre outros.

As atividades de melhoria de qualidade na província de Luanda, durante os meados de 2005 ao início de 2006, foram implementadas pela equipa do projeto sob a liderança da DPSL, com apoio de outros organizadores internacionais parceiras. De 2005 a 2006, a DPSL expande as ações de melhoria de qualidade na província de Luanda de 6 unidades sanitárias para 45 e de 3 municípios para 9, que constituem a província. Esta expansão teve como base a experiência positiva das ações do projeto, a presença de ONG interessadas em replicar algumas das ações do projeto e pelo fato de existir uma necessidade manifesta e sentida pela DPSL, com relação ao funcionamento da rede de atenção primária da província, tendo em

consideração as orientações deixadas pelo projeto (MSH/ANGOLA, 2005). Contudo, apesar da boa vontade da DPSL ao iniciar as atividades de expansão das ações do projeto, para a melhoria da qualidade de atenção da rede de atenção primária, não teve em consideração as recomendações deixadas pelo projeto no concernente aos pressupostos necessários que deveriam ser tidos em consideração para o sucesso das ações.

Tabela 11 - Unidades Inseridas no Processo de Melhoria de Qualidade - 2002 a 2008

Nº	Municípios	Nº de Unidades Sanitárias
1	Cazenga	6
2	Cacuaco	8
3	Viana	6
4	Samba	5
5	K.Kiaxi	5
6	Rangel	4
7	Ingombota	2
8	Maianga	4
9	Sambizanga	5
Total		45

Fonte: Relatório Melhoria de Qualidade (Direção Provincial de Saúde de Luanda, 2007)

Em meados de 2006, devido à escassez de recursos financeiros, por parte das organizações parceiras, muitas das atividades de melhoria de qualidade deixaram de ser implementadas na sua totalidade e as ações, contudo a equipe de melhoria continuou com as ações de supervisão e formação de forma irregular tendo em conta a disponibilidade de recursos por parte da DPSL, já que as unidades sanitárias da rede primária na altura não eram unidades orçamentadas.

A supervisão das atividades e a avaliação da qualidade dos serviços prestados eram consideradas atividades essenciais do projeto, pois com base nessas duas ações era possível fazer a identificação dos principais problemas por serviços e com base nestes, fazia-se a

elaborar um plano de ação, onde se identificavam as causas e possíveis soluções, atribuía-se responsabilidades e um período para resolução dos problemas, tendo em conta o ciclo de melhoria contínua da qualidade, que tinha como objetivo o alcance da realidade desejada, o que coincide com o pensamento de Gandin (1994), que refere que “o planeamento implica transformar uma realidade existente e construir uma realidade nova. Por isso planejar é construir a realidade desejada. Com essa abordagem as equipas de saúde das unidades sanitárias procuram resolver os problemas identificados tendo em conta a realidade por eles desejada no concernente a melhoria de qualidade.

Contudo, observou-se que a DPSL tinha muitas limitações para manter a operacionalidade do projeto quer nas unidades iniciais como para as novas inseridas, pois apesar da vontade institucional de dar continuidade a ações, a limitação de recursos humanos e financeiros afetavam grandemente a implementação do projeto, conforme descrito no relatório de melhoria de qualidade, 2008 a equipa de melhoria aponta os seguintes constrangimentos:

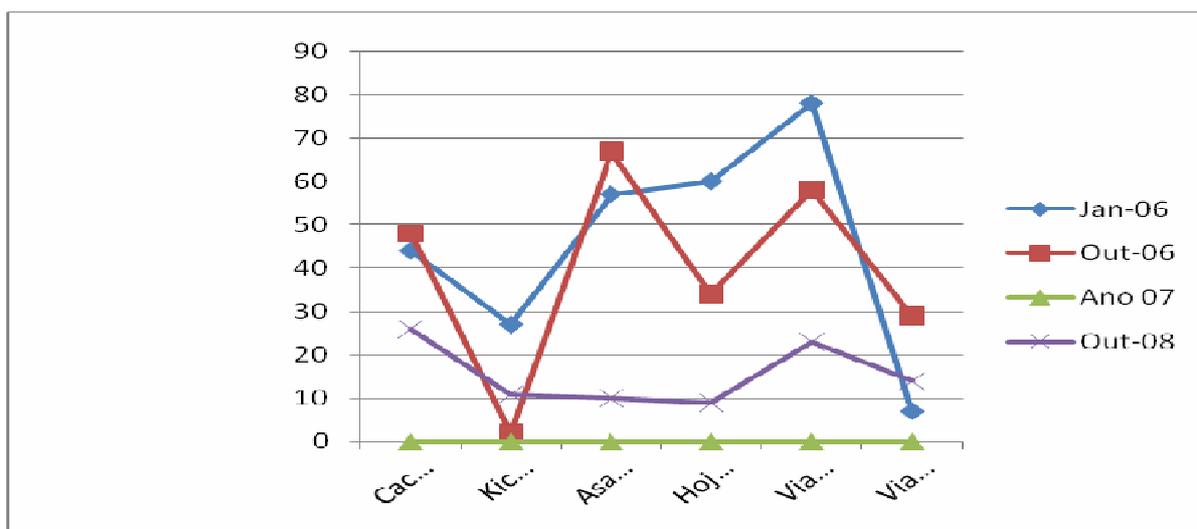
- Irregularidade na realização das avaliações as US;
- Falta de recursos materiais e equipamentos;
- Falta de recursos financeiros;
- Conflito de interesses (doadores);
- Deficiente coordenação das ações entre parceiros;
- Duplicação de ações;
- Sobreposição tarefas por parte da equipa técnica/supervisores;
- Falta de pessoal técnico para apoio e seguimento as ações nas unidades sanitárias;
- Falta de transporte;
- Irregularidade nas visitas de supervisão;
- Desativação/desmotivação dos comitês de qualidade
- Perda de interesse por partes dos profissionais e responsáveis US.

Tendo em conta os constrangimentos apresentados, face à limitação da DPSL, e a fraca capacidade institucional das repartições municipais de saúde (RMS), torna-se difícil manter as mudanças alcançadas com o projeto, o que impede a sustentabilidade comportamental e institucional das ações. Para Matus apud Artmann (2000), é fundamental que um problema seja definido e declarado como problema por um ator, disposto e capaz de

enfrentá-lo e o mesmo deve preencher os seguintes critérios: a) ter base organizativa; b) ter um projeto definido; e c) controlar as variáveis importantes da situação. Neste contexto podemos observar que os atores envolvidos (a equipe de apoio a melhoria/DPSL) ao identificar os problemas enfrentados no nível da rede primária e apresentá-los a DPSL, procura fazê-lo tendo em conta a base organizativa da instituição, as ações do projeto, pois esta tem controlo das variáveis da situação. Com a entrada de novos atores em cena (Pathfinder Internacional, Medicus Mundi, Medicus del Mundo, Projeto Essencial Serviços de Saúde), financiados por doadores americanos e da União Europeia, estes não assumem as responsabilidades de todas as ações do projeto, procurando assumir apenas alguns serviços ou unidades, o que inviabilizou a sustentabilidade do projeto por não se ter trabalhado mais com os atores internos.

No gráfico abaixo, pode-se observar que de 2006 a 2008, o número de avaliações as unidades sanitárias decresceu significativamente, quer em quantidade como em periodicidade e no ano de 2007, não foi realizada nenhuma avaliação aos serviços. Em 2008, com o apoio de uma ONG parceira, foi realizada uma avaliação dos serviços as unidades, onde se pode constatar, a queda acentuada nos valores, que se refletia na baixa melhoria da qualidade dos serviços da rede de atenção primária.

Gráfico 4 - Evolução da Melhoria de Qualidade no período de 2006 a 2008



Fonte: DPSL/Relatório Anual Melhoria de Qualidade, 2008

No referido relatório, lê-se ainda que nas avaliações e visitas de supervisão realizadas a equipa constatou:

- Não aplicação das práticas de prevenção de infecções;
- Falta de organização dos serviços (não marcação consultas);
- Não operacionalização dos planos de ação;
- Não planificação das atividades de rotina;
- Irregularidade funcionamento dos comités de melhoria de qualidade;
- Falta de responsabilização (espírito deixa andar);
- Não prestação de contas;
- Não cumprimento de normas e protocolos;
- Falta de materiais e equipamentos (esfigmomanómetros, termómetros, roupa cama, lixívia, detergentes, material de registro, etc.,).

Segundo Artmann (2000), a explicação situacional é sempre multidimensional e totalizante, refere-se as múltiplas dimensões da realidade política, económica, ideológica, cultural, ecológica. Se tivermos em conta a situação na qual o projeto foi implementado e a adaptação do mesmo pela DPSL, podemos observar que múltiplas dimensões querem políticas, económicas, ideológicas e culturais, foram consideradas na análise da situação atual do projeto.

B. Análise de prontuários

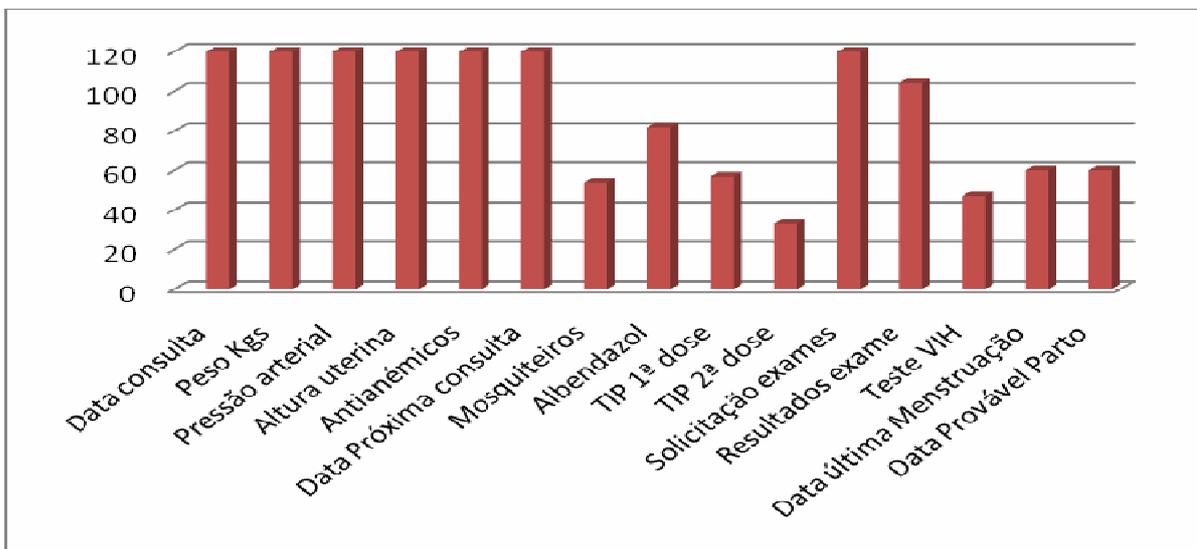
Para o estudo foi realizada a análise de prontuários de serviços de saúde materno-infantil. Contudo, foi difícil realizar a análise por períodos, devido à falta de informação nos prontuários, referentes ao ano e nome incompleto da mãe. A opção foi analisar as informações dos prontuários mais recentes para subsidiar a avaliação da situação atual. Nesse sentido foram selecionados prontuários de 2007 e 2008, que possuíam informação completa referente ao nome da mãe, e data do ano do nascimento do filho. Foram selecionados cerca de 120 prontuários por serviços, sendo 20 por unidade sanitária e por serviço, perfazendo um total geral de 255 prontuários.

Procurou-se colher a informação existente nos mesmos que permitem obter dados para análise de alguns indicadores do programa de saúde materna – infantil. Assim para a saúde materna, foram analisados os prontuários do pré-natal, partogramas, planejamento familiar e pós-parto.

No pré-natal, o registro de informação sobre a consulta é feita no caderno de grávida, que fica com a gestante e no livro de registro de consulta pré-natal. Para análise de

informação referente à gestante, buscamos colher informação no caderno de grávidas selecionadas aleatoriamente a saída da consulta. Nos livros de registro procurou-se observar a qualidade no registro de informa

Gráfico 5 - Preenchimento de Prontuários (cadernos de grávida)



Dos 120 cadernos de grávida observados (gráfico5) constatou-se que 120 (100%) tinham os dados corretamente preenchidos com relação à data das consultas, registro do peso em quilogramas, pressão arterial, altura uterina em centímetros, entrega de antianêmicos (sal ferroso e ácido fólico), data da próxima consulta e o registro dos exames solicitados. A dose de vacinação antitetânica estava registada em 112 (93%) cadernos de grávidas, 104 (87%) destes tinham o registro dos resultados dos exames, 82 (68%) o registro da entrega de Albendazol. Em 60 (50%) cadernos de grávidas havia o registro de informação sobre a data da última menstruação e data provável do parto. A informação relativamente a data provável do parto era difícil de obter, segundo as parteiras entrevistadas porque a maior parte das gestantes referiu não se lembrar da data da sua última menstruação fato ligado provavelmente ao baixo nível de escolaridade de muitas mulheres, que as impede de valorizar essa informação.

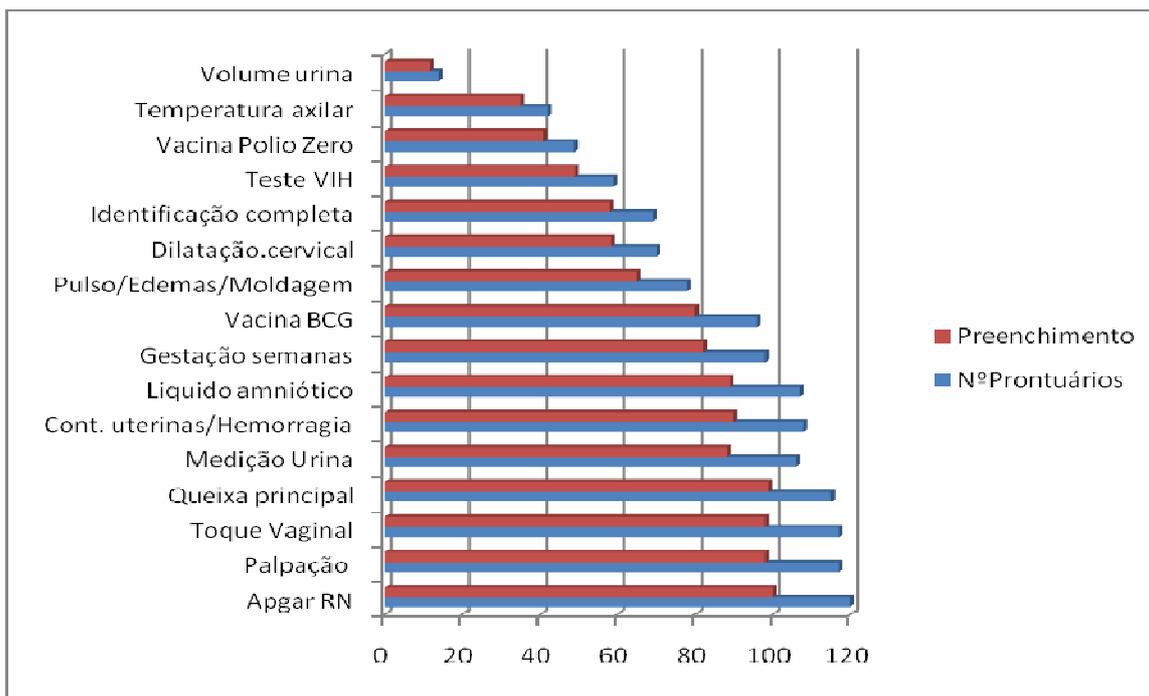
Cerca de 57 (48%) cadernos de grávida tinham o registro da 1ª dose de Fansidar e em 54 (45%) havia o registro da entrega de mosquiteiro tratado com inseticida (Permanet). Apenas em 33 (28%) cadernos, estava registrado a 2ª dose de Fansidar, referente ao tratamento intermitente e preventivo da malária (TIP) na gravidez, uma das ações chaves prioritárias do MINSA no âmbito do Programa de saúde materno-infantil para a redução da morbimortalidade por malária. Somente em 47 (39%) cadernos de grávida havia a menção do

resultado de teste VIH (codificado), que também constitui uma prioridade do MINSA para a prevenção da transmissão vertical do VIH de mãe para o filho.

O partograma é o instrumento utilizado na sala de partos que serve para monitorar a evolução do trabalho de parto, parto, pós-parto imediato e atenção ao recém-nascido imediato. Na análise do preenchimento dos partogramas (120), das 6 unidades pode-se ver que todos os 120 partogramas (100%), tinham o registro do apgar do recém-nascido, 117 (98%) tinham o registro da palpação e toque, 113 (94%) tinha o registro da informação sobre a dequitação. A idade da gestação em semanas estava registrada em 98 (82%) partogramas, o registro de edemas e do pulso radial em 78 (65%) e a identificação completa da gestante em 69 (58%) dos partogramas.

Constatou-se ainda no preenchimento dos partogramas, a presença de informação referente ao registro do volume de urina em apenas 14 (11,6%) casos, temperatura axilar da paciente em 42 (35%), administração da vacina contra a poliomielite (pólio zero) ao recém-nascido em 49 (40,8%) e informação sobre o teste/resultados teste VIH em 59 (49,1%). Em 70 (58,3%) dos 120 partogramas, tinham anotação escrita da dilatação cervical, em 78 (65%), da moldagem da cabeça e em 96 (80%) dos partogramas tinham o registro da vacinação do recém-nascido contra o BCG. As características do líquido amniótico estavam preenchidas em 107 (89%) dos 120 partogramas, o registro da contagem das contrações uterinas e hemorragia nos pós-parto em 108 (90%) dos partogramas. Em 115 (95,8) estava mencionada a queixa principal da parturiente.

Gráfico 6 - Registro de Informação nos Partogramas

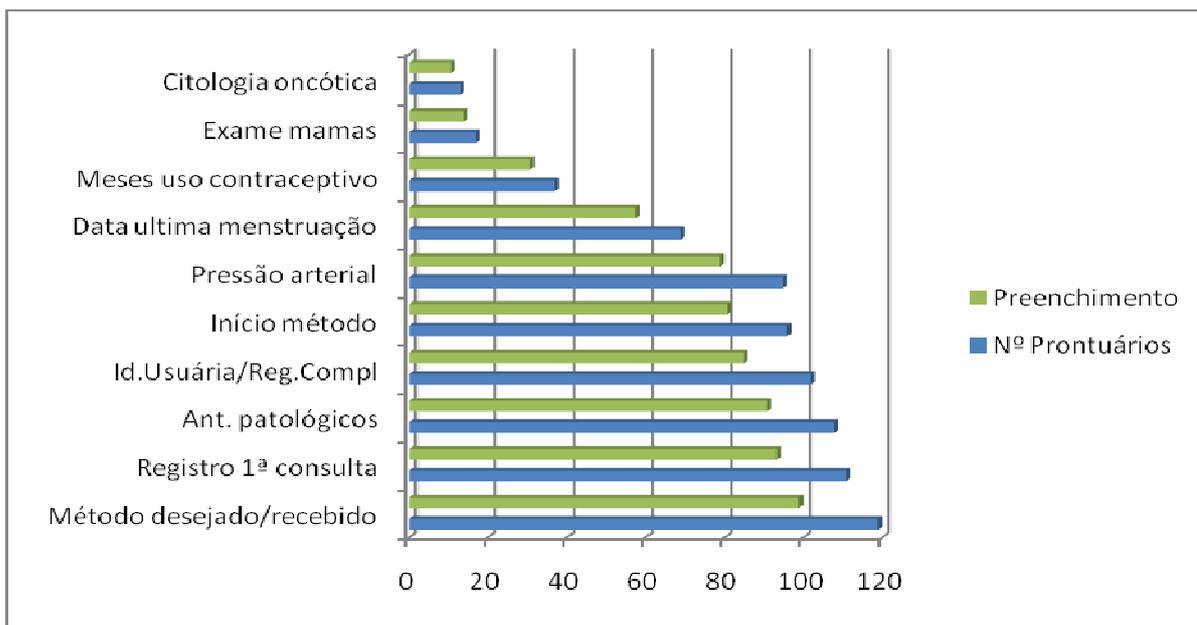


Importa realçar que em 6 (100%), das salas tinham partogramas, estetoscópios de Pinard, balança de prato, oxitocina, protocolos de tratamento de VIH afixados na parede. Todas as parteiras tinham conhecimento sobre o início do tratamento a gestante soropositiva com AZT, 1 uma (16,7%) não tinha aparelho funcional para medir a pressão arterial.

Relativamente ao planeamento familiar (gráfico 7), dos 120 (100%) prontuários das seis unidades sanitárias analisadas, observou-se quanto a identificação da usuária que 102 (85%) tinham registro completo, a disponibilização do método contraceptivo desejado estava registrado em 119 (99,2%) prontuários, o registro da 1ª consulta em 111 (93,3%), os antecedentes patológicos da usuária em 108 (90,8%) e a data de início do uso do método contraceptivo em 96 (80,7%) prontuários.

Verificou-se o registro de informação sobre exame de citologia oncótica (um teste com lugol que deve ser feito a todas as usuárias na consulta de planeamento familiar e que permite identificar a presença de células cancerígenas para despiste do cancro do colo) em 13 (10,8%) dos prontuários, sobre o exame da mama em 17 (14%), informação referente aos meses de uso de contraceptivos pela usuária em 37 (30,8%), em 69 (57,5%), o registro da data da última menstruação da usuária, o da pressão arterial em 95 (79%) e em 119 (99%) o registo sobre o método contraceptivo recebido pela usuária.

Gráfico 7 - Preenchimento de Prontuários de Planejamento Familiar



Na análise das fichas de controlo de estoque de contraceptivos que são o meio de verificação da gestão dos contraceptivos, constatou-se informação sobre as necessidades mensais e sobre o estoque mínimo de contraceptivos em 2 (33,3%) das salas visitadas de consulta de planeamento familiar.

Quanto ao pós-parto deve-se salientar que não existem prontuários para as consultas de pós-parto em nenhuma das unidades, pelo que a maioria da informação da consulta não é registrada em instrumento próprio. Assim, muita informação é registrada de forma incorreta (cadernos, folhas soltas), o que facilita o seu desaparecimento. Contudo, no caderno de grávida (documento individual), que fica na posse da gestante, é registrada toda a informação da consulta pré-natal, alguma informação do parto e pós-parto. Trata-se de um instrumento utilizado atualmente por alguns profissionais para registrar a informação do pós-parto. Assim foram analisados cadernos de grávida de puérperas que saíram da consulta de pós-parto de forma aleatória.

Nos cadernos de puérperas analisados verificou-se que 75 (63%) apresentavam registo de informação sobre o Momento Ideal e Espaçamento Saudável das Gestações (MIESG), 72 (60%) tinha registo de ter recebido aconselhamento em planeamento familiar, 61 (51%) tinha registo de administração de Vitamina A (ao filho vivo) e 34 (28%) tinha informação se a usuária recebeu ou não um método de planeamento familiar. Notou-se ainda o registo do resumo do parto em 107 (89,2%), em 117 (97,5%) o registo da consulta ao 6º dia do pós-parto, registo de informação sobre aleitamento materno exclusivo em 113 (94,2%), registo

sobre a avaliação do recém-nascido em 104 (86,7%) e sobre educação e informação em planejamento familiar em 72 (60%).

Como resultados da análise dos prontuários, podemos observar que a qualidade do preenchimento dos mesmos ainda é muito baixa, dada ao não preenchimento e/ou omissão de certas informações por parte dos profissionais. Ainda se observa uma certa negligência ou mesmo falta de responsabilidade por parte dos técnicos e por parte dos gestores, uma vez que a ausência de informação nos prontuários afeta a análise e medição de indicadores. Por outro lado, a falta de material e equipamentos nas salas de consulta diminui a qualidade do atendimento bem como, a capacidade diagnóstica e de tratamento dos profissionais. Podemos assim considerar que toda essa gama de problemas, pode estar relacionada com a falta de capacitação dos técnicos e a fraca supervisão técnica e a fraca capacidade de gestão. Para Matus, apud Artmann (2000), um problema suscita a ação, é uma realidade insatisfatória superável que permite um intercâmbio favorável com outra realidade, o que significa que um problema nunca é solucionado definitivamente, mas uma intervenção eficaz na realidade deve produzir um intercâmbio positivo de problemas. Como podemos observar, o Projeto de Reforço, trouxe mudanças na melhoria da qualidade dos serviços, mas a resolução de alguns problemas vividos na altura não trouxe a solução definitiva dos problemas existentes, mas podemos concluir que o mais importante é que as intervenções sejam eficazes para que possam produzir um intercâmbio positivo de problemas.

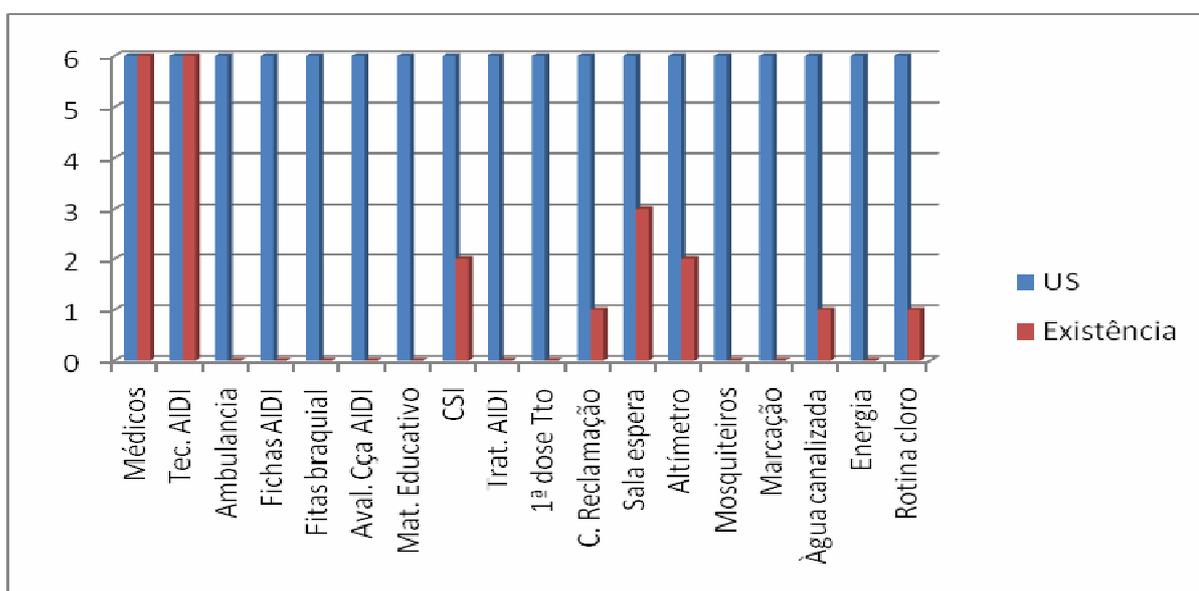
C. Análise da Observação dos Serviços

O roteiro de observação dos serviços, permitiu fazer a observação direta de aspectos relacionadas com a infraestrutura e prestação de serviços, tendo em conta os padrões de qualidade adoptados e implementados pelo projeto com base nas normas e Política Nacional de Saúde relacionadas com o objetivo em análise. No tocante a organização e ambiente nas unidades sanitárias (gráfico 8), o estudo buscou observar se as unidades estavam organizadas para prestar os serviços de saúde materno-infantil e oferecer o pacote básico de serviços, conforma a política nacional de saúde e constatou-se que:

Das 6 unidades observadas, todas tinham médicos e técnicos capacitados em AIDI. Contudo, não foi possível observar em nenhuma delas o registo referente a capacitação dos mesmos (nomes dos profissionais, datas de formação, duração e organizador). Duas das 6 unidades tinham cartões de saúde infantil (CSI), 2 possuem altímetro, instrumentos necessários para a consulta de puericultura e vacinação de rotina para o controle de

crescimento e para a vacinação de rotina de crianças menores de cinco anos de idade. Uma unidade tinha caixa de reclamação para os usuários, embora não se faz a análise e tratamento das questões colocadas. Em 3 unidades observou-se que têm sala de espera organizada e apenas 1 tinha água encanada e a rotina escrita para a preparação do cloro para desinfecção. Nas 6 unidades sanitárias, foi referido a existência de ambulância mas no momento da observação nenhuma delas estava em funcionamento, o que dificultava a transferência de pacientes em especial das gestantes.

Gráfico 8 - Organização dos Serviços

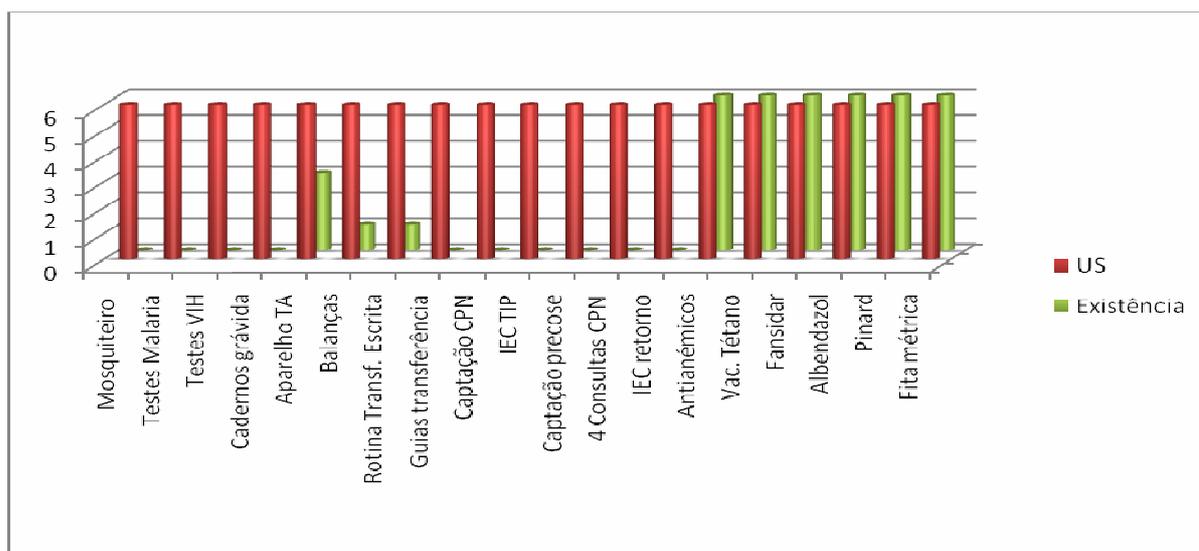


A par disso, nenhuma das unidades sanitárias tinha fichas de registro de AIDI, prontuário necessário para registro e avaliação da criança segundo a estratégia AIDI e fitas para medição do perímetro braquial. Em nenhuma sala de consulta de pediatria das unidades observadas a consulta de puericultura, pediatria e de nutrição era feita de acordo com a estratégia AIDI. O tratamento das crianças doentes não era feito de acordo com a classificação do caderno de mapas (AIDI) e não se administra a 1ª dose de medicamentos em nenhuma sala de consulta, conforme a estratégia AIDI.

A maior parte das unidades (5) tem problemas de falta de água encanada, sendo as unidades abastecidas por camiões cisternas da Administração Municipal/Prefeitura, registrando-se certa irregularidade no abastecimento de água em algumas unidades. Com relação a energia eléctrica, a maior parte das unidades sanitárias funciona com fonte alternativa (gerador), que devido a carência de recursos financeiros, faz com que muitas

unidades tenham problemas no seu funcionamento, em especial as que possuem laboratórios e salas de parto. Muitas salas de parto não funcionem ou funcionem de forma irregular no período noturno, por este motivo.

Gráfico 9 - Componentes de Consulta Pré-Natal

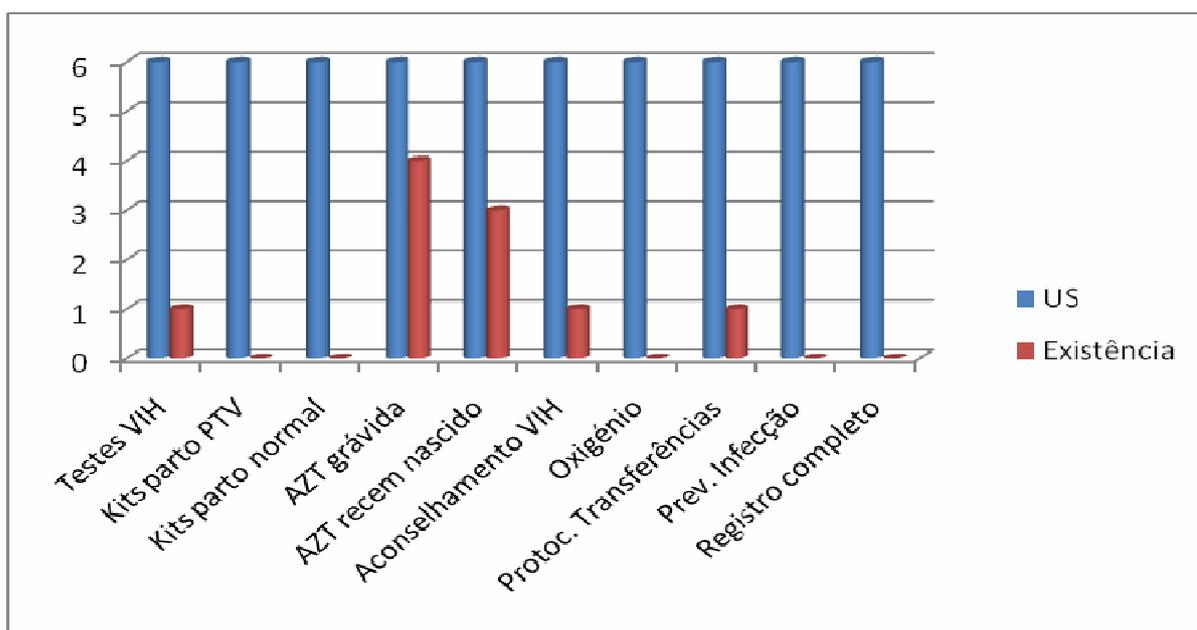


Os registros do diário de campo mostraram que quanto a consulta pré-natal, em todas as salas havia antianémicos, vacina antitetânica, albendazol, Fansidar para o tratamento presuntivo e intermitente da malária (TIP), fitas métricas e estetoscópios de Pinard (vide gráfico 9). Observou-se ainda que, 3 das 6 salas de consulta tinham aparelho de medir a pressão arterial e 2 balanças de adulto funcionais, instrumentos importantes para a qualidade da consulta, particularmente em casos de eclampsia que constitui um sério problema que afeta a mulher grávida, estando no grupo das principais causas de morte materna. Uma das salas de consulta possuía guias de transferência para as gestantes.

Nas 6 (100%) unidades constatou-se a falta de mosquiteiros, testes rápidos de malária e VIH, (os 2 primeiros elementos são importantes para o controle da malária na gravidez, uma vez esta doença é uma das principais causas de morbimortalidade materna e o último elemento, para prevenção do corte da transmissão vertical). Constatou-se ainda, com base na análise dos registros, que em todas as unidades não se faz a captação precoce da gestante para a primeira consulta de CPN. O IEC sobre a importância da consulta de retorno e da prevenção da malária na gravidez também não é realizado.

Como demonstra o gráfico 9, nenhuma das salas de consulta, tinha no registro do dia anterior, 50% de grávidas no terceiro trimestre de gestação com 4 consultas de CPN, conforme a norma nacional. A política nacional de saúde sexual e reprodutiva promove o parto institucional e as salas de parto do nível primário, devem estar dotadas dos Cuidados Obstétricos de Urgência, prevenção da transmissão vertical, manejo ativo da terceira etapa do parto, tratamento da malária e da eclampsia, para responder as demandas.

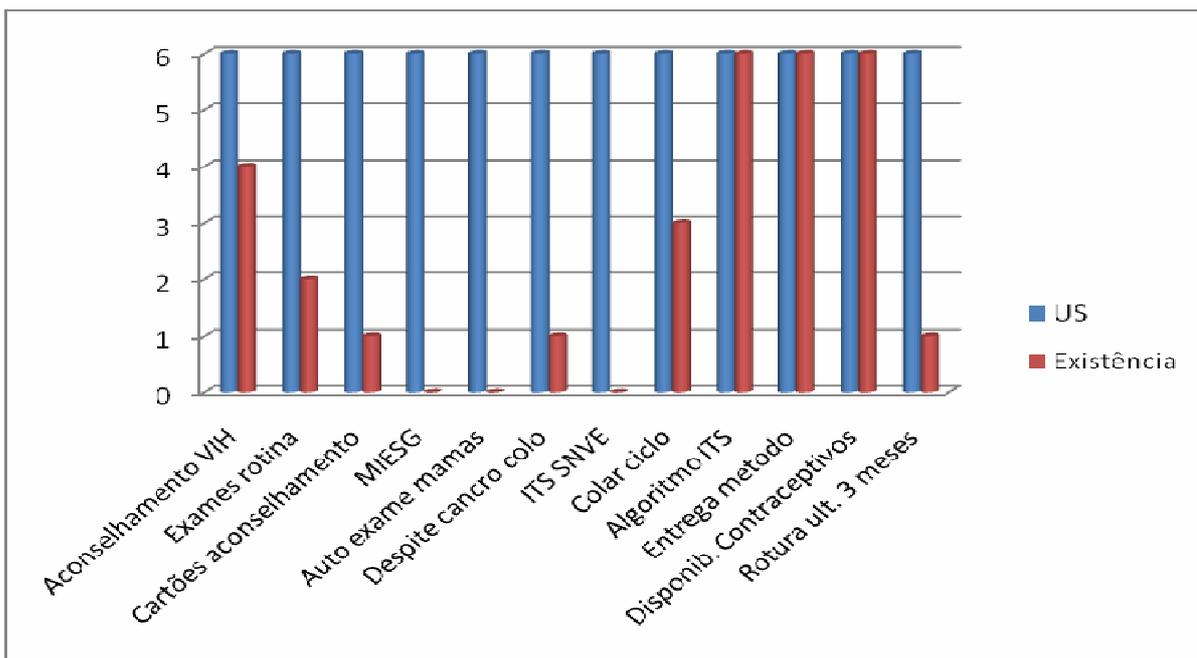
Gráfico 10 - Normas e Meios de Atendimento ao Parto



Durante a observação registou-se que 4 unidades tinham AZT para fazer o PTV na gestante e 3 AZT para o recém-nascido. Uma das salas tinha testes rápidos para o VIH. O aconselhamento à parturientes sobre VIH, foi observado apenas em uma sala, bem como a existência de m protocolo escrito para a transferência das gestantes (Gráfico 10).

Nenhuma das 6 (100%) salas de parto tinha kits de parto para mulheres soropositivas, nem kits de parto normal. As normas de prevenção de infecções não são aplicadas por falta de cloro e não se observou a prática de lavagem das mãos antes e depois de cada procedimento, em nenhuma das 6 salas, apesar da sua maioria ter água e recipientes disponíveis para o efeito. Todas as salas não tinham compressores de oxigênio e o registro de informação nos partogramas é incompleto (Gráfico 10).

Gráfico 11 - Dados de Consulta de Planejamento Familiar



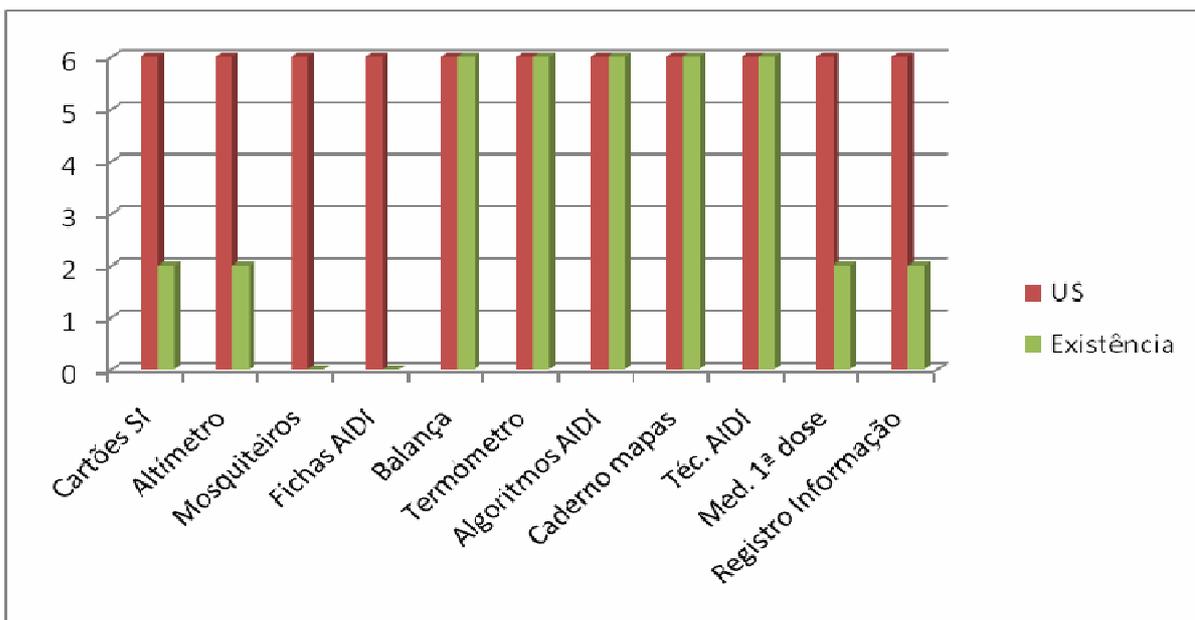
Na observação das ações durante a consulta de planeamento familiar, constatou-se que todas as salas têm o algoritmo de diagnóstico e tratamento das ITS afixado na parede e em local visível, fazem a entrega a usuária do método escolhido e tinham contraceptivos disponíveis. Em 4 salas, as provedoras faziam o aconselhamento as usuárias em VIH, em 3 salas, tinham o método contraceptivo natural colar do ciclo. Em 2 das 6 unidades observou-se a solicitação dos exames de rotina a usuária na 1ª consulta, em 1 unidade as provedoras utilizam os cartões de aconselhamento durante a consulta, despiste do cancro colo do útero e uma sala, não teve rotura de estoque de contraceptivos nos 3 últimos meses anteriores ao estudo (Gráfico11).

Em nenhuma das 6 unidades se observou as provedoras a ensinarem as mulheres a fazer o autoexame da mama, a dar informação sobre o momento ideal e espaçamento saudável da gestação (MIESG), a fazer a notificação de casos de infeções de transmissão sexual (ITS). O preenchimento dos prontuários é deficiente, denotando-se muita ausência de informação e a prática de prevenção de infeções é nula em todas as salas visitadas.

Nas consultas de pós-parto observadas durante o estudo, verificou-se que das 6 unidades sanitárias do estudo, apenas em 2 as puérperas receberam informação sobre a importância do aleitamento materno exclusivo. Em nenhuma das unidades as puérperas durante a consulta receberam informação sobre planeamento familiar, MIESG e vacinação do recém-nascido. Também não foi administrada as puérperas (filho vivo) a dose de Vitamina A, conforme a norma nacional.

Para os serviços de saúde infantil, utilizou-se para análise, o livro de registros de consultas de pediatria, por falta de prontuários (fichas AIDI), o cartão de saúde infantil para verificar o preenchimento dos cartões e as fichas de registro de vacinação para controlo de dados referentes a vacinação de rotina.

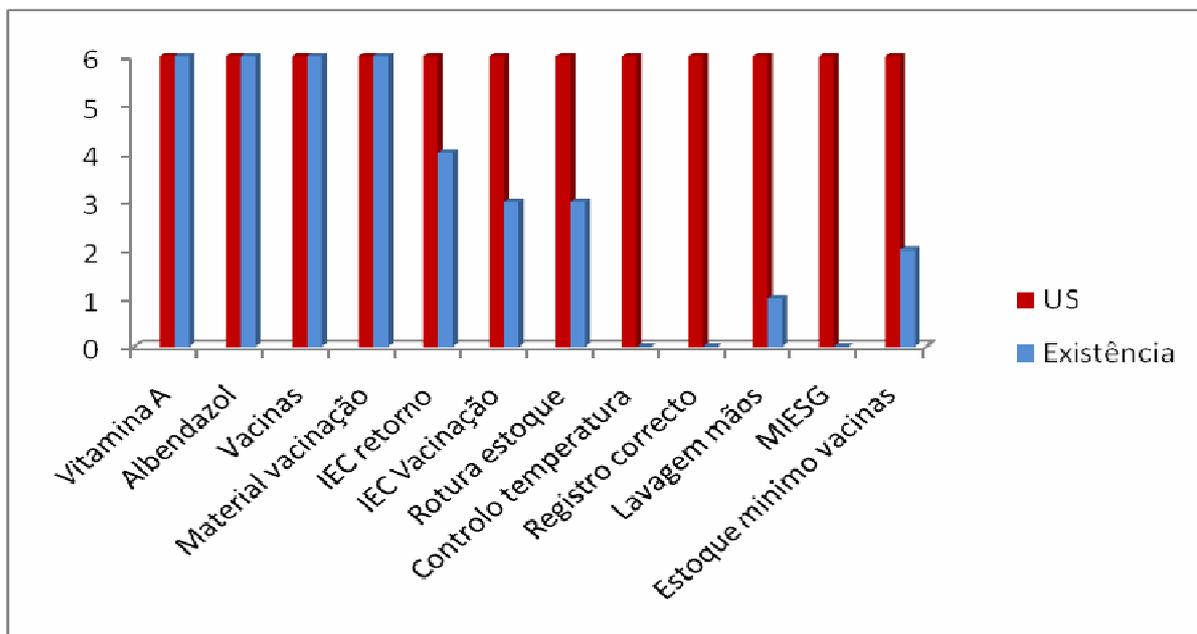
Gráfico 12 - Dados sobre o Funcionamento da Pediatria



O gráfico 12 acima, ilustra a prestação de serviços nas salas de consulta de pediatria das 6 unidades sanitárias do estudo. Todas as unidades tinham disponíveis termómetros, balanças de prato e salter, algoritmos de AIDI (não afixados na parede) e cadernos de mapas (não em lugar visível), profissionais capacitados em AIDI (sem registro disponível sobre as capacitações). Pode-se observar que das 6 salas visitadas, 2 tinham disponíveis cartões de saúde infantil, altímetro e medicamentos para administração da primeira dose de tratamento na sala de consulta segundo a estratégia AIDI e o registro correto de informação no livro.

Ainda de acordo com os dados do gráfico 12, nenhuma das salas observadas tinha fichas de registro de AIDI pelo que as crianças não foram avaliadas, consultadas e medicadas de acordo com a estratégia AIDI. Nenhuma das salas de pediatria tinha mosquiteiros tratados com inseticida para entregar as mães de crianças diagnósticas com malária ou em geral, consultadas.

Gráfico 13 - Dados sobre o Funcionamento dos Serviços de Vacinação



A observação da prestação de serviços de vacinação nas 6 unidades, constatamos que todas as salas tinham disponíveis Vitamina A, albendazol, vacinas e material de vacinação como demonstra o gráfico 13. Em 4 unidades, os profissionais prestavam informação sobre a importância do retorno para continuidade do calendário vacinal, em 3 unidades os profissionais davam informação às mães e/ou acompanhantes de criança sobre a importância da vacinação. Observou-se que em 3 das 6 salas visitadas não houve rotura de estoque de vacinas nos últimos 3 meses anteriores ao estudo de um ou mais antígenos e, em uma sala observou-se os técnicos a fazerem a lavagem das mãos antes e depois de cada procedimento. Duas das 6 salas de vacinação tinham o estoque mínimo de vacinas, por antígeno conforme as normas do Programa Nacional de Vacinação (PAV).

O controlo de registro da temperatura da cadeia de frio não é feito de acordo com as normas em todas as salas. No mesmo número de unidades, o registro de dados de vacinação não coincide com o número de doses aplicadas (disparidade de dados do mapa do registro diário e do mapa de bolinhas) e em nenhuma se informa às mães e /ou acompanhantes de crianças sobre o MIESG (gráfico 13).

Subsídios que auxiliam na tomada de decisão sobre a continuidade e revisão das ações do projeto.

Com o levantamento de informação colhida através da análise de entrevistas, roteiro de prontuários e de observação dos serviços, o estudo buscou informação para responder ao

objetivo principal do estudo, no que concerne importância da continuidade das ações do projeto.

A. Análise de entrevistas

Todos os gestores entrevistados 20 (100%), estão a favor da continuidade do projeto, 4 (20%) apresenta como argumentos para a sua continuidade a obtenção de recursos 3 (15%), aponta a Municipalização 2 (10%), para uniformização das ações, alcance dos objetivos, reforçar a capacidade institucional e compromisso para alcance das Metas do Milênio e, 1 (5%), aponta a expansão das ações do projeto, melhoria na planificação e gestão, mudanças de comportamento, apropriação pela DPSL e para redução das taxas de morbimortalidade materna e infantil.

Por sua vez, 38 (97,4%) os profissionais também concordam com a continuidade do projeto, apresentando como elementos justificativos os seguintes: a melhoria do atendimento, 10 (29,4%); melhoria e organização dos serviços, 5 (14,7%); reduzir as doenças e promover mudanças de comportamento dos profissionais, 4 (11,8%); medir indicadores, 3 (8,8%); incluir a comunidade, 2 (5,9%) e formação dos técnicos, 1 (2,9%).

Vale realçar que os pontos mencionados pelos dois grupos diferem bastante, uma vez que as áreas de ação dos mesmos apesar de serem no campo da saúde os gestores veem a continuidade do projeto como uma fonte de obtenção de recursos, para gestão e funcionamento da rede, sendo a municipalização uma oportunidade, uma vez que através deste processo recentemente introduzido na Administração Municipal no país, as Administrações/RMS passaram a ser dotadas de um orçamento para os Cuidados Primários de Saúde no âmbito do Programa de Desenvolvimento Integrado e Combate a Pobreza. Por sua vez, os profissionais de saúde na sua maioria enfermeiros, veem a continuidade do projeto como forma de melhorar o atendimento e prestação de serviços, o que demonstra a especificidade técnica de suas ações que estão voltadas para a prestação de cuidados. Contudo podemos observar que a necessidade de recursos humanos, materiais e financeiros, constituem um grande desafio para o setor saúde na província de Luanda, uma vez que sem recursos torna-se difícil a realização de ações. Uma janela de esperança se abre com a municipalização, que traz em certa medida a descentralização das ações e abre a porta para a entrada de recursos, e a possibilidade de uma gestão mais local, a oportunidade de reforçar os laços com as comunidades e outros parceiros e atores locais, pelo que importa agora que os gestores se voltem para a planificação das ações como forma de melhorar utilizar os recursos disponíveis

no setor, para melhorar a qualidade dos serviços e indicadores de saúde. Contrandriopoulos et al (2005), assumem que as organizações pluralistas não dependem de uma única liderança individual, envolvendo conselho de administração, chefe de serviço e representações corporativas. O exercício de liderança, não supõe apenas alargar a capacidade de decisão dos dirigentes locais (descentralização e regionalização) e regionais, mas a necessidade de articular várias lideranças, situadas em diversas esferas de poder e níveis do sistema, sustentando o conceito nesta perspectiva de liderança coletiva como o mais adequado ao gerenciamento do setor.

A província de Luanda nos últimos anos tem vivenciado boas experiências que envolvem diferentes níveis de ação, como o envolvimento de outros atores e liderança coletiva em ações de saúde que têm demonstrado resultados positivos. Podemos citar como exemplos o caso da Epidemia de cólera, onde outros atores como o Ministério de Energia e Águas, Empresas de Saneamento Básico, Organizações Comunitárias, Administrações Municipais, foram envolvidos nas ações de saúde, levando a descentralização de muitas ações antes sob a responsabilidade da saúde e a articulação das ações a nível local com partilha de liderança. Atualmente o governo de Angola, está a promover a descentralização das ações passando e dando mais poder as Administrações Municipais (local) e o MINSA, no âmbito das campanhas de vacinação para erradicação da poliomielite está a promover/envolver e a transferir para as Administrações Municipais essa responsabilidade e liderança e estas por sua vez estão a envolver níveis mais locais como as administrações comunais, chefes de comissão de moradores e comunidade, o que demonstra já outra visão no âmbito da liderança em saúde.

Artmann (2000) destaca que embora se possa partir de um campo ou setor específico, os problemas são sempre abordados em múltiplas dimensões: política, económica, social, cultural, etc., e em sua multisetorialidade, pois as causas não se limitam ao interior de um setor ou área específica e sua solução dependente muitas vezes de recursos extra-setoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação. Para a situação da atenção primária em Luanda, destaca-se que é importante observar a situação tendo em conta a dimensão política, económica, social e cultural pois estas jogam um papel muito importante para a mudança do quadro, mas também não esquecer a abordagem multissetorial para o enfrentamento dos problemas de saúde que são multissetoriais.

Questionados sobre se o projeto ajudou a melhorar a qualidade dos serviços de saúde, a totalidade (40) dos profissionais de saúde mencionaram que o projeto ajudou a melhorar a

qualidade dos serviços de saúde materno-infantil na rede de atenção primária, apontando como marcadores de melhoria, a avaliação dos serviços (10 profissionais, 18,9%), a melhoria no atendimento e aplicação das normas (5 profissionais, 13,5%), a resolução de conflitos, a disponibilidade de instrumentos e organização dos serviços (4 profissionais, 10,8%, cada), as boas práticas (3 profissionais, 8,1%), a privacidade e aconselhamento (2 profissionais, 5,4% cada uma) e por último, a supervisão técnica integrada apontada por 1(2,7%) profissional.

Buscamos saber junto dos gestores se o projeto havia alcançado os seus objetivos e 13 (65%) consideraram que o projeto alcançou os seus objetivos, porque houve melhoria na qualidade dos serviços, 7 (35,%) fundamentaram a sua opinião pela melhoria de infraestruturas, 6 deste grupo de entrevistados (30%) consideraram a apropriação do projeto pela DPSL, como aspecto chave, 2 (10,2%) referiram à monitoria e avaliação das ações e 1 (5%) gestor baseou-se no fato da disponibilização de instrumentos, da formação dos técnicos e da melhoria na higiene e ambiente das unidades sanitárias. Se tivermos em atenção à situação inicial da rede sanitária, antes do início das ações do projeto, que foi numa fase pós-guerra onde os serviços de saúde estavam completamente desestruturados, podemos concluir que com as intervenções do projeto, foi possível melhorar, em certa medida, alguns elementos ligados à qualidade dos serviços porque ainda é possível notar alguns traços das ações nas unidades do projeto.

O modelo da estratégia de melhoria de qualidade utilizado pelo projeto baseia-se, sobretudo na concepção contemporânea de gestão dos serviços, onde o planeamento estratégico passa a orientar a gestão das organizações prestadoras de serviços e a avaliação passa a ser sistémica. Este modelo, embora útil para algumas situações, tem limites para a aplicação na administração pública e na discussão de alguns processos sociais. Segundo Artmann (2000), o PES permite apreender a complexidade dos processos sociais e que, ao mesmo tempo, fornece ferramentas operacionais para a construção de projetos e planos de ação para o enfrentamento de problemas estratégicos que resultem num impacto positivo na qualidade de vida da população porque envolve os diferentes atores e é uma forma de aumentar a governabilidade sobre alguns processos estratégicos.

Na tabela (12), estão descritos os elementos cruciais para a continuidade do projeto sob a liderança da DPSL, apresentado pelos profissionais de saúde.

Tabela 12 - Elementos Cruciais para sucesso do Projeto - Resultado das Entrevistas

aos Profissionais

ELEMENTOS	Nº de Respostas	%
Provisão de materiais e equipamentos necessários	36	90
Reabilitação e manutenção de infraestruturas e equipamentos	35	87,5
Recursos humanos	33	82,5
Administração e gestão	30	75
Recursos financeiros	30	75
Supervisão técnica integrada	30	75
Liderança	28	70
Gestão participativa	26	65
Material de informação, educação e comunicação	26	65
Políticas/Normas	25	62,5
Condições para prestação serviços efetiva	24	60
Clareza projeto	23	57,5
Participação comunitária	23	57,5

Para 36 (90%) da totalidade dos profissionais de saúde, a disponibilidade de materiais e equipamentos, é um ponto crucial para o sucesso das atividades do projeto, 35 (87,5%) apontam condições da infraestrutura, 33 (82,5%) a disponibilidade de recursos humanos em quantidade e qualidade. Isto demonstra que a preocupação deste grupo de profissionais está focalizada nas condições de trabalho disponíveis para que a rede de atenção primária possa prestar serviços com qualidade. Se tivermos em consideração a abordagem de Donabedian (1980) sobre a avaliação, este centra-se na tríade estrutura, processo e resultado, onde a estrutura tem os atributos dos recursos materiais (estrutura física, equipamentos e financeiros), recursos humanos (número, qualificação, vínculo) e recursos financeiros nos quais ou pelo menos nos quais a assistência é provida. O processo que engloba tudo e que está sendo feito na dinâmica de prover e receber a assistência e o resultado que reflete os efeitos da assistência na situação de saúde de pacientes e da população. Para o autor o importante não é saber classificar o elemento em estudo dentro das três categorias, mas sim entendê-lo e não limitar a

abordagem a uma categoria, mas combinar no processo de avaliação, indicadores que deem conta de mensurar tanto estrutura como processo e resultado, podemos observar que as respostas dos profissionais vão de encontro à concepção do autor, daí a necessidade de se considerar todos estes elementos uma vez que vão influenciar na qualidade da prestação de cuidados no setor saúde.

Questionados sobre o papel da liderança no nível provincial e municipal na implementação do projeto, para 5 (25%) dos gestores foi a de mobilização de recursos, 4 (20%) apontou a supervisão, 3 (15%) a facilitação e tomada de decisão, a monitoria e/ou avaliação das ações, elaboração de normas e o papel de impulsionadores e/ou motivadores do processo foram apontadas por um número pequeno de gestores. A disponibilidade de recursos é um elemento importante para que as ações de uma intervenção possam ser implementadas com sucesso. Os líderes devem não só procurar transmitir a visão e missão da organização, mas também de buscar recursos para que a missão de sua organização seja realizada, conforme rege a Lei de Bases do SNS, que estabelece como princípios gerais do SNS a promoção e a garantia por parte do Estado o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis (ANGOLA, 2003).

VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Angola debate-se ainda com um orçamento geral do estado para o setor de saúde que não é suficiente para manter e sustentar o funcionamento da rede de atenção primária. Apesar do incremento que este tem sofrido ao longo dos anos, ainda é insuficiente para que o funcionamento da rede de atenção primária seja satisfatório e de qualidade. Por outro lado, existe a necessidade de se incutir no setor saúde uma nova dinâmica no sentido de tornar as ações mais abrangentes, dando a possibilidade de participação de outros atores, a revisão e adoção de novas políticas sociais, que permitam reduzir as iniquidades sociais e buscar através de outros atores a sua participação e apoio ao setor saúde através da corresponsabilização destes na melhoria de saúde das populações.

Por outro lado, dado o desenvolvimento e mudanças que o país está a atravessar, importa que o setor saúde reforce a parceria com o setor de saúde privado, para que com apoio destes seja possível o alcançar das metas do milênio.

Angola possui programas e políticas (Saúde Sexual e Reprodutiva, Malária, VIH e SIDA, Saúde Infantil, Medicamentos Essenciais, etc.) bem definidas, contudo debate-se ainda com a sua operacionalização a nível local, o que acarreta o mau funcionamento da rede de atenção primária. A análise de implantação ou implementação tem exatamente como foco da avaliação a relação entre a intervenção (políticas, programas, serviços, ações) e seu contexto de inserção na produção dos efeitos, o que se torna particularmente importante quando a intervenção é complexa, com múltiplos componentes e contingências (HARTZ, 1997).

Podemos concluir que o projeto teve um impacto significativo na melhoria da qualidade de serviços da rede de atenção primária, da zona norte da província de Luanda e, que as atividades implementadas pelo projeto eram do domínio dos gestores e profissionais de saúde, das unidades inseridas no projeto.

Todos os entrevistados estão de acordo que se dê continuidade às ações do projeto, devido ao impacto que o mesmo teve na melhoria de qualidade da atenção da rede de atenção primária. Donabedian (1984) conceitua a avaliação como “um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível à relevância, efetividade e impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos”. O autor acrescenta que se trata de um processo organizativo que visa tanto melhorar as atividades que já vem sendo desenvolvidas como planejar o futuro

e orientar a tomada de decisões e foi com este propósito que buscamos saber dos gestores quais seriam os principais desafios para a continuidade das ações do projeto.

Da totalidade dos gestores, 6 (30%) referiram como principal desafio para a continuidade do projeto, a capacidade de monitorar e avaliar as ações; a disponibilidade de recursos foi mencionado por 4 (20%), a organização e acreditação por 3 (15%). Cada um dos elementos seguintes: sustentabilidade, descentralização, apropriação das ações e existência de uma equipa para implementação para apoio das ações foi referido por 1 (5%) gestor.

Contudo, observou-se que a continuidade das ações do projeto têm uma baixa sustentabilidade, devido a fatores técnicos, organizativos e administrativos que estão ligados as deficientes ações de supervisão, planeamento e liderança, com base nas constatações do estudo, que ainda se observa debilidades no registro da informação nos prontuários, livros de registro, falta de materiais e equipamentos para a prestação de serviços, não cumprimento e aplicação de normas e procedimentos clínicos e de enfermagem, falta de transporte, de recursos humanos em quantidade e qualidade, e se tivermos em consideração os pontos fracos do projeto, elementos que dificultaram a implementação e elementos cruciais para o futuro sucesso do projeto, e com base na revisão bibliográfica, apresentamos como subsídio para a DPSL dar continuidade às ações do projeto de melhoria de qualidade na província, que considere os seguintes elementos:

a) Atenção Primária a Saúde

Sendo a rede primária o primeiro ponto de contato do indivíduo com a rede sanitária, urge que se tomem ações no sentido de tornar operacional a rede já existente no nível da província de Luanda, tendo em consideração os seguintes elementos: provisão do pacote básico de serviços, alocação de recursos humanos, capacitação profissional e disponibilidade de materiais e equipamentos. Pode-se considerar como uma excelente oportunidade para a que isso aconteça a Municipalização dos serviços para estes possam entre outros: (1) assegurar a Integração das prioridades sanitárias no Plano de Desenvolvimento Municipal; (2) garantir o funcionamento do sistema de saúde municipal; (3) garantir o pacote essencial de cuidados e serviços em todas as unidades, equipas móveis e avançadas; (4) apoiar a Equipa da Repartição Municipal de Saúde na administração e gestão do Sistema de Saúde no Município para assegurar a prestação dos cuidados integrados de saúde a nível todas as Unidades Sanitárias; (5) garantir um sistema de referência e contra referência funcional (ANGOLA, 2010)

b)Municipalização dos Serviços de Saúde

Com a Municipalização, surge a grande oportunidade para o setor saúde poder operacionalizar as estratégias do MINSA no nível mais local, já que é nesse nível que onde se encontram os principais nós críticos, que acabam por afetar a capacidade resolutive da rede primária, que não possui nenhuma das características propostas pela OMS, para os cuidados primários de saúde.

Artmann (2000) destaca que embora se possa partir de um campo ou setor específico, os problemas são sempre abordados em suas múltiplas dimensões: política, económica, social, cultural, etc., e em sua multisetorialidade, pois as causas não se limitam ao interior de um setor ou área, específica e sua solução dependente muitas vezes de recursos extra-setoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação.

Importa realçar a importância da adoção de uma política concernente aos Agentes Comunitários de Saúde, pois estes constituem um elemento fundamental para as ações de melhoria de qualidade e para promover e reforçar os laços entre o serviço nacional de saúde e comunidade. A província de Luanda tem um projeto piloto de Agentes Comunitários de Saúde, que enfrenta vários problemas para a sua total implementação concernentes à falta de uma política e de recursos financeiros, para garantir o funcionamento e sustentabilidade do mesmo. Contudo, a DPSL observa que o trabalho por estes realizado nas comunidades ajudou a melhorar substancialmente a situação da saúde materno-infantil e a participação comunitária. Por outro lado propomos que a DPSL reforce a parceria com as Organizações de base Comunitária, no sentido de fazer com que as ações destas no setor saúde sejam mais abrangentes nas comunidades. Projeto de Agentes Comunitários, Luanda 2006.

Tendo em conta os problemas enfrentados pelo SNS ano nível primário e a complexidade de sua resolução, propomos que seja introduzido no nível municipal o Planeamento Estratégico Situacional (PES), que está descrito como sendo o método de planeamento por problemas e trata principalmente, dos problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existe uma solução normativa ou previamente conhecida, como no caso daqueles bem estruturados e, o poder se encontra compartilhado, ou seja, nenhum ator detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na situação.

Por sua vez Countrandrioupoulos et Al (2005), assumem que as organizações pluralistas não dependem de uma única liderança individual, envolvendo conselho de

administração, chefe de serviço e representações corporativas. O exercício de liderança, não supõe apenas alargar a capacidade de decisão dos dirigentes locais (descentralização e regionalização) e regionais, mas a necessidade de articular várias lideranças, situadas em diversas esferas de poder e níveis do sistema, sustentando o conceito nesta perspectiva de liderança coletiva como o mais adequado ao gerenciamento do setor.

c) Avaliação/ Planejamento

Um dos principais desafios apontados pelos gestores está ligado a capacidade da DPSL, poder fazer a avaliação das ações do projeto que são levadas a cabo nas unidades sanitárias.

Assim propomos esta abordagem para que as ações dos projetos possam ser realizadas com regularidade e de forma organizada, sejam planificadas a fim de se poder medir, tendo em conta o resultado que se deseja alcançar. Pensamos que o Planejamento Estratégico Situacional a nível local de Carlos Matus, constitui uma excelente aposta, para que se crie e reforce a capacidade institucional a nível municipal uma vez que a sustentabilidade das ações é muito baixa e onde Matus (1978), desenvolveu os conceitos de espaço do problema e espaço de governabilidade do ator, e propôs o desenho de um plano de intervenção em dois níveis: o plano de ação, que abrange as causas dos problemas situados dentro do espaço de governabilidade do ator e o plano de demandas que aborda as variáveis sob o controle de outros atores.

Com base nos problemas apresentados, podemos concluir que estes são problemas que podem afetar seriamente o funcionamento da rede de atenção primária, pelo que é necessário que haja uma intervenção. Caso estes problemas persistam estes podem levar ao surgimento de problemas mais graves no futuro, se considerarmos Artmann (2000), que refere que os problemas podem ser classificados em finais, estes se referem à missão institucional, que são aqueles vividos pela clientela que justifica a existência da instituição. Os problemas intermediários são aqueles problemas que não se relacionam diretamente ao produto final, mas seu enfrentamento é necessário para viabilizar a missão das organizações e dele depende também a qualidade dos produtos finais. Os problemas atuais são aqueles que se manifestam hoje, no presente e os potenciais referem-se a processos tendenciais que levariam a expressão de problemas no futuro e para os quais é necessária uma atuação preventiva, pois se torna estratégica para evitar situações graves e também economizar custos económicos ou políticos. Por seu lado Giegold (1980), refere que o Planejamento é o processo pelo qual tentamos aumentar a probabilidade dos resultados, além e acima da probabilidade de que isso aconteça.

Pensamos que, a abordagem do Método PES que prevê quatro momentos (Matus, 1993, 1994), para o processamento técnico-político dos problemas: os momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional, será possível conhecer melhor os problemas da rede primária de atenção da província de Luanda, e buscar enfrentá-lo desde que haja o compromisso dos atores concretos envolvidos. Segundo Rivera e Artmann (2010), o modelo mais adequado de gerenciamento no setor saúde, é o comunicativo, que busca a negociação e o consenso, que tem como base a não padronização absoluta dos processos e resultados; a diversificação crescente de seus produtos e o alto nível de dependência que se estabelece entre serviços e categorias profissionais, para geração dos mesmos.

d) Liderança e Comunicação

Outro elemento importante a ter em consideração, é a necessidade de se fortalecer a liderança no setor saúde a nível local, uma vez que a atenção primária como porta de entrada, tem que estar organizada e preparada para responder a demanda, aos objetivos do MINSA.

Para Angola, onde os serviços de saúde se confrontam com uma série de problemas, desde o nível organizacional, até a prestação de serviços, observa-se numa necessidade cada vez mais crescente de uma comunicação/negociação entre os vários atores envolvidos na oferta e gestão dos serviços, incluindo os decisores políticos, usuários e outros potenciais atores. Podemos concluir que a liderança no setor saúde tem que ser coletiva, uma vez que o trabalho ali prestado é um trabalho de equipes, ou um serviço que está diretamente relacionado ou ligado a outro e para que tenha sucesso, ou seja uma prestação de serviços de qualidade há necessidade de um trabalho em equipe. Rivera e Artmann (2006) reforçam a importância da comunicação, negociação, linguagem, visão, responsabilização, trabalho de equipe, clínica do sujeito, aprendizagem, acolhimento, redes/alianças elementos fundamentais para uma boa liderança coletiva no setor saúde.

O projeto é de extrema importância para a melhoria da saúde materno-infantil na rede de atenção primária, mas para que este tenha sucesso, torna-se necessário que a DPSL, tenha em consideração a necessidade de recursos materiais e equipamentos, recursos humanos qualificados, transporte e recursos financeiros para que as ações sejam sustentáveis.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGOLA. *Lei nº 21-B/92 28 Agosto de 1992 (Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde)*.

In: Diário da República 1992; 34, I série.

ANGOLA. *Decreto-Lei 54/03 de 5 Agosto de 2003 (Regulamento Geral das Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde)*. In: Diário da República 2003; 61: I série.

ANGOLA. *Decreto nº 36/02 de 19 de Julho (Regulamento Sobre Regime de Participação da População nos Custos de Saúde)* In: Diário da República, I Série – nº 57. Luanda, 2002

ANGOLA. Ministério do Planeamento. Agências das Nações Unidas. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório de Progresso MDG/NEPAD*, Angola, Luanda. 2003b:

Disponível

em:

<http://mirror.undp.org/angola/LinkRtf/MDG%20Relatorio%20Outubro%200003.pdf>.

acessado aos 2 de Fevereiro de 2011

ANGOLA. Ministério da Saúde. *Documento de Políticas e Normas para Prestação de Serviços de Saúde*. 2ª edição. Luanda, 2004.

ANGOLA. Ministério da Saúde. Direção Nacional de Saúde Pública. *Plano Estratégico para Redução Acelerada da Mortalidade Materno-infantil em Angola, 2005-2009*. Luanda, 2004b.

ANGOLA. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), 2006-2008*. Luanda, 2005.

ANGOLA. Ministério da Geologia e Minas e Indústria. Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatísticas. *Relatório Estatístico*. Luanda, 2006.

ANGOLA. Ministério da Saúde. *Relatório do Inquérito de Avaliação de Necessidades de Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência*. Luanda, 2007a.

ANGOLA. Ministério da Saúde. Direção nacional de Saúde Pública. *Roteiro para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em Angola, 2007-2015*. Luanda, 2007b.

ANGOLA. Ministério da Saúde. *Sistema Local de Saúde em Angola: Conceitos e Modelos para Planificação Municipal e Provincial*. Luanda, Maio de 2008.

ANGOLA. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde (5º Esboço)*. Luanda, Março de 2009.

ANGOLA. Governo da Província de Luanda (GPL). *Municípios de Luanda em 2010*. Disponível em: <http://www.gpl.gv.ao/usuario/FormulariosMenu/Municipios.aspx> - Acessado aos 4 de Novembro de 2010.

AGUILAR MJ, ANDER – Egg E. *Avaliação de programas e serviços sociais*. Petrópolis: EDITORA Vozes, 1994.

ARTMANN E. *Possibilidades de Aplicação do Enfoque Estratégico de Planejamento no nível Local de Saúde: Análise Comparada de duas Experiências*. Cad. Saúde Pública 1997; 13(4):723-740.

ARTMANN E. *Planejamento Estratégico Situacional no nível local: Um Instrumento a favor da Visão Multissetorial*. Centro de Tecnologia/COPPE/UFRJ. Cad. de Oficina Social 2003.

CAMPIONE A. *Análise dos Principais Recursos na Área de Saúde Presentes na Província de Luanda*. Luanda: Centro Interuniversitário de Investigação dos Países em Desenvolvimento, Programa de Vigilância Epidemiológica em Angola, Cooperação Itália-Angola. Luanda, 1998.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Padeia*. São Paulo: Hucitc, 2003.

CHAMPAGNE, F. CONTANDRIOPOULOS AP. Brousselle A. Hartz Z. Denis JL. *L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes*. In: Brousselles A, Champagne F. Contandriopoulos AP, Hartz Z. *L'évaluation: concepts et methods*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, ANDRÉ –PIERRE et al. *Avaliação na Área de Saúde: Conceitos e métodos*. IN:HARTZ, Z.M.A.(org). *Avaliação em Saúde dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 1997.p.29-48.

CRUZ NETO, O. *O trabalho de Campo como Descoberta e Criação*. In: Minayo, Maria Cecília de Souza, organizadores. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1997.

DESLANDES SF. *Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde*. Cad Saúde Pública, 1997.

DPSL. *Relatório Anual de Actividades*, Luanda-Angola. 2008

DPSL. *Relatório Anual de Melhoria de Qualidade*, Luanda-Angola. 2008

DONABEDIAN A. *Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Health Administration Press; 1980.

DONABEDIAN A. *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación*. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana. Ediciones científicas. México. 1984.

DONABEDIAN A. *Enfoques Básicos para la Evaluación. Estructura, Proceso y Resultado*. In: *La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación*. La Prensa Médica Mexicana, México; 1984.

DONABEDIAN A. *Exploration Quality Assessment and Monitoring: The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring*. Michigan: Health Administration Press; 1985. v. III.

DONABEDIAN A. *The Seven Pillars of Quality*. Arch Pathol Lab Med 1990; 114(11):1115-1118.

DONABEDIAN A. *Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica*. Ed. Instituto Nacional de Salud Publica. México D.F, 1990a.

DONABEDIAN A. *The Quality of Care. How Can it be Assessed?* JAMA 1999; 260(12):1743-1748.

D'ORNELAS A.C. et al: *Processo de Atendimento e Qualidade da Assistência ao Parto de Mulheres com maior Acesso a Bens Sociais*. Einstein , 2009; 7(3 Pt 1):322-7

DPSL, *Relatório Melhoria de Qualidade*. Luanda, Angola, 2007.

FRANCO, T. B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. *O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim*.(MG). In Merhy E.E.; MAGALHÃES JR., H. M.;RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2004.

FLORES, F. *Inventando la empresa del siglo XXI*. Santiago: Hataché, 1998.

FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.H.; SARINHO,S.W. *Burnout na saúde da família. Experiências de médicos e enfermeiras*. Recife: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, 2008, 196p.(Série Publicações Científicas do Instituto Materno-Infantil de Pernambuco, n.13)

FIGUEIRÓ A.C., Frias PG, Felisberto E, Samico I. *A Avaliação no Contexto das Mudanças na Organização e nas Práticas de Saúde*. In: FREESE E. (organizador). Municípios: A Gestão da Mudança em Saúde. Editora Universitária/UFPE. Recife, 2004. p. 127-42.

FURTADO J.P. *Avaliação Normativa de Programas e Serviços*. In: Campos G.W.S, et Al. (Organizadores). Tratado de Saúde Coletiva. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro, 2006.

GADAMER, 1975. *Truth and Method* apud Matus, C., 1987.

GANDIN, D. *A prática do planejamento participativo*. 2.ed. Petrópolis:Vozes, 1994

GEPE: *Plano de Desenvolvimento Sanitário da Província de Luanda*. Rede Sanitária da Província de Luanda, 2008.

GIEGOLD, W.C. *Administração por objetivos: uma abordagem de instrução programada: planejamento estratégico e o processo APO*. São Paulo: MC Graw-Hill, 1980.

GONÇALVES H. DOMINGUES I. *Qualidade em saúde* (2002). Disponível em:<<http://economiasaude.planetaclix.pt/APES-HelenaGoncalves.pdf>> Acessado em 15 de Abril de 2010.

GUBA EG, LINCON YS. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

HARTZ Z.M.A, et Al. *Avaliação do Programa Materno-infantil: Análise da Implantação em Sistemas Locais de Saúde no Nordeste do Brasil*. In: Hartz Z.M.A et Al.(Organizadores). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.

HARTZ Z.M.A. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1997.

HARTZ Z.M.A. *Institutionalizing the Evaluation of Health Program and Policies in France: Cuisine Internationale over Fast Food and Sure Measure over Ready-made*. Cad Saúde Pública 1999; 15(2): 229-259.

HARTZ Z.M.A. *Avaliação dos Programas de Saúde: Perspectivas Teórico-Methodológicas e Político-institucionais*. Cien. Saúde Coletiva 1999; 4(2): 341-353.

HARTZ Z.M.A, CONTANDRIOPOULOS AP. *Integralidade da Atenção e Integração de Serviços de Saúde: Desafios para Avaliar a Implantação de um "Sistema Sem Muros"*. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(Supl. 2): S331-S336.

HARTZ ZMA, SILVA L.M.V. *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2005. 275 p.

HARTZ Z.M.A, FELISBERTO E., SILVA L.M.V. *Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 409 p.

HORTALE VA, PEDROZA M, ROSA MLG. *Operacionalizando as Categorias de Acesso e Descentralização na Análise de Sistemas de Saúde*. Cad. Saúde Pública 2000; 16(1):231-239.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY/ Center for Communication Programs; JHPIEGO Corporation; MSH; USAID.PROQUALI: *metodologia para melhorar a qualidade de serviços de saúde*, 2002. CD-ROM.

LOHR K. Institute of Medicine. *Medicare: a strategy for quality assurance*. Washington, DC: National Academy Press, 1990.

MSH/ANGOLA (Management Sciences for Health/Angola). *Estudo de Linha de Base Sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas nos Municípios de Cacuaco, Cazenga e Viana*. Luanda, 2002a.

MSH/ANGOLA (Management Sciences for Health/Angola). *Projecto Reforço: Relatório Trimestral de Actividades*. Luanda, 2002b.

MSH/ANGOLA (Management Sciences for Health/Angola). *Projecto Reforço: Relatório Trimestral de Actividades*. Luanda, 2002b.

MSH/ANGOLA (Management Sciences for Health/Angola). *Bases para a Expansão da melhoria da Qualidade em Saúde Materno-Infantil*. Luanda. Julho de 2005.

MAIATO E.L. *A Educação Acadêmica e Científica no Processo de Estabilização de Angola*. In: Zengo Z.A., Van-Dúnem J.O.S. (Organizadores). *Caminhos e Perspectivas para o Progresso Cultural, Social e Econômico Sustentável*. Anais do Fórum de Quadros Angolanos e Angolanistas. 2007.

MINAYO M.C.S. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

NOGUEIRA R.P. *Perspectivas da Qualidade em Saúde*. Rio de Janeiro: Qualitymark; 1994.

OLIVEIRA L.R, RIZZATO A.B.P., MAGALDI C. *Saúde Materno-infantil: Visão Crítica dos Determinantes e dos Programas Assistenciais*. Rev Saúde Públ 1983;17:208-20.

OLIVEIRA M.S., ARTMANN E. *Regionalização dos Serviços de Saúde: Desafios para o Caso de Angola*. Cad. Saúde Pública 2009; 25(4):751-760.

OLIVEIRA M.S. *O Processo de Descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola*. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado]- Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

OMS. *Estratégia da OMS de cooperação com os países: Angola-2002-2005*. Genebra: OMS; [s.d.].

OMS. Declaração de Alma-Ata. *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Alma-Ata; URSS. 1978.

OMS. *Preparación de Indicadores para Vigilar los Progresos realizados en logro de salud para todos en año 2000*. Genebra: OMS; 1981. Salud para todos, 4.

OMS. *Relatório da Saúde no Mundo em 2005: fazer com que cada mãe e cada filho contem*. Genebra: OMS; 2005.

OMS. *Estratégia de cooperação OMS com os Países 2009-2013*. Brazzaville, República do Congo: OMS Escritório Regional Africano; 2009.

OPAS. *Ações de Saúde Materno-infantil a nível local: segundo as metas da cúpula mundial em favor da Infância*. Washington: OPAS; 2000.

ORTEGA Y GASSER, 1936. *História como sistema* apud Matus, C. 1987.

PAIM, J. S. *A reforma sanitária e os modelos assistenciais*. In ROUQUAYROL: ALMEIDA-FILHO. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro, 1999.

_____, *Saúde política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

_____, *Políticas de saúde no Brasil*. In: ROUQUAYROL: ALMEIDA-FILHO, Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PATTON M.Q. *Evaluation Issues in Pratical Perspective*. In: Patton MQ. Pratical evaluation. London: Sage Publications; 1982.

_____, *Utilization-focused Evaluation: The New Century Text*. London: Sage Publications; 1997.

PATHFINDER INTERNATIONAL, *Relatório do Estudo de Linha de Base do Projeto Muiji wa Disanze*, Luanda, 2008.

RIVERA F.J.U., ARTMAN E. *A Liderança como Intersubjetividade Lingüística*. Interface - Comunic Saúde Educ 2006;10(20):411-26.

RIVERA, F.J.U., ARTMANN, E. *Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa*. Ciênc. saúde coletiva, Ago 2010, vol.15, no.5, p.2265-2274.

RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. *Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metológica e agir comunicativo*. Ciênc. saúde coletiva, 1999, vol.4, no.2, p.355-365. ISSN 1413-8123

SAMICO I. et Al. (Org.). *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.

SILVA L.M.V, FORMIGLI V.L.A. *Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas*. Cad Saúde Pública 1994; 10(1):80-91.

STARFIELD B. *Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde; UNESCO; 2002.

TANAKA, O.Y.; MELO, C.M.M. *Avaliação de Serviços e Programas de Saúde para a Tomada de Decisão*. In: Rocha A.A., Cesar C.L.G. (Org.). Saúde Pública - Bases Conceituais. São Paulo: Editora Atheneu, 2008.

TEIXEIRA, R. R. *O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003: 89-111.

TRAVASSOS C, MARTINS M. *Uma Revisão sobre os Conceitos de Acesso e Utilização de Serviços de Saúde*. Cad Saúde Pública 2004; 20(Supl.2):190-198.

VEMBA L.V, NEVES I. *Barreiras Sócio-Económicas e Culturais na Utilização dos Cuidados Obstétricos de Urgências na Região Sanitária Norte de Luanda, 2000-2001*. Luanda: Direcção Provincial de Saude; 2001.

VEMBA L.V. *As Três Dimensões Críticas do Sistema de Saúde Angolano, 1997-2002*. Luanda: United States Agency for International Development; 2002.

VUORI H. *Strategies for Improving the Quality of Health Care*. In: Seminário de Avaliação dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 1980 nov. 21-25;

UFRGS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL). *Programa de Pós Graduação em Epidemiologia*. Disciplina: Planejamento Estratégico em Saúde. Disponível em: http://paginas.ufrgs.br/ppgepi/mp_gts/disciplinas/planejamento-estrategico-em-saude - acessado em 27 Abril de 2010.

UCHIMURA K.Y, BOSI M.L.M. *Qualidade e subjectividade na avaliação de programas e serviços*. Cad. de Saúde Pública 2002;18 (6): 1561-69.

X. ANEXOS

ANEXOS

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Comité de Ética em Pesquisa da ENSP

TERMO DE CONSENTIMENTO

O(A) Senhor(a) está convidado(a) para participar da pesquisa “Impacto do Projecto de Reforço dos Serviços de Saúde Materna-Infantil, na Melhoria da Qualidade dos Serviços da Rede de Atenção Primária, na província de Luanda – Angola”. O(A) Senhor(a) foi selecionado(a) por trabalhar num(a) dos(as) Centros de Saúde, objeto da nossa pesquisa e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o(a) senhor(a) pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com a pesquisadora ou com a Instituição. O objetivo do estudo é: Analisar o impacto do “Projecto de Reforço dos Serviços de Saúde Materna - Infantil”, na Melhoria da Qualidade dos Serviços de Referência de Atenção Primária de 3 Municípios da Província de Luanda. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas do questionário que serão feitas por mim Hirondina Esperança de Armando Cucubica, responsável pela pesquisa e aluna de Mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro. Uma vez que será mantido sigilo quanto à sua identidade e conteúdo das suas respostas, não há riscos relacionados com a sua participação. Os benefícios relacionam-se com o entendimento da problemática em estudo e com a produção de conhecimento e de ferramentas que auxiliem na melhoria da qualidade dos serviços de atenção primária da rede de saúde de Luanda, Angola. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação. Os nomes dos entrevistados não constarão no texto da pesquisa nem tampouco no questionário uma vez que os participantes serão identificados através de números. A identificação será de conhecimento apenas do pesquisador que se compromete através deste termo à não revelá-los.

Finalmente fica sublinhado que o(a) Senhor(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do responsável pela pesquisa, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento.

_____ aos _____ de _____ de 2010

Nome e assinatura do responsável pela pesquisa

Hirondina Esperança de Armando Cucubica

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo participar.

_____ aos _____ de _____ de 2010

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa.

Endereço para Contato:

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP / ENSP :

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210; Tel e Fax - (21) 2598-2863; E-mail : cep@ensp.fiocruz.br

Em Angola – Ministério da Saúde/ Direção Provincial da Saúde de Luanda, Rua: Amilcar Cabral, N°126/128

C.P. nº 1201 - Luanda. Tel. -00-244- 912244667-925074840, E-mail: hcucubica@gmail.com - Luanda – Angola

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

Comitê de ética em Pesquisa da ENSP

**TERMO DE CONSENTIMENTO ESPECÍFICO PARA GESTORES DO
NÍVEL PROVINCIAL, MUNICIPAL E NACIONAL**

O(A) Senhor(a) está convidado(a) para participar da pesquisa “Impacto do Projecto de Reforço dos Serviços de Saúde Materna-Infantil, na Melhoria da Qualidade dos Serviços da Rede de Atenção Primária, na província de Luanda – Angola”. O(A) Senhor(a) foi selecionado(a) por trabalhar num(a) dos(as) Centros de Saúde, objeto da nossa pesquisa e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento o(a) senhor(a) pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com a pesquisadora ou com a Instituição. O objetivo do estudo é: Analisar o impacto do “Projecto de Reforço dos Serviços de Saúde Materna - Infantil”, na Melhoria da Qualidade dos Serviços de Referência de Atenção Primária de 3 Municípios da Província de Luanda. A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas do questionário que serão feitas por mim Hirondina Esperança de Armando Cucubica, responsável pela pesquisa e aluna de Mestrado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro. Uma vez que será mantido sigilo quanto à sua identidade e conteúdo das suas respostas, não há riscos relacionados com a sua participação. Os benefícios relacionam-se com o entendimento da problemática em estudo e com a produção de conhecimento e de ferramentas que auxiliem na melhoria da qualidade dos serviços de atenção primária da rede de saúde de Luanda, Angola. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação. Os nomes dos entrevistados não constarão no texto da pesquisa nem tampouco no questionário uma vez que os participantes serão identificados através de números. A identificação será de conhecimento apenas do pesquisador que se compromete através deste termo à não revelá-los. Contudo

existe a possibilidade do (a) Senhor(a), ser identificado pelo conteúdo das respostas em função do cargo que ocupa.

Finalmente fica sublinhado que o(a) Senhor(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do responsável pela pesquisa e do CEP, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento.

_____ aos ____ de _____ de 2010

Nome e assinatura do responsável pela pesquisa

Hirondina Esperança de Armando Cucubica

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo participar.

_____ aos ____ de _____ de 2010

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa.

Endereço para Contato:

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública - CEP / ENSP :

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210; Tel e Fax - (21) 2598-2863; E-mail : cep@ensp.fiocruz.br

Em Angola – Ministério da Saúde/ Direção Provincial da Saúde de Luanda, Rua: Amilcar Cabral, N°126/128

C.P. n° 1201 - Luanda. Tel. -00-244- 912244667-925074840, E-mail: hcucubica@gmail.com - Luanda – Angola

Eu _____
_____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo como sujeito. Declaro que fui

devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre os objetivos da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me também garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isso traga qualquer prejuízo a pesquisa.

_____ aos _____ de _____ 2010

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAUDE PUBLICA

QUESTIONÁRIO PARA GESTORES DO NÍVEL PROVINCIAL, MUNICIPAL E NACIONAL

PROVÍNCIA DE LUANDA

Proposta para Análise do Impacto do Projecto de Reforço dos Serviços de Saúde Materna – Infantil, na melhoria da qualidade dos serviços na rede da atenção primária da província de Luanda - Angola

IDENTIFICAÇÃO

Idade: _ Sexo: M /F

Hab. Literárias / Profissão Função/Cargo/Departamento/Secção

Província / Data

Pergunta 1: Há quanto tempo funciona no serviço nacional de saúde?

Pergunta 2: Há quanto tempo exerce o cargo ?

Pergunta 3: Conhece o Projecto de Reforço dos Serviços de Saúde Materno-infantil/Melhoria de Qualidade - Management Sciences for Health(MSH) ?

3.b) Se sim, há quanto tempo?

Pergunta 4: Fale sobre os objectivos da implementação do projecto para :

- Nível rede de atenção primária.
- Nível provincial.
- Nível Nacional.

Pergunta 5: Os objectivos do projecto Reforço/ Melhoria de qualidade dos serviços de saúde materno – infantil foram alcançados? Argumente.

5a.) Com o projeto, que mudanças foram observadas no âmbito da qualidade dos serviços a nível ou das unidades sanitárias?

- a. Supervisão / b. Formação técnicos/ c. Reabilitação infraestrutura
- d. Apetrechamento mobiliário/ e. Disponibilização de normas e protocolos
- f. Disponibilização de material de Informação Educação e Comunicação (IEC)
- g. Planificação actividades /h. Reuniões Trimestrais de balanço/ i. Avaliação prestação de serviços
- j. Constituição comité de melhoria/ l. Medição do grau satisfação usuário
- m. Medição do tempo permanência do usuário na unidade/ n. Análise da produção de serviços
- o.8 Atribuição tarefas/ p.8 Responsabilização dos gestores e profissionais
- q. Gestão participativa /r. Prestação de contas /s. Execução de procedimentos de enfermagem e clínicos/t. Actividades comunitárias/ Outras / Quais

Pergunta 6: Pontos fortes do Projecto Reforço/ Melhoria de Qualidade? Argumente.

Pergunta 7: Pontos fracos do Projecto Reforço/Melhoria de qualidade? Argumente.

Pergunta 8^a): Recomenda a continuidade do Projeto Reforço/Melhoria de Qualidade pela Direcção Provincial de Saúde de Luanda?

a. Se não, porquê?

Pergunta 8b): Quais são os desafios para continuidade do Projecto Reforço/ melhoria de qualidade por parte da Direcção Provincial de Saúde de Luanda?

Pergunta 9: Qual foi o papel da liderança de nível provincial e municipal na implementação do Projecto Reforço/Melhoria de Qualidade na rede de Atenção Primária?.

Contacto: Hírdina E.A. Cucubica

Mestranda em Saúde Pública

ENSP – Fiocruz – Rio de Janeiro

Tel. : 912244667-925074840

E-mail: hcucubica@gmail.com

Luanda – Angola

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAUDE PUBLICA

QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DAS UNIDADES COMTEMPADAS NO PROJETO DOS MUNICÍPIOS DE CACUACO, CAZENGA E VIANA – PROVÍNCIA DE LUANDA

Proposta para “Análise do Impacto do Projecto de Reforço dos Serviços de Saúde Materna – Infantil , na melhoria da qualidade dos serviços na rede da atenção primária da província de Luanda – Angola”

IDENTIFICACÃO

Idade/ Sexo: M/ F

Hab. Literárias / Profissão Função/Cargo /Unidade Sanitária

Município / Provincia /Data

Pergunta 1: Há quanto tempo trabalha no serviço nacional de saúde?

Pergunta 2: Conhece, ou já ouviu falar do Projecto de Reforço de Saúde Materno-Infantil/Melhoria da Qualidade?

Pergunta 3: Já ouviu falar em melhoria da qualidade dos serviços de saúde?

Pergunta 3.a) Onde e quando ouviu falar de melhoria de qualidade dos serviços?

a) Seminário/ Workshop / b.) Meios de Informação/ c.Serviço / Outros

Pergunta 4: A sua unidade esteve inserida nas actividades de melhoria da qualidade implementadas pelo Projecto de Reforço dos Serviços de saúde materno-infantil?

4.1. Se sim, desde que ano?

Pergunta 5: Qual é ou foi seu papel, durante a implementação do das actividades do Projecto de Reforço ?

a. Director clínico/ b. Administrador US / c.Técnico

d. Superintendente / e.Chefe de serviços

Pergunta 6: Pode dizer como era o funcionamento dos serviços na unidade de saúde em que trabalha antes da implementação do Projecto de Reforço dos Serviços de saúde materno-infantil?

a. Mau/ b. Regular/c. Bom /Explique

Pergunta 7: No seu entender, o que é a melhoria de qualidade dos serviços, para a sua unidade?

a. Organização dos serviços/b.Fazer bem e de forma correcta os procedimentos (médicos e de enfermagem /c. Formação técnicos /d. Uso de normas e protocolos de serviços
e. Satisfação usuários / f. Existência médico/g. Disponibilidade de recursos financeiros/
h. Disponibilidade materias/equipamentos/ i. Disponibilidade de medicamento/
j. Existência de ambulância/Outros. Especifique

Pergunta 8: Quais das actividades abaixo, foram implementadas no âmbito do projecto de Reforço/ melhoria da qualidade dos serviços, na sua unidade?

a. Supervisão/ b. Formação técnicos/ c. Reabilitação infraestrutura
d. Apetrechamento mobiliário/ e. Disponibilização de normas e protocolos
f. Disponibilização de material de IEC/ g. Planificação actividades
h. Reuniões Trimestrais de balanço / i. Avaliação prestação de serviços
j. Constituição do comité de melhoria/ l. Medição do grau satisfação usuário
m.Medição tempo permanência do usuário nos serviços/ n. Análise da produção de serviços
o. Atribuição tarefas / p. Responsabilização dos gestores e profissionais
q. Gestão participativa / r. Prestação de contas/ s. Visitas domiciliare
t. Agentes de comunitários de saúde/ u. Participação comunitária / v.Actividades comunitárias
Outras. Especifique

Pergunta 9: Na sua opinião que aspectos facilitaram a implementação e implantação das actividades do Projecto Reforço/Melhoria de qualidade?

Pergunta 10: Mencione os aspectos que a seu ver dificultaram a implantação e implementação das actividades do Projecto de Reforço?

Pergunta10. O projecto ajudou a melhorar a qualidade dos serviços de saúde materno-infantil na rede de atenção primária?

Se sim, explique como. Se não, explique o porquê

Pergunta 11: Descreva quais foram as mudanças que se verificaram com a implementação do Projecto de Reforço/melhoria da Qualidade nesta unidade sanitária.

a. Melhoria na prestação de serviços /b. Reabilitação infraestrutura
c. Apetrechamento mobiliário/ d. Disponibilização de normas e protocolos
e. Disponibilização de material de Informação Educação e Comunicação
f. Planificação actividades /g. Reuniões Trimestrais de balanço

- h. Avaliação prestação de serviços/ i. Constituição comité de melhoria
- j. Medição do grau satisfação usuário nos serviços / l. Análise da produção de serviços
- m. Atribuição tarefas / n. Responsabilização dos gestores e profissionais
- o. Gestão participativa / p. Prestação de contas/ q. Acolhimento/privacidade
- r. Medição do tempo de permanência do usuário nos serviços/ s. Formação de técnicos
- t. Execução de procedimentos de enfermagem e clínicos . Argumente

Pergunta 12: As mudanças em causa têm a ver com algum outro factor, ou intervenção?

Se sim, qual?

Pergunta 13: Recomendaria a continuidade do Projecto de Reforço/Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde materno-infantil? Argumente.

Pergunta 14: De acordo com as experiências obtidas durante implantação e implementação do Projecto de Reforço/Melhoria de qualidade dos serviços de saúde materno-infantil, sendo a 1ª fase com apoio do (MSH) e 2ª fase sob a liderança directa da (DPSL), que elementos considera cruciais para o sucesso das actividades do projecto?

-
- a. Quantidade e qualidade dos recursos humanos/ b. Liderança /c. Administração/ Gestão
 - d. Disponibilidade de recursos financeiros /e. Disponibilidade de materiais e equipamentos
 - f. Existência e clareza de Políticas e Normas/ Disponibilidade de material de Informação Educação e Comunicação/g. Existência de medicamentos/ h. Supervisão contínua
 - i. Reabilitação de infra-estruturas/ j. Clareza do projeto/ l. Gestão participativa
 - m. Prestação de contas / n. Participação comunitária/ Outros. Argumente

Contacto: Hironcina E.A. Cucubica
Mestranda em Saúde Pública
ENSP – Fiocruz – Rio de Janeiro
Tel. : 912244667-925074840
E-mail: hcucubica@gmail.com
Luanda – Angola

ANEXO 6 – Roteiros para prontuários

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAUDE PUBLICA
ANÁLISE DE PRONTUÁRIOS

PARA COLECTA DE INFORMAÇÃO SOBRE A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Identificação

Prontuário/Ficha registo #:/ Ano / Unidade Sanitária/ Serviço/Município Província /Data

Atenção ao parto: Ficha clínica de parto

I. Observar se o preenchimento da ficha foi realizado de forma correcta.

Identificação /Data de entrada/ Hora /Idade de gestação Semanas /Meses

Queixa principal/Exame Físico Geral /Exame Obstétrico /Palpação/ Toque

Diagnóstico preliminar/ Assinatura Legível

II. Observar se o partograma está correctamente preenchido.

Data /Bacia /Frequência cardíaca fetal/Líquido amniótico/Moldagem da cabeça

Dilatação cervical/ Fase lactente/ Fase activa/Contrações per 10 mins /OxitocinaU/I

Medicamentos e Fluidos/Pulso/ Tensão arterial/Temperatura/ Urina

III. Observar se a seguinte informação está correctamente preenchida.

Registo do parto/ Registo sobre Dequitação? Registo sobre Hemorragia pós parto? Registo sobre Estado do Perineo/ Registo de Colo-Laceração/Recém-Nascido

Observações do berçário/Observações/Registo da Alta/ Assinatura legível

Atenção ao parto

Livro deregisto diário de partos

I. identificação: Mês/ Ano

II. Identificação gestante: N° se série da parturiente/N° de processo

Data de entrada/ Dia/ Hora/ Nome / Município/ Idade Gestações semanas/ Idade gestação meses/

I. Descrição parto: Foco a entrada/Parto Dia/ Hora /Eutócico/ Cefálico

Outra apresentação/ Distócico /Recém –nascido/ Nado morto /Vivo apgar /Sexo

Peso(Kg)/ Berçário /BCG/data/ Polio/data/ Falecido/data/ Observações/ N° processo

R/N se for internado/ Assinatura parteira/ Assinatura enfermeira berçário

Planeamento familiar

Livro de registro diário dos serviços de planeamento familiar

Registro diário dos serviços: mês /ano /data/nome

caso novo/retorno/idade

Caso novo: registra o método distribuído?

Retorno: registra o método distribuído?

Registro da quantidade distribuída por métodos?

Registro das complicações por métodos?

Registro de observações?

Ficha de consulta de planeamento familiar

Identificação completa/ Método recebido/ Data início/ Data encerramento

Motivo encerramento /Meses uso/ Primeira consulta: registo completo

Antecedentes patológicos/Antecedentes gineco-obstétricos/ Exame físico completo

Exame ginecológico/Citologia Oncótica/Retorno/Assinatura

II. Acompanhamento clínico

Data/Peso/ Pressão Arterial/ Data Última Menstruação/Conduta/Retorno

Consulta pré natal

Livro de registro diário de consultas pré natal

Identificação: N° de Ordem/ Data/ N° de Registo/ Nome /Morada/ Idade

II. Registro de consulta: Consulta (idade de gestação/Trimestre)/ Retornos (Consultas)/Vacinação Antitetânica-Dose/FANSIDAR –Doses/ Mosquiteiros / Observações

Caderno de seguimento da consulta pré - natal

Identificação completa?/ Registo da 1ª consulta completa?
Registo informação completa sobre antecedentes da mulher que nunca teve parto?
Registo de informação completo sobre antecedentes da mulher que já teve parto?
Registo de informação sobre perguntas sobre o último parto completo?
Registo sobre visitas médicas completo?
Registo informação sobre vacina antitêtanica completa?
Registo de informação sobre exames auxiliares de diagnóstico completo?
Registo de informação sobre critérios para referência?

Puericultura

Livro de registo de controlo de crescimento
Identificação/Nº da criança/Nome/Idade em meses
Registo de informação sobre 1ª consultas feito de form correcta
Registo de Consultas Seguintes/Registo de informação sobre Calendário de Vacinação correcta? BCG/Penta/Polio1/Penta/Polio2/ Penta/Polio3/
Sarampo/Vitamina A/Febre amarela/ Observação

Pediátria-AIDI

Livro de registo diário de consultas
Identificação/Número de ordem/ Data/dia/ Nome/ Idade/ Sexo/ Peso (Kgs)
Sinais/Sintoma/ Diagnóstico
II. Conduta: Indicações/Dosagem /Dose/ Nº dias /Quantidade / Observações

FICHA DE CLASSIFICAÇÃO - AIDI

Ficha de classificação do atendimento á criança de 2 meses a < 5 anos de idade
Identificação/Verifica se sinais gerais de perigo e conduta? /Tosse ou dificuldade de respirar?
/Diarreia? /Febre? Problema do ouvido? /Malnutrição ou anemia?/ Situação de vacinação da criança /Alimentação da criança se esta tiver anemia, muito baixo peso: Tratamento conforme classificação?/Visitas subsequentes

Vacinação

Livro de registro diário de vacinação

O registro das vacinas aplicadas diariamente é feito no mapa de bolinas seguindo:

Data/ Antígenos/ Doses/ Grupo etário/ Vitamina A /O registro do consolidado de vacinas diárias coincide com o número de registro do mapa de bolinhas?

Cartão de saúde infantil

Identificação correcta da criança?/Informação sobre o registo parto

Identificação da Unidade sanitária /Registro correcto da curva de crescimento

Registro correcto do Calendário de vacinação/ Registro de informação de consultas

Registro de Vitamina A (1-4 anos/data) /Registro de Albendazol(1-4 anos/data)

Consulta pós parto

Caderno de grávida(seguinto consulta pré –natal)

Registro sobre resumo do parto completo? /Registro sobre avaliação do recém – nascido completo?

Registro sobre consulta pós parto 6º dia após o parto completo? MIESG/ IEC planejamento familiar?

/Método contraceptivo? /Informação sobre Aleitamento exclusivo?