

Miguel dos Santos de Oliveira

Processo de Descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola

Orientadora: Elizabeth Artmann

RIO DE JANEIRO, 2010



“Processo de Descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola”

por

Miguel dos Santos de Oliveira

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na
área de Saúde Pública.*

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

Rio de Janeiro, Março de 2010.



Esta tese, intitulada

“Processo de Descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola”

apresentada por

Miguel dos Santos de Oliveira

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Eugênio Vilaça Mendes

Prof. Dr. Carlos Eduardo Aguilera Campos

Prof.^a Dr.^a Claudia Maria de Rezende Travassos

Prof. Dr. Francisco Javier Uribe Rivera

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

Tese defendida e aprovada em 18 de março de 2010.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

- O48 Oliveira, Miguel dos Santos de
Processo de Descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola.
/ Miguel dos Santos de Oliveira. Rio de Janeiro : s.n., 2010.
xvii, 377 f., il., tab., graf., mapas
- Orientador: Artmann, Elizabeth
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio
de Janeiro, 2010
1. Descentralização. 2. Avaliação. 3. Regionalização.
4. Planejamento em Saúde. 5. Sistemas de Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.1042509673

Dedicatória:

- À duas pessoas, que apesar de partirem de mundo, sei que lá do alto torcem por mim, meu pai João Evangelista de Oliveira e meu irmão Alexandre de Jesus de Oliveira. Quanta saudade!...

- A minha esposa Madalena Manuel Guimarães e aos meus filhos Emmanuel, Ademar, Victória e Áurea e sobrinhos Isabel Ramos e Alexandre Lanzi que tiveram que suportar por muitos e longos dias (quantas vezes!) a minha ausência de casa... e os meus pedidos de algum silêncio.

- Ao Joaquim Tumbo Sumbo, meu auxiliar informal deste estudo (fotógrafo, técnico de som, enfim... mestre de tudo e de todas as horas. Era só experimentar uma dificuldade que lá estava ele, pronto para ajudar).

- À todos que acreditaram e sempre acreditam em mim, em especial à minha mãe Ana Nhoca.

Epígrafe

"A vida é mais simples do que a gente pensa;
basta aceitar o impossível,
dispensar o indispensável e
suportar o intolerável."

(Kathleen Norris)

Agradecimentos

É minha convicção que esta parte do trabalho é muito difícil, pois muitas vezes cometemos injustiças involuntariamente porque por esquecimento não mencionamos nomes de pessoas que também contribuíram de uma forma ou de outra para a realização e conclusão do trabalho.

Nada na vida conquistamos sozinhos. Sempre precisamos de outras pessoas para alcançar os nossos objetivos. Quantas às vezes um simples gesto contribuiu para mudar a nossa vida e para o alcance das nossas metas. Foi assim, ao longo da minha vida!

- Assim sendo, exprimo inicialmente os meus agradecimentos à Excepcional Professora Doutora Elizabeth Artmann, minha orientadora, sempre presente, pela solidariedade, apoio e compreensão em todos os momentos da minha presença na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, Brasil e ao Professor Dr. Paulo Amarante, pessoa chave no meu ingresso na ENSP/FIOCRUZ.

Muitas são as outras pessoas, instituições e organizações que de uma forma ou de outra, contribuíram, em todas as etapas, em Angola e no Brasil, para a conclusão deste trabalho:

- À CNPq e CAPES pelo apoio concedido, o que permitiu o meu ingresso no doutorado e a minha permanência no Brasil nos últimos quatro (4) anos.
- Ao Governo da Província e à Direção Provincial da Saúde de Cabinda pela colaboração e compreensão.
- Ao Ministério da Saúde de Angola, pelo papel decisivo na derradeira fase do trabalho de campo em Angola.
- À FESA, Fundação Eduardo dos Santos, pela idéia e incentivo.
- À todas as Direções e Secções da Saúde e entidades sanitárias das províncias e municípios de Angola que visitei pelo acolhimento, orientação, paciência e compreensão, em suma, pela abertura das suas portas e apoio. Também pelo tratamento amistoso e cordial dos seus funcionários de base, motoristas, funcionários da área de estatística, entre outros.
- À todos que participaram do estudo como informantes, pois sem a sua disponibilidade, a elaboração deste trabalho e com esta dimensão seria pura e simplesmente impossível.
- À minha grande e numerosa família e a legião dos meus amigos em Cabinda e Luanda, pela compreensão e apoio que me fortaleceram e serviram de estímulo nas horas de angústia.

- À todos os meus professores na ENSP, do mestrado e doutorado, particularmente, Francisco Javier Uribe Rivera, Antenor Amâncio Filho, Maria Alicia Dominguez Ugá, Claudia Travassos, Mônica Martins, Fátima Lobato Tavares, Célia Leitão Ramos, Marcelo Rasga Moreira, Roland Schramm, Virginia Alonso Hortale, Carmen Marinho, Maria Eliana Labra, Maria Helena Machado, Carlos Otávio Fiúza, Sheyla Maria Lemos Lima, pelos ensinamentos e paciência, quando fosse necessário.
- A todo o pessoal da SECA da ENSP, particularmente a sua responsável Maria Cecília Gomes Barreira, para atenção e cordialidade com que fui tratado na escola.
- Aos Comandantes Massota, Dadinho, Sita, Muanda, Diretores Marcos e Gime Nhunga, Zeza, entre outros responsáveis da infindável lista, pelo apoio.
- Aos meus colegas das turmas de mestrado de 2004 e do doutorado de 2006 pelos momentos de aprendizagem, de convívio e simpatia.
- Aos meus compatriotas Angolanos que encontrei no Rio de Janeiro e a tantos outros que conheci pelo Brasil afora.
- À todas as outras pessoas (não mencionadas aqui, apenas por mero lapso), mas que de maneira direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho.
- E finalmente, à Deus, meu criador pela proteção e pela benção concedida, sem as quais não seria possível concluir este trabalho, pois foi longo o caminho e **o campo escolhido** (Angola) é história a parte, que exigiu até caronas de avião, alguns dos quais sem cadeiras (aviões de carga), para a Lunda-Norte e Bié por falta de vôos regulares no momento da realização do trabalho de campo.

ÍNDICE

I. LISTA DE SIGLAS	XI
II. LISTA DE FIGURAS	XIII
III. LISTA DE GRÁFICOS	XIII
IV. LISTA DE TABELAS	XIV
V. LISTA DE QUADROS	XV
RESUMO	XVI
ABSTRACT	XVII
1. INTRODUÇÃO	18
2. ANGOLA: ASPECTOS GERAIS CONTEXTUAIS	22
3. ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA E DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	37
4. AVALIAÇÃO EM SAÚDE	43
4.1. MODELOS TEÓRICOS/ LÓGICOS DE AVALIAÇÃO	50
4.2. AVALIAÇÃO EM SAÚDE E O USO DA EPIDEMIOLOGIA	52
5. DESCENTRALIZAÇÃO, RACIONALIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE	54
5.1. DESCENTRALIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE	61
<i>5.1.1. Descentralização em saúde e o Triângulo de Governo</i>	68
5.2. REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE	73
6. ACESSO, INTEGRALIDADE E UNIVERSALIZAÇÃO EM SAÚDE	87
6.1. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE	87
6.2. INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO EM SAÚDE	92
6.3. UNIVERSALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE	96
7. MODELOS TECNO-ASSISTENCIAIS	102
7.1. MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES AGUDAS	103
7.2. MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA	104
8. OBJETIVOS E ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	106
8.1. OBJETIVO GERAL	106
8.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	106
8.3. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	107
9. RESULTADO DO ESTUDO	122
9.1. O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SNS DE ANGOLA SOB A PERSPECTIVA ...	123
NORMATIVA E QUANTITATIVA	123

9.2. O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SNS DE ANGOLA SOB A PERSPECTIVA QUALITATIVA	189
9.2.1. <i>Resultado das Entrevistas</i>	189
9.2.2. <i>Resultados dos Grupos Focais</i>	237
9.2.3. <i>Resultados da Observação Direta</i>	242
10. DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES	251
RECOMENDAÇÕES	275
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	279
ANEXOS	301
ANEXO 1 – ORGANOGRAMA DO MINSA	302
ANEXO 2 – DIVERSIDADE DE ORGANOGRAMAS DAS D. P. SAÚDE	305
ANEXO 3 – ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO DIRETA	308
ANEXO 4 – QUESTIONÁRIOS (ROTEIRO DAS ENTREVISTAS)	311
ANEXO 5 – ROTEIRO DOS GRUPOS FOCAIS E DA ENTREVISTA ABERTA	342
ANEXO 6 – TERMOS DE CONSENTIMENTO	344
ANEXO 7 – AUTORIZAÇÃO DO ESTUDO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DE ANGOLA	349
ANEXO 8 – LISTA DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS	351
ANEXO 9 – MODELOS DE DOCUMENTOS UTILIZADOS PARA A TRANSFERÊNCIA DE USUÁRIOS PARA OS NÍVEIS DE MAIOR COMPLEXIDADE	355
ANEXO 10 – MATRIZ DA BASE DE CÁLCULO DE INDICADORES SELECIONADOS E CHECKLIST	358
ANEXO 11 – ARTIGO – REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: DESAFIOS PARA O CASO DE ANGOLA	367

I. LISTA DE SIGLAS

AFD - Agência Francesa de Desenvolvimento (Agence Française de Développement)

AMDT - Alta e Média Densidade Tecnológica.

CAD - Comitê de Ajuda para o Desenvolvimento

CE (UE) - Comunidade Européia (União Européia)

CDC - Centers for Disease Control and Prevention (E.U.A)

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (do Brasil)

CRA/OMS - Comitê Regional Africano da Organização Mundial da Saúde

DMRE - Duração Média de Rupturas de Estoque

DNAGO - Direção Nacional de Gestão do Orçamento

DNME - Direção Nacional de Medicamentos e Equipamentos

DNRH - Direção Nacional dos Recursos Humanos

DNSP - Direção Nacional de Saúde Pública

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

DPSL - Direção Provincial da Saúde de Luanda

ECP - Estratégia de Combate à Pobreza

FED - Fundo Europeu de Desenvolvimento

FINATEC - Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (de São Paulo)

FMUAN - Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto

GEPE - Gabinete de Estudos, Planejamento e Estatística (do MINSA)

P.G. - Pós-Graduação

HDR - Relatório de Desenvolvimento Humano (do PNUD)

INE - Instituto Nacional de Estatística de Angola

INLCS - Instituto Nacional de Luta Contra a Sida

IPAD - Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

LNME - Lista Nacional de Medicamentos Essenciais

MAT - Ministério de Administração do Território

MDGs (Sigla em inglês) - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

MINFIN - Ministério das Finanças de Angola

MINPLAN - Ministério do Planejamento de Angola

MINSA - Ministério da Saúde de Angola

NHCP - National Health Performance Committee

NHPAC - National Health Priority Action Council (Australia).

OC - Órgãos Centrais (Ministério da Saúde, Institutos Autônomos e Hospitais Centrais)

OD - Órgão dependente

OGE - Orçamento Geral do Estado

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

ONUSIDA - Programa das Nações Unidas de Luta Contra a Sida

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PANAPRESS - Agência Pan-Africana de Imprensa

PASS - Programa de Apoio ao Setor de Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

PNF - Política Nacional Farmacêutica

PNME - Programa Nacional de Medicamentos Essenciais

PNUD/UNDP - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPC - Renda Per Capita

QF - Quota Financeira

RIPSA – Rede Interagencial de Informação para a Saúde.

RX - Radiologia

SNS - Serviço Nacional de Saúde.

SADC (Sigla em inglês) - Comunidade de Desenvolvimento da África Austral

SIGFE - Sistema Integrado de Gestão Financeira do Estado

SINGERH - Sistema Integrado de Gestão dos Recursos Humanos

SIS - Sistema de Informação para Saúde

TBE. - Técnicos Básicos de Enfermagem

TM - Técnicos Médios

TME - Técnicos Médios de Enfermagem

TMG - Taxa de Mortalidade Geral

UNFPA - Fundo das Nações Unidas para a População

UNCDF - Fundo das Nações Unidas para o Desenvolvimento de Capital

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIPIAGET - Universidade Jean Piaget de Angola

UO - Unidade Orçamental

USG - Ultrassonografia (Ecografia)

USD - (Sigla em Inglês – United States of America Dollar) - Dólares dos Estados Unidos da América

US - Unidades de Saúde

USAID - Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento

II. LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Mapa Geográfico de Angola.....	22
Figura 2 - Mapa Etno-linguístico de Angola.....	26
Figura 3 - Sistema Nacional de Saúde de Angola	39
Figura 4 - Pirâmide (níveis) de Atenção Sanitária.....	40
Figura 5 - Tipos de Atenção Sanitária	40
Figura 6 - Triângulo de Governo.....	70
Figura 7 - Mapa Ilustrativo das Províncias Visitadas.....	115
Figura 8 - Fases e Mudanças Registradas com a Descentralização.....	135
Figura 9 - Esquema de Financiamento do SNS antes da Descentralização	154
Figura 10 - Esquema de Financiamento do SNS com a Descentralização.....	155
Figura 11 - Modelo Inicial de Aquisição e Distribuição de Medicamentos e Equipamentos	176
Figura 12 - Modelo II de Aquisição e Distribuição de Medicamentos e Equipamentos.....	177
Figura 13 - Organograma do MINSA.....	303
Figura 14 - Organograma do MINSA (Nível Provincial e Municipal)	304

III. LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Composição do PIB em 2005	28
Gráfico 2 - PIB Angolano - Taxas de Crescimento de 2000 a 2007	28
Gráfico 3 - Porcentagem da Saúde no PIB (2001-2007).....	141
Gráfico 4 - Número de Unidades Orçamentais e Órgãos Dependentes (2000-2006)	143
Gráfico 5 – Porcentagem de Médicos Angolanos e Expatriados no SNS em 2006.....	145
Gráfico 6 - Número de Médicos alocados no SNS de 2000 a 2006.....	146
Gráfico 7 - Comparativo de Médicos alocados em Luanda e Províncias do Litoral com as Demais Províncias. Ano - 2005.....	147
Gráfico 8 - Enfermeiros alocados no SNS, de 2000 a 2007	148
Gráfico 9 - Evolução Salarial dos Médicos, de 1999 a 2007	150
Gráfico 10 - Evolução Salarial dos Enfermeiros e Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica..	150
Gráfico 11 - Comparação da Porcentagem do Setor da Saúde nas Despesas Governamentais em Angola e noutros Países da SADC	157
Gráfico 12 - Despesas com o Setor da Saúde de 2001 a 2007	158
Gráfico 13 - Despesa per capita com a Saúde por Província (2003 - 2005).....	160
Gráfico 14 - Razão Centro e Posto de Saúde por Habitante.....	170

Gráfico 15 - Distribuição de Leitos Hospitalares entre Luanda, Províncias do Litoral e demais Províncias (2005).....	171
Gráfico 16 - Cobertura Vacinal de Rotina em menores de 1 ano (2000-2007).....	184
Gráfico 17 - Prevalência da Malária em Angola (2003-2007).....	186
Gráfico 18 - Coeficiente de Letalidade por Malária (2003-2007).....	186
Gráfico 19 - Prevalência da Tuberculose em Angola (2003-2007).....	187
Gráfico 20 - Coeficiente de Letalidade por TB Pulmonar (2003-2007).....	188

IV. LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Divisão Político-Administrativa (2006).....	24
Tabela 2 - Estrutura da População por Grupo Etário (2006).....	24
Tabela 3 - Estimativa de Dados Demográficos, por Províncias (2000-2007).....	25
Tabela 4 - Evolução do IDH e PIB per capita, em dólares (2000-2006).....	29
Tabela 5 - Distribuição das Despesas por Localidades (2001-2005).....	34
Tabela 6 - Causas de Óbitos Maternos e Mortalidade Materna (2001 e 2003).....	35
Tabela 7- Quantitativo dos Entrevistados.....	117
Tabela 8 – Número de Médicos Especialistas Formados para o SNS (1988-2007).....	140
Tabela 9 - Evolução do Número de UO por Tipo de Instituição (2000-2006).....	142
Tabela 10 - Médicos alocados no Serviço Nacional de Saúde (2000 - 2006).....	145
Tabela 11 - Comparação dos Profissionais Alocados em Luanda com as demais Províncias (2005 e 2006).....	146
Tabela 12 – Número de Enfermeiros e Razão Enfermeiro/habitante (2000-2007).....	148
Tabela 13 - Número de Concluintes/egressos de Graduação em Medicina em Angola (2001-2007).....	151
Tabela 14 - Dados Orçamentais e de Despesa com a Saúde (2000-2007).....	156
Tabela 15 - Despesas com a Saúde em milhões dólares americanos (2000-2007).....	157
Tabela 16 – Despesas e Orçamento por Categoria, Reclassificando as Transferências, em milhões de dólares e Respectivas Porcentagens (2000-2006).....	159
Tabela 17 - Peso das Despesas Totais e com Bens e Serviços por Níveis de Atendimento (2001-2005).....	159
Tabela 18 - Porcentagem das Despesas realizadas nas Províncias, Luanda e Órgãos Centrais (2002-2005).....	161
Tabela 19 – Unidades de Saúde em Funcionamento (2003-2007).....	167
Tabela 20 – Unidades Sanitárias de Luanda (2007).....	168
Tabela 21 – Leitos Hospitalares (2001-2006).....	171

Tabela 22 – Comparativo de Leitos entre Sedes de Províncias e Restantes Áreas e Densidade Demográfica Provincial (2005)	171
Tabela 23 - Laboratórios em Unidades Sanitárias das Províncias Visitadas (2000-2007).....	174
Tabela 24 - Porcentagem das Despesas em Medicamentos realizadas pelas DPS (2005)	180
Tabela 25 - Despesas anuais nacionais com Medicamentos em milhares de dólares (2001-2005).....	180
Tabela 26 – Disponibilidade de Medicamentos Essenciais nas US e Depósitos Provinciais (2006-2007)	180
Tabela 27 - Serviços de Rx, USG e Equipamentos de A.M.D.T nas Províncias Visitadas (2000-2007)	182
Tabela 28 - Cobertura Vacinal de Rotina em menores de 1 ano (2000-2007)	184
Tabela 29 – Casos e Taxas de Letalidade por Malária (2003-2007).....	185
Tabela 30 - Evolução de casos de Tuberculose (2003-2007).....	187

V. LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Potencialidades e Limites da Regionalização	74
Quadro 2 - Categorias Teóricas e Análíticas do Estudo	108
Quadro 3 - Indicadores Seleccionados	111
Quadro 4 - Províncias e Municípios Visitados (Critérios de Seleção e nº de entrevistados) .	114
Quadro 5 - Financiamento e Situação Funcional dos Programas de Saúde Pública	166
Quadro 6 – Tipos de Kits de Medicamentos Essenciais Utilizados no SNS.....	178
Quadro 7 - Calendário Nacional de Vacinação de Angola.....	183
Quadro 8 - Perfil Profissional dos Entrevistados.....	190
Quadro 9 - Caracterização Geral dos Entrevistados.....	190
Quadro 10 - Matriz de Base de Cálculo de Indicadores Seleccionados.....	359

Resumo

No período que se seguiu a independência de Angola, de 1975 a 1992, viveu-se uma experiência de “planejamento central” como instrumento de gestão e como meio para se alcançar o “desenvolvimento socioeconômico” que, entretanto, revelou-se ineficiente. Desde a década de 1980, estão em curso reformas que englobam a desconcentração e descentralização de toda a administração pública incluindo do setor da saúde.

O objetivo do estudo foi avaliar o processo de descentralização do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Angola, buscando identificar as mudanças registradas e a visão dos diferentes atores sobre as mesmas. Procurou-se também discutir a regionalização dos serviços de saúde como importante instrumento estratégico para o aprofundamento da descentralização.

A pesquisa abrangeu o período de 2000 a 2007 considerando todos os anos de implementação do processo, assenta-se na perspectiva de uma pesquisa avaliativa e de abordagem por triangulação de métodos, utilizando-se o Triângulo de Governo de Matus C. (1996) e a tríade de Donabedian (1980).

Foram combinadas várias técnicas de pesquisa: entrevistas semi-estruturadas com atores de todos os níveis, observação direta, grupos focais e análise de fontes secundárias. Foi também utilizado um *checklist* para levantamento e reverificação de dados estatísticos.

Os resultados do estudo mostram que, com a descentralização, foram registrados alguns avanços no SNS de Angola destacando-se, entre outros: a passagem da dependência administrativa das direções provinciais e repartições municipais da saúde para os órgãos da administração local do estado e a autonomia administrativa e financeira dos hospitais centrais e gerais e parcialmente dos hospitais municipais. Foram também identificados os recuos e debilidades do processo.

O estudo concluiu que na série histórica analisada registrou-se a desconcentração integrada do SNS, sendo necessário o aprofundamento do processo, tendo em vista, a regionalização do sistema de serviços de saúde através do desenvolvimento dos Sistemas Locais de Saúde e do fortalecimento do Triângulo de Governo, procurando assegurar o acesso de toda a população a serviços eficazes, organizados segundo o nível de complexidade.

Palavras-chave: Descentralização, Avaliação, Regionalização, Planejamento em Saúde e Sistemas de Saúde.

Abstract

In the following period of the independence of Angola between the years 1975 and 1992, the country experienced a taste of "central planning" as a management tool and as a mean to achieve the "socioeconomic development" which, however, revealed itself ineffective. Since the 1980s, reforms which include the deconcentration and decentralization of the entire government are in progress, including the health sector.

The objective of this study was to evaluate the decentralization process of the Angolan National Health Service (NHS), trying to identify the changes that took place and the comprehension of different actors on them. It also sought to discuss the regionalization of health services as an important strategic tool for the deepening decentralization.

The survey covered the period between 2000 and 2007 considering all the years of the process, based on the prospect of an evaluative research approach and triangulation methods, using the Matus' Government Triangle (1996) and the Donabedian's triad (1980).

Several research techniques were combined: semi-structured interviews with actors of all levels, direct observation, focus groups and analysis of secondary sources. It was used a checklist to survey and re-checking of statistical measures.

The study results show that, with the decentralization, there have been some advances in the Angolan National Health Service highlighting, among others: the transition from the administrative dependence of the health provincials offices and the municipal health department to the local state government and the total autonomy of the administrative and financial aspects of the central and general hospitals, as well as the partial autonomy of the administrative and financial aspects of the municipal hospitals. It was also identified the setbacks and weaknesses of the process.

The study concluded that in the analyzed period had been registered integrated deconcentration of the Angolan NHS, being still necessary the deepening of the process, considering the regionalization of the health care system through the development of Local Health Systems and strengthening of the Government Triangle for ensuring access to all the population to efficient services, organized according to level of complexity.

Keywords: Decentralization, Health Evaluation, Regionalization, Health Planning and Health Systems

1. INTRODUÇÃO

Embora os governos de muitos países, busquem oferecer um sistema de cuidados de saúde que permita o acesso igual para todos os seus cidadãos, verificam-se dificuldades de acesso de numerosos grupos populacionais aos serviços de saúde devido a inúmeros fatores de ordem organizacional, política ou econômica.

O acesso aos bens e serviços deveria ser garantido em seus diversos componentes e deve ser o objetivo final dos sistemas de saúde de todos os países. Como refere Mendes (2001) apoiando-se em Dougherty (1996), os serviços de saúde, como bens de valor social, deveriam ser ofertados a todos, porque todos estão sujeitos à dor, ao sofrimento, à incapacidade e à morte e porque as necessidades de saúde são universais e imprevisíveis. É neste sentido que, em muitos países africanos, de acordo com o Comitê Regional Africano da Organização Mundial da Saúde (CRA/OMS), (2006), na década de 80, foram tomadas diversas medidas para reforço dos sistemas de saúde. Destacam-se medidas como a descentralização e a criação dos distritos sanitários, formação do pessoal para a prestação dos Cuidados Primários de Saúde (CPS), criação de comissões para o desenvolvimento da saúde e da segurança social e integração de programas (vacinação, doenças diarreicas, medicamentos essenciais) nos CPS. Contudo, a cobertura dos serviços continuou limitada. Por exemplo, doze dos 32 países, correspondendo a 54% da população, tinham menos de 50% de cobertura de serviços médicos (CRA/OMS, 2006). A taxa média de mortalidade materna na região é de 1000 mortes por 100.000 nados-vivos (OMS, 2005a), enquanto que a esperança de vida à nascença ronda os 40 anos (PNUD, 2005).

O fosso entre os países da região Africana e os de outras regiões vem aumentando. Por exemplo, em 1960 a esperança de vida (40–50 anos) na África subsaariana era idêntica à da China, à da região do Mediterrâneo oriental e da Índia; em 2000, a esperança de vida da África subsaariana era quase a mesma, enquanto que nos outros países tinha aumentado para 60–70 anos.

Os principais fatores constatados para explicação da situação, entre outros, são a fragilidade na participação comunitária, na cooperação intersetorial, na mobilização de recursos, no desempenho da gestão, incluindo o planeamento do reforço dos recursos humanos para a saúde, na recolha e análise de informações, e na integração e uso da investigação e das tecnologias adequadas no processo de desenvolvimento sanitário (OMS/CRA, 2006).

Nos países em referência, com as devidas exceções, a atenção primária é deficiente, sendo por vezes, ausente em algumas áreas rurais. O nível secundário funciona com inúmeras

debilidades e a atenção terciária não é acessível para a grande maioria da população. Observa-se baixo impacto das ações preventivas e a ausência de práticas permanentes de promoção da saúde (CRA/OMS, 2003). Merecem também destaque, a fragmentação dos sistemas de saúde e a indefinição da porta de entrada para o sistema (NOVAES, 1990).

Esta situação também se verifica em Angola, destacando-se aqui as precárias condições de trabalho em muitas unidades sanitárias, a gritante falta de recursos e a concentração dos recursos em saúde na capital, em grande medida devido à guerra que assolou o país desde a independência em 1975, terminada somente em 2002.

Entretanto, o CRA/OMS (2006) destaca que, para os países da região Africana, o acesso universal às intervenções essenciais da saúde e o alcance das metas de desenvolvimento do milênio relacionadas com a saúde seriam facilitados através de serviços distritais de saúde em bom funcionamento, capazes de proporcionar intervenções essenciais às comunidades, famílias e indivíduos em devido tempo e a custo acessível.

A Constituição de Angola destaca, no seu artigo 47º, ponto 1, que “o estado promove as medidas para assegurar aos cidadãos o direito à assistência médica e sanitária, bem como o direito à assistência de infância, na maternidade, na invalidez, na velhice, e em qualquer situação de incapacidade para o trabalho” (ANGOLA, 2007a). No mesmo sentido, a lei de bases do Sistema Nacional de Saúde de Angola, alínea b, no artigo 2º, frisa que a política de saúde obedece, entre outros requisitos “a promoção da igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição econômica e onde quer que vivam” (ANGOLA, 1992a).

Entretanto, se é certo que o governo de Angola se empenha decisivamente na alteração do quadro econômico do país, não é menos certo que, são os órgãos da administração local do estado que tomam contato com as populações locais. As necessidades coletivas locais, como o ensino, a saúde, abastecimento de água e energia, atividades mercantis, ordenamento do território, regulação da exploração e utilização dos bens públicos, etc., reclamam, de forma crescente, a intervenção das autoridades administrativas locais (ANGOLA, 2007b). Apesar disso, no período que se seguiu a independência, de 1975 a 1992, viveu-se uma experiência de “planejamento central” como instrumento de gestão e como meio para se alcançar o “desenvolvimento econômico e social” que, entretanto, revelou-se ineficiente para o alcance destes desígnios (MENEZES, 2000). Foi claramente um período em que, além de uma forte concentração no seio da administração do estado, havia igualmente uma centralização, na medida em que a organização administrativa não contemplava outras formas de administração das coletividades territoriais (PAULO, 2004). No entanto, desde 1988, a economia do país está a transitar em busca da dinâmica dos mercados (MENEZES, 2000).

A concentração da vida político-administrativa do país na capital, Luanda, vinha também merecendo vivas críticas por parte das províncias. Nesta base, está a ser implementado um programa de reformas tendo em vista a necessidade da satisfação da demanda cada vez mais crescente pelos serviços sociais públicos pela população do nível local. A implementação do decreto-lei nº 17/99, de 29 de Outubro (ANGOLA, 1999a), através do qual se reforçou a capacidade institucional dos governos provinciais, é considerado o ponto de partida do processo de desconcentração e descentralização administrativa em Angola (ANGOLA, 2007b; PAULO, 2004; PINTO, 2005).

O processo ganhou entusiasmo a partir de 2001 com a aprovação do “Plano Estratégico da Desconcentração e Descentralização Administrativas” e com os debates que o tema desde então, tem suscitado nas instituições públicas, instituições do poder tradicional e nas organizações da sociedade civil. Com a aprovação do Programa do Governo para 2003-2004, o processo entra em definitivo, na agenda institucional do governo de Angola (ANGOLA, 2007b).

Apesar do mesmo ser por etapas e gradual, pela sua abrangência tem um carácter holístico, ou seja, engloba todos os setores da administração pública. No âmbito do processo, no setor da saúde, alguma reforma foi levada a cabo. A destacar, a descentralização da autoridade e do orçamento do Ministério da Saúde para os hospitais de cuidados terciários, os institutos e os hospitais provinciais/gerais e municipais (OMS, 2005b).

Alguns estudos em Angola (VINYALS, 2002, UNCDF; PNUD, 2006, ANGOLA, 2007c), voltam-se à identificação das alterações ocorridas nas bases de financiamento das políticas sociais, da saúde e da administração pública em geral tendo como base a descentralização em curso.

No entanto, quando se busca apreender um processo de transferência de atribuições do governo e, portanto, de reformas mais profundas nas estruturas estatais, é necessário tomar em consideração variáveis que permitam captar, com mais segurança, se um dado nível de governo está organizacionalmente capacitado para o desempenho de uma dada tarefa de gestão, de modo que o exercício desta função mantenha-se por um período razoável de tempo (ARRETCHE, 2000).

Neste sentido, objetivou-se com este estudo, avaliar o processo de descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola em curso desde 1999, a partir da análise do triângulo do governo de Carlos Matus (1996) (projeto, capacidade do governo e governabilidade) e dos parâmetros da tríade de Donabedian (1980), nomeadamente, estrutura, processo e resultado, buscando identificar as mudanças registradas no Sistema de Serviços do país e a visão dos diferentes atores sobre as mesmas.

Considerando que a descentralização convive sempre com as tendências de centralização, ainda que o vetor de maior peso seja a descentralização (MENDES, 2001), discute-se também a regionalização dos serviços de saúde como um importante instrumento estratégico para o aprofundamento da descentralização, visando contribuir com subsídios na discussão da temática e na produção de conhecimento e de ferramentas que auxiliem na melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde até porque, segundo Smith (1980) eticamente não se admite observar um grupo de pessoas com um problema sem aportar nenhuma solução para o mesmo.

Espera-se ainda, que o estudo possa servir de incentivo para outros no domínio de políticas de saúde e de planejamento e gestão do sistema de serviços de saúde do país.

Assim, os três primeiros capítulos são introdutórios, sendo que no segundo apresentam-se os aspectos contextuais do estudo, destacando-se aspectos históricos e de natureza socioeconômica e o terceiro faz a análise da estruturação do sistema de saúde de Angola e do seu subsistema público, o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Nos quatro capítulos seguintes faz-se uma revisão bibliográfica sobre os conceitos relevantes do estudo, a avaliação, a descentralização, a regionalização, o acesso aos serviços de saúde, os modelos tecno-assistenciais, a integralidade e a universalização em saúde.

O capítulo 8 apresenta os objetivos e a estratégia metodológica utilizada assente na perspectiva de uma pesquisa avaliativa e que combina a análise do triângulo do governo de Carlos Matus (1996) e a tríade de Donabedian (1980). O recurso à triangulação de dados quantitativos e qualitativos com o propósito de aumentar a validade foi uma opção importante do estudo.

O capítulo 9 refere-se aos resultados do estudo em dois subcapítulos. O primeiro trata o processo de descentralização do SNS de Angola sob a perspectiva normativa e quantitativa e o segundo, sob perspectiva qualitativa. Este descreve os resultados das entrevistas com os diversos atores, gestores dos três (3) níveis de administração do estado e profissionais de saúde, dos dois (2) grupos focais e da observação direta.

A discussão dos resultados da pesquisa, obtidos através da análise das categorias teóricas do estudo e sua relação com os diversos aspectos teóricos e com os achados da revisão bibliográfica, bem como as recomendações e considerações finais são apresentadas no capítulo 10.

Incluiu-se neste trabalho, o artigo “Regionalização dos Serviços de Saúde: Desafios para o Caso de Angola”, também resultante deste estudo e publicado nos Cadernos de Saúde Pública no mês de Abril de 2009 (anexo 12).

2. ANGOLA: ASPECTOS GERAIS CONTEXTUAIS

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 (ANGOLA, 2005a) e 1.271 povoações (MAIATO, 2007). 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 (ANGOLA, 2007a).

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 (figura 1).

Figura 1- Mapa Geográfico de Angola



Fonte: http://www.embaixadadeangola.com.br/v2/index.php?option=com_content&view=article&id=58&Itemid=69

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). Os dados sobre a divisão Político-Administrativa de Angola estão na tabela 1.

De acordo com Fundo das Nações Unidas para População (UNFPA, 2006), a taxa de contracepção é de 7,2%, favorecendo uma alta fecundidade estimada em 7,2 filhos por mulheres. Com isto o ritmo de crescimento anual populacional é estimado em 3% ao ano, sendo que, as decisões em relação à fecundidade no país são tomadas a nível familiar, uma vez que não existe uma política pública, explícita a favor de alta ou baixa fecundidade.

A UNFPA (2006) refere que, desde 1970 não se realiza qualquer censo demográfico em Angola. Para se avaliar a evolução da população nas últimas décadas, tem sido prática comum a utilização de estimativas de população das Nações Unidas para Angola. Segundo a fonte, o ritmo de crescimento populacional aumentou de tal forma que reduziu para menos de 25 anos o período de tempo necessário para a sua duplicação (1980-2005).

Com este crescimento, Angola é um país eminentemente jovem, tendo cerca da metade da população menos de 15 anos (tabela 2), mais de 51% da população, de sexo feminino, uma importante população rural, acima de 50%, ainda concentrada nos grandes centros urbanos como consequência da guerra que vitimou milhares de vidas humanas. A percentagem da população com mais de 65 anos é de 2,7%, enquanto que a esperança de vida à nascença é avaliada em 40,2 anos (UNFPA, 2006).

A falta de censo atualizado tem provocado várias dificuldades quando se analisa dados de Angola encontrando-se dados bastante díspares como refere a Agência Francesa de Desenvolvimento (Agence Française de Développement - AFD) no seu estudo sobre Formação Profissional no Setor Informal de Angola, de Novembro de 2006. O estudo destaca que atualmente, estão a ser efetuados vários ajustes aos dados do Banco Mundial em função desta situação. Assim, o Banco Mundial reavaliou os seus próprios dados e estimou a população total em 15 milhões em 2003 e em 15,5 milhões em 2004. No seu relatório de 2004 sobre o desenvolvimento humano em Angola, o PNUD publicou estimativas do Ministério do Planeamento que indicam uma população de 16.471 milhões de habitantes. O Instituto Nacional de Estatística (INE) conseguiu estimar a população do país para esse mesmo ano usando projeções realizadas pelo departamento de estatística do Ministério da Saúde (MINSA) durante as campanhas de vacinação em 2005. Esta estimativa aponta para uma população de 16.012 milhões de habitantes. O estudo realça ainda que os dados demográficos fornecidos pelos vários governos provinciais apontam para uma estimativa de cerca de 25

milhões de pessoas, mais nove milhões do que os dados do INE (AFD, 2006). Luanda, por exemplo, de acordo com a Direção Provincial tinha 7.180.660 habitantes (ANGOLA, 2007d).

As estimativas de dados demográficos, por províncias, importante elemento para a formulação de políticas locais de saúde, utilizadas pelo Ministério da Saúde de Angola no período 2000 a 2007 estão na tabela 3.

Tabela 1 - Divisão Político-Administrativa (2006)

Províncias	Municípios*	Comunas*	Superfície Km2	Densidade hab./Km2
Bengo	8	33	31.371	8,16
Benguela	9	36	31.788	30,42
Bié	9	39	70.314	24,53
Cabinda	4	12	7.270	36,86
Huambo	11	37	34.274	68,01
Huíla	13	36	75.002	17,13
K.Kubango	9	31	199.049	0,93
K.Norte	10	31	24.190	24,51
Kwanza Sul	12	36	55.660	17,19
Cunene	6	20	89.342	3,85
Luanda	9	30	2.418	1126,55
Lunda Norte	9	26	102.783	4,19
Lunda Sul	4	14	45.649	4,86
Malange	14	50	97.602	14,07
Moxico	9	31	223.023	2,17
Namibe	5	14	58.137	3,58
Uíge	16	48	58.698	22,61
Zaire	6	23	40.130	8,80
Total	163	547	1.246.700	12,86

Fonte: Angola (2005c, 2006) e Angola (2005a)

Tabela 2 - Estrutura da População por Grupo Etário (2006)

GRUPO ETÁRIO	POPULAÇÃO POR GRUPO ETÁRIO	%
0 - 4	2.950.000	18,4
5 - 9	2.245.000	14,0
10 - 14	2.021.000	12,6
15 - 19	1.572.000	9,8
20 - 24	1.411.000	8,8
25 - 29	1.107.000	6,9
30 - 34	898.000	5,6
35 - 39	802.000	5,0

40 – 44	722.000	4,5
45 – 49	561.000	3,5
50 – 54	449.000	2,8
55 – 59	417.000	2,6
60 – 64	401.000	2,5
65 +	481.000	3,0
Total	16.037.000	100,0

Fonte: Angola (2006)

Tabela 3 - Estimativa de Dados Demográficos, por Províncias (2000-2007)

PROVINCIA	POPULAÇÃO ESTIMADA							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cabinda	224.000	231.000	238.000	245.000	253.000	260.000	268.000	276.000
Zaire	295.000	304.000	313.000	323.000	333.000	343.000	353.000	364.000
Uíge	1.109.000	1.143.000	1.177.000	1.213.000	1.250.000	1.288.000	1.327.000	1.368.000
Luanda	2.276.000	2.346.000	2.417.000	2.490.000	2.566.000	2.644.000	2.724.000	2.807.000
K. Norte	495.000	510.000	526.000	542.000	558.000	575.000	593.000	611.000
K. Sul	799.000	824.000	849.000	874.000	901.000	928.000	957.000	986.000
Malange	1.148.000	1.183.000	1.219.000	1.256.000	1.295.000	1.334.000	1.374.000	1.416.000
L. Norte	360.000	371.000	383.000	394.000	406.000	418.000	431.000	444.000
Benguela	808.000	833.000	858.000	884.000	911.000	939.000	967.000	997.000
Huambo	1.948.000	2.007.000	2.068.000	2.131.000	2.196.000	2.262.000	2.351.000	2.402.000
Bié	1.441.000	1.485.000	1.530.000	1.576.000	1.625.000	1.674.000	1.725.000	1.777.000
Moxico	405.000	418.000	430.000	443.000	457.000	471.000	485.000	500.000
K. Kubango	156.000	161.000	166.000	171.000	176.000	182.000	187.000	193.000
Namibe	173.000	179.000	184.000	190.000	195.000	201.000	208.000	214.000
Huíla	1.074.000	1.107.000	1.140.000	1.175.000	1.211.000	1.248.000	1.285.000	1.325.000
Cunene	287.000	296.000	305.000	314.000	324.000	333.000	344.000	354.000
L. Sul	186.000	191.000	197.000	203.000	209.000	216.000	222.000	229.000
Bengo	214.000	220.000	227.000	234.000	241.000	248.000	256.000	264.000
TOTAL	13.398.000	13.809.000	14.227.000	14.658.000	15.107.000	15.564.000	16.059.006	16.527.000

Fonte: Relatórios do MINSa 2000-2007 (ANGOLA, 2000a, 2001, 2002a, 2003b, 2004, 2005c, 2006, 2007g).

De acordo com a o relatório da DPSL de 2007 (ANGOLA, 2007d), a cifra apresentada refere-se a população reajustada em função do número de eleitores da Província.

Neste estudo são utilizados dados constantes nas tabelas 1,2 e 3 (acima), obtidos junto ao Gabinete de Estudos, Planejamento e Estatística do MINSa por serem os dados utilizados pelo MINSa em todos os seus documentos aqui citados.

O português é a única língua oficial de Angola. Para além de numerosos dialetos, Angola possui mais de vinte línguas nacionais.

A língua com mais falantes em Angola, depois do português, é o umbundo, falado na região centro-sul de Angola. É língua materna de 26% dos angolanos. O kimbundu é a terceira língua nacional mais falada (20%), com incidência particular na zona centro-norte. É uma língua com grande relevância, por ser a língua da capital e do antigo reino dos N'gola. Foi esta língua que deu muitos vocábulos à língua portuguesa. O kikongo é falado no norte do

país. Nesta mesma região, na província de Cabinda, fala-se o fiote, também chamado de Ibinda. O tchokwe é a idioma do leste, por excelência. Kwanyama, nhaneca e mbunda são outras línguas de origem bantu faladas em Angola (REDINHA, 1984; FERNANDES e NTONDO, 2002; MENEZES, 2000; MAIATO, 2007) (fig. 2).

Segundo Fernandes e Ntando (2002), embora as línguas nacionais sejam as línguas maternas da maioria da população, o português é a primeira língua de 30% da população angolana - proporção que se apresenta muito superior na capital do país -, enquanto 60% dos angolanos afirmam usá-la como primeira ou segunda língua.

Angola é um país com enormes potencialidades em termos de recursos naturais tais como petróleo, gás natural e minas de diamantes, tendo também um potencial hidroelétrico considerável e uma grande extensão de terras férteis e adequadas para agricultura. Contudo, como consequência da guerra, registra-se baixa performance da economia industrial, da agricultura e do setor da manufaturaria, principais áreas do mercado do emprego (ANGOLA, 2005b).

Figura 2 - Mapa Etno-linguístico de Angola



Fonte - Instituto de Geodesia e Cartografia de Angola, *Mapa Etnolingüístico de Angola* (adaptado), apud Fernandes, J.; Ntando, Z. (2002:57). *Angola: Povos e Línguas*, Luanda: Editorial Nzila. In: http://www.tripleov.com/letras/americo_correia_oliveira/literatura_angolana/anexo3.htm

A par do declínio ou estagnação de muitos setores da economia, o crescimento da indústria petrolífera tem-se destacado no período pós-independência. O setor do petróleo tornou-se a principal fonte de receitas da exportação e a maior fonte de receitas fiscais do governo. Em 2001, a produção de petróleo correspondeu a 61% do PIB de Angola (OMS, 2005b), enquanto 8% são provenientes da agricultura e apenas 4% da indústria (UNCDF e PNUD; 2006). O setor petrolífero em 2005 representou 56,3% do PIB (gráfico 1). No entanto, no continente africano, Angola aparece como um dos países de maior PIB per capita (UNCDF e PNUD, 2006).

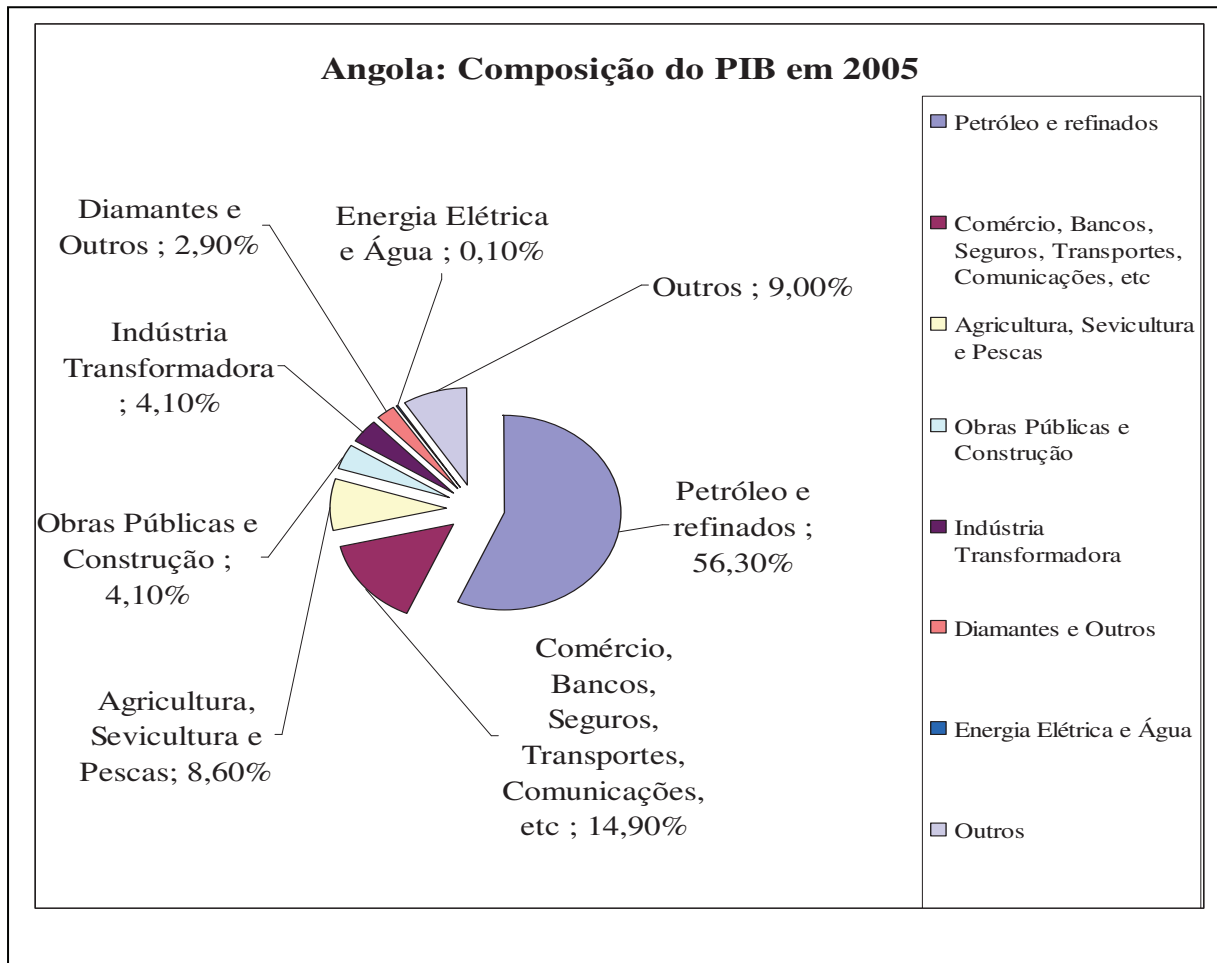
O setor não petrolífero tem vindo a registar um comportamento positivo nos últimos tempos. A produção agrícola observou uma melhoria significativa, graças aos progressos verificados no processo da desminagem, à introdução de sistemas de irrigação e à reinserção das populações deslocadas com a guerra. Por seu lado, o setor da construção atingiu no período de 2002-2006, taxas de crescimento impressionantes - as maiores em toda a história do país, em função do elevado número de projetos públicos e privados em curso, em todas as províncias. A reconstrução dará também um impulso ao setor industrial, o qual praticamente desapareceu durante o conflito militar (SILVA, P.F., 2006).

De acordo com Silva P.F. (2006), o Banco Mundial refere que, os indicadores macroeconômicos em Angola têm registado uma melhoria evidente nos últimos anos, como resultado de uma economia mais estável. Em particular importa destacar que:

- O Produto Interno Bruto (PIB), que desde 1995 mantinha uma média de 6,6%, alcançou o 11% em 2004, como consequência do aumento das receitas petrolíferas, e aumentou para 18% ano no período 2005-2007 (gráfico 2).
- A economia nacional tem registado um aumento de 9% ao ano como consequência do incremento progressivo da produção agrícola (gráfico 2).
- A taxa de inflação baixou de mais 100% ano na década de 90 e princípio de 2000 para 44% em 2004 (ANGOLA, 2005b), tendo atingido 18.5% no final de 2005.

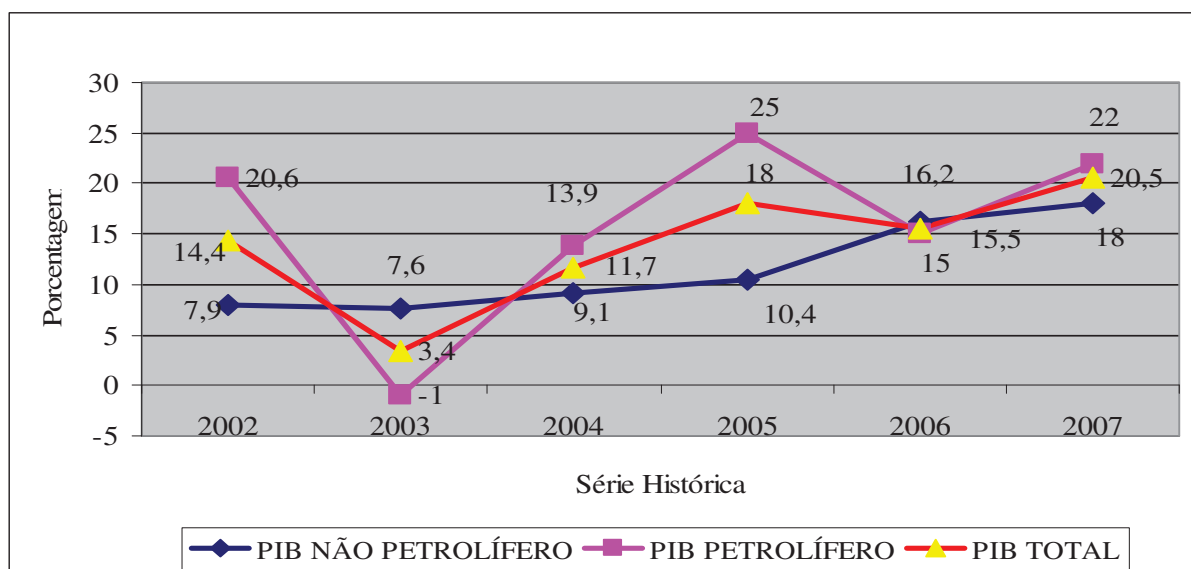
Neste quadro, dados do IPAD (2006) apontam que o PIB per capita de Angola foi de USD 2.040 em 2001, passando para USD 2.062,89 em 2005, tendo atingido os USD 2.344,00 em 2003 (tabela 4).

Gráfico 1 - Composição do PIB em 2005



Fonte: Relatório Econômico de Angola 2005 – UCAN apud Silva P.F. (2006).

Gráfico 2 - PIB Angolano - Taxas de Crescimento de 2000 a 2007



Fonte: FMI, Artigo IV de Julho de 2005 e update Março de 2006. Para OGE retificativo apud Silva P.F. (2006).

A guerra teve um forte impacto em todos os setores da sociedade e nas vidas da maioria dos angolanos, tendo provocado grandes deslocamentos de populações, o que acelerou o processo de urbanização (desordenado) e veio agravar a situação social (OMS, 2005b).

A despeito da enorme riqueza natural do país, os principais indicadores do desenvolvimento humano colocavam Angola, entre os países mais desfavorecidos do mundo. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), por exemplo, foi de 0,445 em 2003 (160ª posição entre 177 países) (PNUD, 2005), tendo passado para 0,484 em 2006 (Tabela 4). Contudo em 2007 registrou-se um salto razoável com o IDH avaliado em 0,564.

Tabela 4 - Evolução do IDH e PIB per capita, em dólares (2000-2006)

Indicadores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
IDH	0,403	0,377	0,381	0,445	0,439	0,446	0,484	0,564
Posição do IH	161	164	166	160	161	162	157	143
PIB per capita (Em USD)	2.187	2.040	2.130	2.344	2.150	2.063	2.780	3.390,9

Fonte: AFD (2006) e Relatórios de Desenvolvimento Humano do PNUD. Legenda: USD - Dólar dos Estados Unidos.

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).

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 da 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).

Os inquéritos conduzidos nos países em desenvolvimento para avaliar o emprego fornecem números na maior parte das vezes pouco representativos da realidade, assim como as definições sobre as quais elas assentam são criticáveis. As situações delicadas entre o emprego e o subemprego são mal medidas. Deste modo é muito difícil obter estatísticas significativas de emprego e subemprego (LUKOMBO NZATUZOLA, 2004).

De acordo com o autor, o desemprego como evidência estatística, embora ainda mal medido e como fenómeno económico é relativamente recente em Angola. Até 1990 o estado

por intermédio de sua máquina administrativa e do seu setor empresarial funcionou como um grande amortecedor do desemprego. As despesas orçamentais para manter uma máquina deste quilate foram soberbas transformando o estado no segundo maior contribuinte do produto interno a seguir à economia petrolífera. No entanto, dados oficiais de 2005 apontam que a taxa de desemprego em Angola oscila entre os 35 a 40% (BERNARDO, 2006).

Entre os empregados, cerca de 75% da população está enquadrada na agricultura de subsistência, 8% na indústria e cerca de 17% na área de serviços. Entretanto, apesar da agricultura ser a garantia de sobrevivência da maioria da população, em 2001 a produção de cereais não chegou a cobrir 50% das necessidades do país (OMS, 2005b).

Um inquérito sobre o perfil das famílias angolanas, realizado em 2001, designado Inquérito de Indicadores Múltiplos, revelou que, 40% dos chefes de família estavam desempregados, enquanto que o desemprego urbano atingia os 46% (ANGOLA, 2003a).

Outro elemento a destacar, no âmbito do legado da guerra e com impacto na movimentação de pessoas e bens, é a presença de minas terrestres, que dificultam muito a produção agrícola e a prestação dos serviços sociais, incluindo de saúde. Dados de várias organizações internacionais apontam que no final do conflito militar, Angola era considerado como o país com maior número de minas terrestres no mundo. Calculava-se que 35% do território nacional estivessem infestados por sete milhões de minas (OMS, 2005b).

No entanto, desde 1996 foram desminados quatrocentos milhões e 891 mil e 647 metros quadrados tendo em vista a garantia da livre circulação de pessoas e bens e o desenvolvimento. Deste número destacam-se 83.886 quilômetros de estradas, dois mil e 704 de vias ferroviárias, bem como mil e 685 quilômetros de linhas de transportação de energia elétrica de alta tensão (KUSSUMUA, 2009).

Apesar dos esforços desenvolvidos, segundo ainda Kussumua (2009), os operadores de desminagem ainda não atingiram as áreas consideradas de maior contaminação, ou seja, territórios com campos de minas compactos. A extensão do território nacional, aliada ao fato de as áreas minadas não estarem mapeadas, poderão constituir-se em fator impeditivo do desenvolvimento rápido da operação de desminagem, condicionando nalguns casos, o uso integral da terra.

Como resultado da guerra e da economia planificada que o país viveu um estudo promovido pelo Ministério de Administração do Território de Angola (MAT) e pelo PNUD (2007), concluiu que a situação econômica, social e administrativa de Angola é caracterizada da seguinte maneira (ANGOLA, 2007c):

- Graves desigualdades geográficas nos indicadores sociais, como por exemplo, nas áreas urbanas 46% dos domicílios têm acesso à água potável, contra 22% nas áreas

rurais; nestas o acesso das crianças à escola é de 25%, enquanto no meio urbano atinge 40%, sendo que, mais ou menos 60% da população total vive em áreas rurais ou semi-urbanas;

- Cerca de 3,5 milhões de cidadãos foram forçados pela guerra a abandonar as suas áreas de residência, crescendo-se 100.000 crianças separadas dos seus familiares e destas cerca de 50.000 são órfãs e abandonadas;
- Preocupante distribuição geográfica e dos efetivos, por escolaridade, da função pública: do total de 202780 funcionários há uma maior concentração nas províncias de Luanda, (61.885), Benguela (22.396), Huíla (18.501), e Huambo (14.257), o que resulta 58% do efetivo total;
- A província de Luanda detém 30,5% do total do pessoal efetivo da função pública, dos quais, a maioria se encontra na administração local do estado;
- Dez províncias do país (Cabinda, Cunene, Bié, Kwanza-Norte, Kwanza-Sul, Lunda-Sul, Malange, Moxico, Namibe e Uíge) detêm em conjunto apenas 36% do referido efetivo;
- As províncias do Bengo, Kuando-Kubango, Lunda-Norte e Zaire, dispõem apenas de 6% do efetivo total;
- Na distribuição, por órgãos, verifica-se que 86% do total desse efetivo se encontra nos órgãos da administração local do estado, 10% na administração central do estado, e 6% nos institutos públicos e organismos autónomos. Mais de 60% dos efetivos encontra-se nos grupos mais baixos da carreira administrativa, nomeadamente, no grupo de pessoal administrativo (escriturários, aspirantes, etc.) e auxiliar (funcionários de limpeza, motoristas, telefonistas, operários não qualificados e qualificados e auxiliares administrativos);
- O nível médio de escolaridade não passa da 8ª classe;
- A organização administrativa é fortemente centralizada com alguma dose de desconcentração que não foi superada com a aprovação do decreto-lei n.º 17/99, de 29 de Outubro (orgânica dos governos provinciais, administrações municipais e comunais), pelo decreto-executivo n.º 80/99, do Ministério das Finanças que afeta diretamente recursos financeiros, para cada província, provenientes de impostos e outras receitas;
- Não existem normas sobre a organização e funcionamento dos bairros e povoações;
- A administração pública central comporta trezentas e três (303) direções gerais (nacionais) e estruturas equiparadas, quinhentos e trinta e sete (537) departamentos, oitenta e uma (81) estruturas orgânicas.

Entretanto, desde a assinatura do acordo da paz, que pôs fim à cerca de 30 anos de guerra civil, o governo de Angola se propôs a um conjunto de ações com a recuperação socioeconômica, ao ajustamento estrutural e à estabilização macroeconômica (MAIATO, 2007) e à implementação de reformas do seu aparelho do estado (PAULO, 2004).

O processo de reconstrução econômica e social do país vai ter de, necessariamente, se nuclearizar nas províncias e tomar como ponto de partida as dinâmicas locais (FONSECA, 2005).

As necessidades coletivas locais incluindo a saúde, como já referido na introdução, reclamam, de forma crescente, a intervenção das autoridades administrativas locais (ANGOLA, 2007c).

No entanto, segundo o estudo, em Angola não existe uma tradição de participação dos órgãos locais ou de base nos processos de decisão. A participação dos órgãos locais nos processos de tomada de decisão dos governos províncias ou da administração central é quase nula. Não há uma cultura de participação dos atores sociais nem de negociação.

Para Fonseca (2005), são vários os constrangimentos que desde há bastante tempo têm obliterado as capacidades locais para o exercício da função de governo em Angola, destacando-se:

Nível reduzido dos salários - Apesar de não se tratar de um constrangimento específico das províncias, se constata é que os baixos salários exercem um efeito mais demolidor nas províncias do que nas estruturas centrais localizadas em Luanda.

Produtividade administrada reduzida - O melhor indicador da produtividade administrativa é dado pelo valor do salário médio, mas a capitação das despesas com material e das despesas de capital complementam a produtividade administrativa. Relativamente a estes últimos deve ser referido que os respectivos valores provinciais são extraordinariamente baixos, limitando, portanto, as condições para o exercício de uma governança local eficaz.

Deficiente capacidade institucional – Existência ainda de dificuldades de natureza metodológica para elaboração de programas provinciais de desenvolvimento.

Déficit de informação para a decisão - É um estrangulamento relevante, considerando que, não é possível a elaboração de programas provinciais de desenvolvimento sem informação estatística de base e complementar.

Baixa sustentabilidade dos projetos e ações dos governos provinciais - Apesar de muitas províncias concentrarem a sua atuação em projetos de natureza social que necessitam de garantir o seu funcionamento normal ao longo dos anos, verifica-se frequentemente a falta de recursos para suportar os custos recorrentes, necessários para que, uma vez realizada a obra, se garanta o seu funcionamento normal.

Recursos humanos Insuficientes - Existe uma grave carência de pessoal para a provisão de serviços essenciais ao desenvolvimento econômico ou produtivo, quais sejam a agricultura, o comércio, a energia e água, comércio, transportes e habitação sendo mais acentuada nos níveis municipais e comunais.

Recursos financeiros limitados - Os programas provinciais e os respectivos relatórios de execução, bem como os governadores provinciais referem, numa forma contundente, que os recursos financeiros disponibilizados apenas têm coberto as despesas com salários e com os investimentos públicos de iniciativa local (FONSECA, 2005).

O estudo sobre a administração local em Angola constatou que os serviços públicos se concentram nas sedes das províncias, chegando raramente na periferia, onde se encontra a maioria das populações. Em quase todos os casos, a qualidade dos serviços prestados é, de um modo geral, deficiente e ela diminuiu à medida que se caminha da sede da província para a comuna, passando pelo município, o que se explica pela reduzida capacidade em que os recursos humanos materiais e financeiros. Entre as instituições prestadoras de serviços e os usuários raramente se estabelecem relações transparentes e de confiança mútua. A fraca preparação dos funcionários e a falta de entendimento da sua função levam-nos frequentemente, a ser poucos receptivos (ANGOLA, 2007c).

A inadequação do perfil dos recursos humanos no nível local, associado a uma excessiva concentração em termos de qualidade e quantidade nas sedes das províncias não permite o desenvolvimento das funções ligadas ao desenvolvimento local (ANGOLA, 2007c).

O Diagnóstico da Descentralização Fiscal em Angola (UNCDF e PNUD, 2006) refere que, a realização das despesas em Angola está fortemente concentrada na estrutura central do governo. Apesar da participação da estrutura central no total das despesas ter-se reduzido nos anos 2004 e 2005, relativamente aos dois anos anteriores, o percentual dos gastos por este nível de governo ainda é muito elevado (tabela 5). Nos últimos dois (2) anos da série disponível, a estrutura central foi responsável 84,5% e 84,7%, respectivamente, das despesas realizadas, restando aos governos provinciais pouco mais de 15%. Na estrutura central se incluem os ministérios e seus órgãos dependentes, os institutos públicos e os gastos com o legislativo e o judiciário (UNCDF e PNUD, 2006).

Destaca-se que a massa salarial representa em média 60% do orçamento dos governos provinciais, existindo casos extremos em que ela constitui 97% do orçamento de funcionamento (ANGOLA, 2007c).

Segundo o estudo do UNCDF e PNUD (2006), a forte participação do nível central de governo pode ser parcialmente explicada pelos gastos com investimentos que permanecem sendo realizados diretamente pelos órgãos dependentes da estrutura central.

Tabela 5 - Distribuição das Despesas por Localidades (2001-2005)

Localidade	2001	2002	2003	2004	2005
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Estrutura Central	84,28	86,91	89,25	84,46	84,75
Luanda	4,84	3,37	2,47	4,46	3,96
Bengo	0,29	0,35	0,29	0,40	0,50
Benguela	1,54	1,39	1,11	1,73	1,71
Bié	0,51	0,51	0,47	0,61	0,73
Cabinda	2,22	1,35	1,03	0,69	1,33
Huambo	0,73	0,87	0,79	1,16	1,10
Huíla	0,97	0,95	0,89	1,46	1,14
Kuando-Kubango	0,31	0,41	0,31	0,27	0,39
Cunene	0,39	0,25	0,28	0,43	0,42
Kwanza-Norte	0,35	0,28	0,30	0,48	0,37
Kwanza-Sul	0,57	0,57	0,47	0,80	0,80
Lunda-Norte	0,39	0,40	0,33	0,32	0,35
Lunda-Sul	0,29	0,28	0,25	0,44	0,35
Malanje	0,34	0,33	0,28	0,35	0,36
Moxico	0,42	0,37	0,44	0,54	0,45
Namibe	0,46	0,36	0,29	0,41	0,34
Uíge	0,40	0,48	0,34	0,64	0,65
Zaire	0,69	0,56	0,42	0,34	0,31

Fonte: UNCDF e PNUD (2006)

A preponderância do governo central também é observada pelo lado das receitas. Do total de receitas fiscais coletadas em Angola, apenas 13% couberam ao conjunto de províncias e municípios que integram o país. Merece também destaque, a forte concentração da arrecadação de receitas fiscais (sejam elas atribuídas aos governos central ou locais) na Província de Luanda. Dos 26,7% do PIB gerados em 2005, apenas Luanda respondeu por cerca de 95,7%.

O mesmo fenômeno ocorre pelo lado dos gastos públicos. Há uma alta concentração das despesas na Província de Luanda, que sozinha respondeu por mais de 25% do total dos gastos realizados pelos governos locais (UNCDF e PNUD, 2006).

A constituição de Angola prevê eleições presidenciais de 5 em 5 anos e eleições legislativas em cada 4 anos. Entretanto, somente em Setembro de 1992, foram realizadas as primeiras eleições legislativas e presidenciais. O regresso da UNITA (movimento armado na oposição) à guerra neste ano impediu a conclusão das eleições presidenciais e os mandatos, quer do presidente, como da Assembléia Nacional, foram sucessivamente prolongados (OMS, 2005b). Tendo em conta a estabilidade polito-militar, em 2008 foram realizadas, pacificamente, as eleições legislativas e presidenciais. As eleições autárquicas nunca foram realizadas e continuam sem qualquer previsão de data.

De modo geral, a situação geral de Angola é bastante deficitária nos mais diversos componentes, econômicos, administrativos e sociais agravadas com êxodo populacional para

as grandes cidades e que teve como principal consequência a urbanização desordenada e os seus reflexos na deterioração das condições de vida, como o desemprego, a falta de adaptação urbana e a manutenção e reprodução de hábitos rurais. Merecem também destaque, fenômenos como, o déficit de conhecimentos e de consciência ambiental, a ausência da cidadania, entre outros. Todos estes fatores, a par dos descritos anteriormente têm os seus reflexos neste estudo e na situação sanitária do país.

No que tange a situação sanitária em geral, o país confronta-se com altas taxas de mortalidade infantil (154/1000) (IPAD, 2006), sendo a de menores de cinco (5) anos, segundo a UNFPA (2006), de 250/1000. Estes valores são associados à alta prevalência de patologias transmissíveis, entre as quais, a malária, diarreia aguda, infecções respiratórias agudas (ANGOLA, 2000a, 2001, 2002a, 2003b, 2004, 2005c, 2006), agravadas pela má nutrição protéica e energética. A taxa de mortalidade materna ronda os 1.500 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 percentagem de partos domiciliares (ANGOLA, 2005d). Como causas obstétricas diretas destacam-se, de acordo com dados de 2001 e 2003 do MINSA (ANGOLA, 2001 e 2003b), a toxemia, a hemorragia, os abortos inseguros e a septicemia, etc., portanto, causas susceptíveis de prevenção (tabela 6).

Tabela 6 - Causas de Óbitos Maternos e Mortalidade Materna (2001 e 2003)

ANO - 2001											
CAUSAS	Sepsis	Aborto	Toxemia	Hemorragia	Ruptura Uterina	Outras Complicações	Morte Mat. Indireta	Morte Mat. Ignorada	Total	T. Nados Vivos	Taxa/1000 N. Vivos
Total	45	50	121	94	43	108	444	0	905	85065	10,64
ANO - 2003											
Total	36	272	90	96	25	66	367	54	1005	106157	9,47

Fonte: Angola (2001 e 2003b).

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

incorporam as Metas Internacionais de Desenvolvimento e sintetizam os objetivos e metas para a monitoria do Desenvolvimento Humano. Em 2003, foi publicado o primeiro relatório que identifica e estabelece a linha de partida dos indicadores dos oito objetivos de desenvolvimento do Milênio para Angola (ANGOLA, 2005e; ANGOLA, 2003c):

1. Erradicação da pobreza extrema e da fome
2. Universalizar o ensino básico
3. Promover a igualdade entre os sexos
4. Reduzir a mortalidade infantil
5. Melhorar a saúde materna
6. Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças.
7. Garantir a sustentabilidade ambiental
8. Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento

Vale referir que, no âmbito do seu desenvolvimento econômico, segundo Xirimimbi e Tati (2000), para o triênio 1998-2000, o governo de Angola havia definido cinco eixos de desenvolvimento regional. Os eixos em causa centravam-se nos grandes empreendimentos previstos e tiveram como razão nuclear a possibilidade de se aproveitarem os efeitos polarizadores desses projetos sobre as restantes atividades econômicas, cruzando-os com o que se esperava do programa integrado das obras públicas.

- 1) EIXO UÍGE/ MALANGE/ BIÉ - polarizado na finalização e entrada em funcionamento da barragem de Kapanda. A zona de influência desse empreendimento poderia no futuro, estender-se às províncias de Lunda-Norte e Lunda-Sul;
- 2) EIXO KUANZA SUL/ BENGUELA/ NAMIBE/ HUAMBO - polarizado pelo projeto de refinaria do Lobito.
- 3) EIXO KUANZA-NORTE/ MALANGE - polarizado pela reabilitação do corredor de Malange.
- 4) EIXO BENGUELA/ HUAMBO/ BIÉ/ MOXICO - a ser fortemente influenciado em toda sua extensão pela reabilitação do corredor do Lobito
- 5) EIXO LUNDA NORTE/ LUNDA SUL/ MOXICO - polarizado na reabilitação, legalização, organização e disciplinação do setor diamantífero e no projeto de Catoca.

Nota-se que nos referidos eixos espaciais, não foram enquadrados quatro províncias, Cabinda, Zaire, Bengo e Luanda, presumindo-se que seriam enquadradas em regiões próprias considerando as suas especificidades geográficas, hidrográficas, orográficas (referente ao estudo das nuances do relevo de uma região), climatológicas, geológicas e pedológicas (relativo ao estudo dos solos, no seu ambiente natural) ou agregadas duas a duas (Cabinda e Zaire e Luanda e Bengo), pela sua proximidade geográfica.

3. ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA E DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

O sistema nacional de saúde conheceu uma evolução histórica caracterizada por dois períodos distintos, o período colonial e o período da independência. Este último, subdividido em duas fases: da economia planificada e da economia de mercado (ANGOLA, 2009a).

Segundo este documento do MINSA (ANGOLA, 2009a), o período colonial foi caracterizado por um sistema de saúde acessível a uma minoria privilegiada, orientado para a resolução dos seus problemas de saúde e dos que afetavam a produtividade econômica da colônia.

Assim, o sistema herdado estava voltado para as elites urbanas, e consistia fundamentalmente em hospitais relativamente sofisticados e centros de saúde frequentemente ligados a unidades de produção (fábricas, fazendas, etc.). A maior parte da população não dispunha de serviços formais para a sua assistência (ANGOLA, 2008a). De acordo com Varanda (2004), a vigilância sanitária encontrava-se intimamente ligada com idéias de produtividade e constante melhoria na gestão dos recursos humanos disponíveis. Ao mesmo tempo, a assistência sanitária prestada pelos Serviços Sanitários das unidades de produção servia como argumento favorável à colonização, como ilustrativa dos cuidados dispensados às populações indígenas sob o regime português (VARANDA, 2004). Com a proclamação da independência em 11 de Novembro de 1975, foram estabelecidos, através do Serviço Nacional de Saúde, os princípios da universalidade e gratuidade dos cuidados de saúde, exclusivamente prestados pelo Estado, assentes na estratégia dos Cuidados Primários de Saúde (CPS). A grande maioria das unidades de saúde e farmácias privadas foram nacionalizadas. Este período que corresponde à primeira década da independência foi também caracterizado pelo alargamento da rede sanitária e pela escassez de recursos humanos em saúde, compensada pelos profissionais recrutados ao abrigo de acordos de cooperação (ANGOLA, 2009a).

A II fase do período pós-independência foi caracterizada pelo recrudescimento do conflito, reformas políticas, administrativas e econômicas que tiveram, de certa maneira, um impacto negativo sobre o sistema de saúde, como a destruição e redução drástica da rede sanitária.

A fase da economia de mercado é caracterizada pelo fim da guerra e o alcance da paz, que se traduz numa estabilidade macroeconômica, intenso esforço de reabilitação e reconstrução de que tem beneficiado o Sistema Nacional de Saúde (ANGOLA, 2009a).

O Ministério da Saúde é órgão do governo responsável através do decreto-lei 2/00 pela formulação e controlo da política nacional de saúde (ANGOLA, 2000b). O estatuto orgânico

do MINSA em vigor foi aprovado em Outubro de 1999, e publicado no Diário da República aos 14/01/2000 (organograma no anexo 1), prevendo uma estrutura de funcionamento baseada em unidades de nível central de carácter normativo e executivo (direções nacionais e departamentos), de apoio e assessoria ao ministro (gabinetes) e de natureza consultiva (conselhos consultivos e comissões). No nível intermédio e periférico o MINSA é representado, respectivamente, pelas direções provinciais e secções/repartições municipais da saúde.

O Sistema Nacional de Saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), tutelado pelo Ministério da Saúde, pelos serviços de saúde militar, tutelados pelo Ministério da Defesa e dedicados ao atendimento de militares e seus familiares diretos e pelos serviços de saúde do Ministério do Interior, para o atendimento dos seus efetivos e familiares.

Fazem também parte do Sistema Nacional de Saúde, os serviços de saúde de grandes empresas (públicas e privadas), como a Chevrom-Texaco, Empresa Nacional de Seguros de Angola (ENSA), Endiama e Sonangol, destinados ao atendimento dos seus trabalhadores e familiares próximos, pelos serviços de saúde privados lucrativos, incluindo farmácias, em franco crescimento nas grandes cidades e pelos serviços de saúde filantrópicos. Os serviços de saúde utilizados por algumas empresas públicas pertencem a ministérios, institutos e/ou unidades económicas públicas e mistas, algumas com financiamento público, mas que têm as suas próprias receitas.

A composição descrita acima do sistema nacional de saúde, representada na figura nº 3 abaixo, advém da lei de bases da saúde nº 21B/92 de 27 de Outubro (ANGOLA, 1992a) que, revogou a política nacional de saúde definida pela lei nº 9/75, que preconizava um serviço nacional de saúde totalmente socializado. Portanto, a lei de bases introduz, desde 1992, como inovação, um novo sistema nacional de saúde, o qual prevê a participação do setor privado.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do MINSA, de acordo com o artigo 11º, alínea 2 da lei de bases do Sistema Nacional de Saúde (ANGOLA, 1992a), constituindo-se na maior rede de saúde do país, assente, segundo a referida lei, nos cuidados primários de saúde, devendo estar presente em todas as divisões político-administrativas, províncias, municípios, comunas, bairros e povoações, sendo responsável pela assistência de todo o universo da população Angolana comportando os níveis primários, secundários e terciários, cuja pirâmide apresenta-se na figura 4.

A referida lei considera no seu capítulo III artigo 23º que, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) deve ter as seguintes características (ANGOLA, 1992a):

- a) Ser universal quanto à população abrangida;
- b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;

- c) Ser tendencialmente gratuito para os usuários tendo em conta as condições econômicas e sociais dos cidadãos;
- d) Garantir a equidade no acesso dos usuários, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades econômicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;
- e) Ter gestão descentralizada e participativa.

Figura 3 - Sistema Nacional de Saúde de Angola



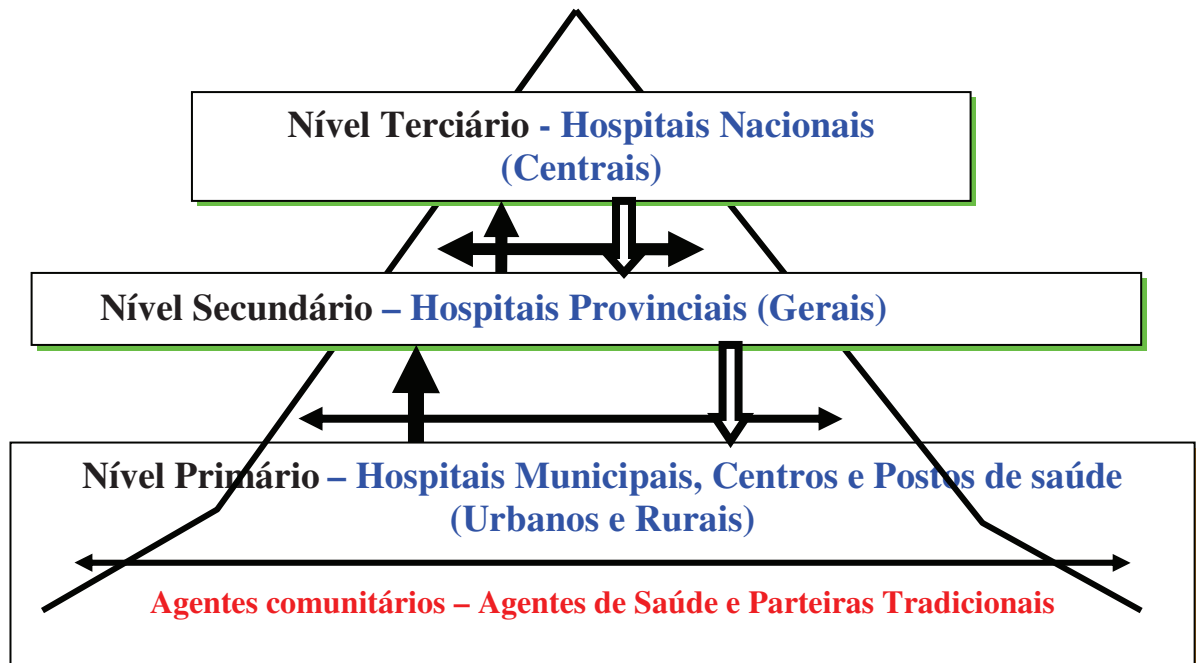
Fonte: Adaptada de Angola (2005d)

O primeiro nível, dos cuidados primários, representado pelos postos, centros de saúde, hospitais municipais, constitui o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde. O nível intermédio, secundário, é constituído pela rede hospitalar polivalente e de especialidade menos diferenciada, enquanto que, o nível terciário compreende as unidades hospitalares de assistência diferenciadas polivalente ou de especialidade (artigo 12º da lei bases da saúde) (ANGOLA, 1992a).

Para efeitos de tipo de atendimento, são estabelecidos dois níveis sanitários (Regulamento Geral das Unidades Sanitárias do SNS, capítulo II, artigo 3, ponto 2, alínea a), nível de atenção primária e nível de atenção especializada (ANGOLA, 2003d). Segundo o referido regulamento, ao nível da atenção primária corresponde a rede de cuidados primários

e o nível de assistência especializada engloba os níveis secundário e terciário da pirâmide sanitária, como a semelhança da figura 4 demonstra a figura 5.

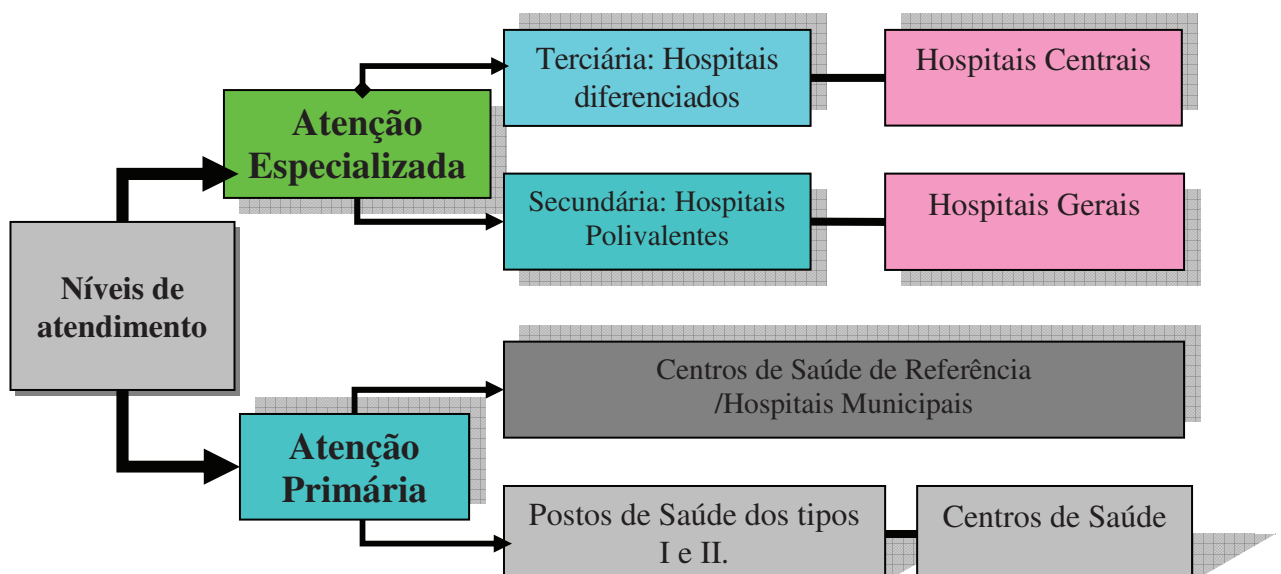
Figura 4 - Pirâmide (níveis) de Atenção Sanitária



Fonte: Adaptada de Angola (2005d).

Basicamente, as estruturas do SNS e sua cobertura sanitária são, posto de saúde, centro de saúde, centro de saúde de referencia/hospital municipal, hospital geral, hospital central e estabelecimentos e serviços especiais (artigo 5º, capítulo II do mesmo regulamento) articulando-se com o correspondente nível administrativo (ANGOLA, 2003d).

Figura 5 - Tipos de Atenção Sanitária



Fonte: Adaptado de Angola (2008a)

As províncias são dotadas, de acordo com a lei de bases da saúde nº 21B/92 (ANGOLA, 1992a) de meios de ação bastantes para satisfazer autonomamente as necessidades correntes de saúde dos seus habitantes, podendo, quando necessário, serem estabelecidos acordos interprovinciais para a utilização de determinados recursos. Por sua vez, cada município constitui uma área de saúde, mas podem algumas localidades ser incluídas nas áreas diferentes dos municípios a que pertençam quando se verifique que tal é indispensável para tornar mais rápida e cômoda a prestação dos cuidados de saúde (art. 17º, 2 e 3).

O capítulo II, artigo 6, ponto 1 do Regulamento Geral das Unidades Sanitárias (ANGOLA, 2003d) do SNS (documento que define as características e os recursos humanos das Unidades Sanitárias que compõem a rede sanitária) refere que o atendimento do SNS é hierarquizado e faz a integração da assistência primária e da assistência especializada ao nível da Região sanitária, estabelecendo um sistema de orientação-recurso, em que as unidades menos diferenciadas reportam e enviam os casos à unidade imediatamente superior mais diferenciada.

Não obstante haver essa definição, bem como dos três (3) níveis assistenciais, na prática diária não existe um esquema de referência e de inter-relacionamento objetivo entre eles. Neste sentido, o MINSa sublinha que “a ausência de um ordenamento sanitário, de regionalização e hierarquização e de definição de funções de cada nível propicia uma distribuição completamente irracional dos recursos para o setor” (ANGOLA, 2005d: 53).

O sistema de informação constitui-se de três (3) subsistemas: de gestão de serviços, sob dependência da área de estatística do GEPE, de vigilância epidemiológica sob dependência da DNSP e de informação orçamental (ANGOLA, 2005d).

O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário para o período de 2006 a 2008 (ANGOLA, 2005d) menciona a existência no país de uma grande diversidade de outros sistemas de informação sem, no entanto, a devida coordenação, nomeadamente, dos serviços de saúde militar, dos serviços de saúde do Ministério do Interior (polícia), dos serviços de saúde de empresas, dos serviços de saúde filantrópicos e da rede privada. Na realidade, não existe uma “política de informação” que determine as informações prioritárias para o sistema e os recursos (econômicos, materiais e humanos) destinados ou que devem ser destinados à sua manutenção e desenvolvimento.

Assim, de acordo ainda com o referido plano (ANGOLA, 2005d), a pouca confiabilidade da informação produzida, a irregularidade na divulgação da informação disponível, o fraco nível de formação académica e profissional da maioria do pessoal implicado no processo de produção e tratamento de informação, a falta de supervisão do sistema e a inexistência da retro-informação destinada a melhorar o desempenho, a falta

gritante de condições de trabalho, caracterizam a situação do sistema de informação para a saúde em Angola.

Sobre os dados estatísticos de saúde de Angola, Campione (1998) destaca que no caso do Sistema de Vigilância Epidemiológica, a insuficiente movimentação de recursos constitui um obstáculo grave na fase de recolha e análise de dados e na publicação de relatórios e boletins periódicos. Os poucos dados que o Sistema de Saúde de Angola consegue produzir e analisar têm um valor muito limitado para que se possa analisar o estado de saúde da população e realizar planos nacionais de saúde.

Vale destacar que, o país ainda não dispõe de uma Política Nacional de Saúde estando em fase de discussão ao nível da sociedade civil, profissionais da saúde e parceiros sociais do MINSA.

4. AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação pode ser considerada como um componente das práticas presente em diversos âmbitos e campos do espaço social (SILVA L., 2005). A avaliação é uma forma básica de comportamento humano. Às vezes é completa, estruturada e formal. Pode incluir elementos subjetivos. A avaliação informal ocorre sempre que uma pessoa opta por uma entre várias alternativas existentes sem antes ter coletado evidência formal de mérito relativo dessas alternativas (WORTHEN et Al, 2004).

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 L. 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.

Para Silva L. (2005), entre as diversas definições existentes, aquelas referentes à avaliação de programas sociais têm conseguido maior consenso.

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 as relações existentes entre a intervenção e contexto no qual ela se situa...” (CONTANDRIOPOULOS et al, 1997:37).

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 preestabelecidas, 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.

Vale aqui destacar que, como refere Medina et al. (2005) apoiando-se em Samaja e também em Bourdieu, o conhecimento científico produto da investigação científica, resulta de um permanente ir e vir entre teoria e empiria, de uma constante tensão entre o normativo – o universal, o endógeno, os sistemas formais – e o constatativo – o observável. De uma permanente mediação da experiência pela teoria e da teoria pela experiência. Até mesmo as opções técnicas mais empíricas são inseparáveis das opções teóricas de construção do objeto e, somente em função de um corpo de hipóteses, derivado de um conjunto de pressuposições teóricas, um dado empírico pode funcionar como prova ou evidência.

Silva L. (2005) observa 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.

Silva L. (2005) destaca ainda que para fins didáticos, pode-se imaginar uma diversidade de possibilidades de expressão como faixas ou pontos de um espectro, cujo extremo esquerdo pode ser representado pelas avaliações presentes na vida cotidiana e o outro extremo pela investigação avaliativa.

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.

A autora enfatiza que, já a pesquisa avaliativa corresponderia ao julgamento que é feito sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada, sobre as características dessas práticas, em geral, ou em um contexto particular, através do recurso a metodologias científicas.

O compromisso da pesquisa avaliativa é, por princípio, com a produção de um conhecimento validado pelo método científico, que pode ou não ser utilizado para a tomada de decisão. Já a avaliação como instrumento de gestão se compromete com a produção de um conhecimento que subsidie a tomada de decisão (TANAKA e MELO, 2008).

Para Patton (1982:34), “a avaliação envolve a coleta sistemática de informação sobre as atividades, características e resultados de programas, Recursos Humanos e produtos à disposição de pessoas específicas, para reduzir incertezas, aumentar efetividade e tomar decisões em relação ao que esses programas, recursos humanos e produtos estão fazendo ou afetando” (PATTON, 1982:35).

Embora haja concordância sobre a definição do que seja avaliação e alguns dos seus aspectos mais conceituais, o mesmo não ocorre em relação a como avaliar. Diferentes autores vêm produzindo uma infinidade de modelos de avaliação baseando-se nas mais distintas concepções sobre o modo de fazer ciência e de compreender a relação entre o investigador e o objeto investigado (FURTADO, 2006).

De acordo com a autora, a despeito disso, utiliza-se métodos predominantemente de pesquisa das ciências sociais, sendo que independente do tipo de avaliação realizada pode ser utilizado tanto dados quantitativos como qualitativos.

Pode-se distinguir o papel formativo e somativo da avaliação (WORTHEN B.R. et Al, 2004). A avaliação formativa é feita para dar informações avaliatórias à equipe de programa, informações úteis para a melhoria do programa, conduzida durante a implementação de um programa e tem por objetivo apoiar o desenvolvimento do mesmo.

Por sua vez, a avaliação somativa realiza-se e torna-se pública para dar aos responsáveis pela tomada de decisões e aos consumidores potenciais, julgamentos do valor ou mérito do programa em relação a critérios importantes. É conduzida após o término do programa e tem por objetivos prestar contas a uma audiência externa (órgão financiador) ou gestor (SILVA L., 2005).

A abordagem da avaliação proposta por Donabedian (1980, 1988, 1990a) está voltada fundamentalmente para qualidade da assistência médica. A referida abordagem centra-se na análise da tríade estrutura, processo e resultado, a qual tomamos, de forma adaptada para conduzir parte deste estudo.

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.

Para Pereira (1995), o processo engloba as atividades ou os procedimentos empregados pelos profissionais de saúde para transformar os recursos em resultados, como, por exemplo, os exames diagnósticos e o tratamento médico. 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.

A avaliação da estrutura é relativamente de fácil realização. Os dados são obtidos sem muita dificuldade, quer nos registros existentes, quer por inspeção local. As conclusões de tal avaliação tendem a ser rapidamente conhecidas e são úteis para identificar deficiências (PEREIRA, 1995).

Estrutura, processo e resultado estão encadeados e nem sempre é possível identificar onde termina uma categoria e se inicia a outra. 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 dêem conta de mensurar tanto estrutura como processo e resultado.

Neste sentido, Campos (2005) sublinha que a avaliação segundo um número de critérios que envolvam a estrutura, o processo e o resultado permite, ao final, um juízo de valor sobre o nível de qualidade alcançado, os problemas e as falhas, trazendo a necessidade de buscar estratégias para a sua correção ou a melhoria de aspectos não satisfatórios

Quanto aos indicadores, a literatura refere um grande número de Indicadores de Saúde, para a utilização em análise de situação de saúde, os quais, de maneira bem esquemática, poderiam ser divididos em sete grupos: de Mortalidade, de Morbidade, de Estado Nutricional, de Política Sanitária, de Nível Socioeconômico, de Serviços de Saúde e de Condições Ambientais (OMS, 1981, SCATENA, 2000).

Por conseguinte, cada avaliação é um caso particular que requer criatividade por parte do investigador/avaliador na formulação da melhor estratégia, na seleção da abordagem, na definição de níveis e atributos, bem como na seleção de critérios, indicadores e padrões (SILVA L., 2005).

De acordo com Campos (2005), a eleição de critérios e padrões para a avaliação da qualidade difere de um país para outro, dependendo da realidade encontrada. Dessa forma métodos e instrumentos utilizados em um país podem ser inadequados para outro, considerando o tipo e o estágio em que se encontram os seus sistemas de saúde. Esse é o motivo pelo qual se deve, mesmo com base em diversos instrumentos internacionais, construir uma proposta que reflita a realidade loco-regional em que se esteja atuando.

A avaliação estrutural baseia-se no princípio de que a qualidade de um programa, serviço ou intervenção está em direta relação com a infra-estrutura de que dispõe; isto é, com os recursos existentes ou aplicados para fazer a estrutura funcionar. A lógica que permeia este tipo de avaliação é de que uma boa infra-estrutura propicia bom atendimento aos clientes, o que leva a bons resultados (PEREIRA, 1995).

Pereira (1995) destaca que análise processual está direcionada a identificar os procedimentos “necessários” para o manejo dos casos atendidos e verificar se eles foram realmente aplicados, na forma por que deveriam tê-lo sido. Portanto, há toda uma lógica que dá embasamento e justifica a avaliação de processo, visto tratar-se de um instrumento que concorre para a melhor aplicação dos recursos destinados aos serviços de saúde. As limitações das avaliações processuais residem no fato de, por vezes, serem demoradas, por dificuldades diversas, como aquelas relativas a prontuários, à falta de padrão de referência para confrontar resultados, ou decorrentes da demora na obtenção dos dados necessários para a composição de indicadores. O ponto mais vulnerável das avaliações processuais é a sua insuficiência no

tocante às investigações causais. Não é possível inferir, apenas pela análise isolada dos procedimentos, se as ações neste nível são responsáveis pela melhoria das condições de saúde das pessoas. Somente estudos controlados poderiam avaliar, com maior propriedade, a relação causal entre processos e resultados (PEREIRA, 1995).

O autor refere ainda que, os objetivos da prestação de serviços de saúde – ou seja, da própria existência da infra-estrutura de serviços e dos procedimentos que nela têm lugar – são os de manter ou melhorar a saúde das pessoas. Contudo, a maior dificuldade para a realização da avaliação dos resultados é a escolha do melhor indicador para expressar resultados. Existe um enorme elenco de indicadores. Se a escolha recair naqueles que refletem resultados em longo prazo, a pesquisa torna-se demasiada cara e impossível de ser realizada, em muitas situações, devido a problemas operacionais advindos da necessidade de seguir, por longo tempo, uma coorte de pessoas ou o que passa em uma instituição.

O uso de séries temporais é uma forma relativamente simples de avaliação, que consiste em investigação do tipo “antes e depois” da introdução da medida, com o objetivo de constatar se houve ou não impacto da ação (PEREIRA, 2005). De acordo com o autor, muitas vezes, esta é uma das poucas alternativas disponíveis para avaliar programas governamentais que, aliás, podem trazer eloqüentes argumentos para subsidiar a discussão causal.

Outro método de avaliação que importa abordar pela sua relevância nas ciências sociais e para este estudo, é a avaliação por triangulação de métodos que segundo Minayo (2006a), pode ser compreendida como expressão de uma dinâmica de investigação e de trabalho que integra a análise das estruturas, dos processos e dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações e a visão que os atores diferenciados constroem sobre todo o projeto: seu desenvolvimento, as relações hierárquicas e técnicas, fazendo dele um constructo (SCHUTZ, 1982) específico. Além da integração objetiva e subjetiva no processo de avaliação, a referida proposta, de acordo com Minayo (2006a), inclui os atores do projeto e do programa não apenas como objetos de análise, mas, principalmente, como sujeitos de auto-avaliação. Essa postura ética e teórica que se fundamenta nos princípios da filosofia comunicativa de Habermas (1987) propicia meios para que, no desenvolvimento do processo de análise, os que o implementam ou recebem seus influxos se apropriem da compreensão dos dados quantitativos e qualitativos gerados pelo trabalho e recomendam subsídios para as mudanças necessárias (MINAYO, 2006a).

Triangulação é um conceito que vem do interacionismo simbólico e foi desenvolvido, dentro dessa corrente, primeiramente por Denzin (1973), significando a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista; a tarefa conjunta de pesquisadores com formação diferenciada; a visão de vários informantes e o emprego de uma variedade de técnicas de

coleta de dados que acompanha o trabalho de investigação. Seu uso, na prática, permite interação, crítica intersubjetiva, e comparação (MYNAYO, 2005).

No mesmo sentido, Tanaka e Melo (2003), referem que, em geral, as situações avaliadas no campo da saúde irão exigir a adoção de múltiplas abordagens (abordagem transdisciplinar), para que não se perca a capacidade de explicação e compreensão da situação.

Segundo os autores, na avaliação de sistemas, serviços ou programas/projetos de saúde é possível iniciar o processo de avaliação com a abordagem sistêmica da administração (Donabedian, 1980; 1982; 1985), que permite analisar o processo de trabalho e as relações com os resultados e seguir com o estudo de impacto epidemiológico visando entender as repercussões das ações operacionalizadas para atender a população usuária ou de referência. Para aprofundar o significado das mudanças apontadas, pode-se adotar uma abordagem qualitativa com os usuários e profissionais envolvidos nas atividades (TANAKA e MELO, 2003).

De acordo com os autores, a compreensão da essência transversal do processo de avaliação é uma exigência contemporânea, mas é também uma exigência no caminho de tentar alcançar a complexidade que é avaliar serviços, práticas e ações desenvolvidos no campo da saúde.

A adoção deste enfoque torna-se ainda mais necessária quando se analisa o momento atual das políticas de saúde – com a descentralização de ações para o sistema municipal - em que os municípios assumem novas responsabilidades face aos problemas locais de saúde (TANAKA e MELO, 2003). Os autores acrescentam que no contexto da descentralização de ações e serviços de saúde, como é caso deste estudo, fica patente a possibilidade da condução da gestão da saúde com a participação de sujeitos distintos. A descentralização, e, conseqüentemente, as novas responsabilidades que são assumidas pelo sistema local de saúde, exige o desenvolvimento de competências que podem ser subsidiadas pelo relevo da realidade que a avaliação pode fornecer ao sistema, serviços ou programas/projetos de saúde.

Portanto, a ação de avaliação possibilita ao profissional uma atividade reflexiva questionadora não só da atividade ou ação em questão, mas também e principalmente do mundo sociocultural que o cerca. Esta possibilidade faz da avaliação uma atividade com característica transdisciplinar, pois necessita, na fase analítica da aplicação, de várias áreas do conhecimento: epidemiologia, administração, estatística, ciência social, ciência política, comunicação (PETERLINI e ZAGONEL, 2003).

Independentemente da concepção que orienta o processo avaliativo, merecem ser ressaltados, segundo Scatena (2000), baseando-se em OMS (1981), alguns pressupostos para o efeito:

a) Avaliação 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.

b) Avaliação deve ser entendida como parte de um processo mais amplo, ou seja, ela faz parte do processo que inclui formulação, implantação e execução de políticas e programas.

c) Avaliação deve ser flexível e adaptável às distintas situações e circunstâncias apresentadas, além ser um processo contínuo e dinâmico.

d) Avaliação deve utilizar informações válidas, sensíveis, simples, pertinentes, acessíveis, que permitam analisar o que está sendo avaliado de forma quantitativa e também qualitativa, através de indicadores adequados (e fidedignos), que diminuam o grau de subjetividade a que qualquer avaliação é suscetível.

e) Os resultados da avaliação, se bem conduzida, são robustos e válidos o suficiente para se constituírem em instrumentos de gestão (de reanálise, redirecionamento, reorganização).

4. 1. Modelos Teóricos/ Lógicos de Avaliação

A necessidade de avaliar os resultados e os efeitos de intervenções na administração pública levou os países desenvolvidos a passar a adotar modelos teóricos de avaliação, conhecidos como Modelos Lógicos de Avaliação (MOREIRA, 2002).

A construção de um modelo teórico é a estratégia de operacionalização de um desenho de uma pesquisa científica. Este modelo descreve teoricamente em um quadro, a funcionalidade de um programa através de uma síntese de seus principais componentes. Resume o mecanismo de funcionamento do programa através de uma seqüência de passos unindo o processo aos resultados, levando em consideração a interação dos efeitos de seus componentes com o impacto do referido programa.

Permite também mostrar a infra-estrutura necessária para a operacionalização do programa. Ele denota os princípios que dizem respeito às condições para a sua efetividade e fornecem uma estrutura de referência para avaliações (CDC, 1999).

O modelo lógico é entendido enquanto um esquema visual que apresenta como um programa deve ser implantado e que resultados são esperados. O processo para a construção da representação visual permite que a racionalidade implícita dos programas, percebidas pelos gerentes e demais grupos implicados, seja explicitada através da busca da opinião de especialistas e inclusão de informações de pesquisas, levando-se a uma maior possibilidade de

construção de acordos em relação aos componentes do programa e aos resultados de avaliação (MEDINA et al., 2005).

Um modelo lógico pode ser composto por vários elementos, mas na grande maioria as partes que o compõem são as atividades, os insumos (*inputs*), os produtos (*outputs*) e os efeitos (*outcomes*) imediatos, de médio e longo prazo (HARTZ et Al, 1997; CDC, 1999). Este modelo permite definir um conjunto de indicadores que compreendam as atividades do programa e seus efeitos esperados. Para cada fase do modelo são construídos indicadores quanti-qualitativos para que os dados e as informações existentes possam ser utilizados de modo sistemático, no ajustamento do conceito em questão. Estabelecer uma relação entre os indicadores e o modelo lógico agiliza o desenvolvimento de pequenas mudanças no desempenho do programa ao invés de empregar uma medida de um único efeito (*outcome*). Como o processo de avaliação é dinâmico, novos indicadores podem ser criados ou podem ser ajustados aos indicadores já existentes (CDC, 1999).

O modelo teórico de um programa deve explicitar como o programa idealmente funciona, que argumentações teóricas dão suporte à hipótese apresentada e que hipóteses alternativas (rivais) serão afastadas. É necessário mostrar consciência da complexidade da situação e compreensão de outros fatores que jogam papel importante na produção dos resultados (esperados e não esperados), indicando as evidências que serão buscadas para demonstrar que o programa em questão promoveu uma significativa contribuição para os mesmos (MEDINA et al., 2005).

Os indicadores utilizados em uma avaliação são importantes para garantir a credibilidade da informação, por traduzirem os conceitos contemplados no programa, seu contexto e seus efeitos esperados, dentro de uma medida específica que permita sua interpretação. Os indicadores são fundamentos para a coleta de evidências confiáveis e válidas aplicáveis em uma avaliação. A construção do modelo lógico favorece a seleção e aplicação de indicadores múltiplos, na avaliação tanto da implantação, dos efeitos ou dos resultados de um programa (CDC, 1999 apud MOREIRA, 2002).

A avaliação é formada de modelos lógicos que possuem uma descrição de problemas, uma análise e um julgamento de valor sobre uma intervenção. Este julgamento não se baseia apenas na realização de uma avaliação normativa que utiliza critérios e normas, mas principalmente é resultante de uma pesquisa avaliativa, que adota métodos científicos para a tomada de decisões (MOREIRA, 2002).

Vale destacar que a avaliação segue uma seqüência cíclica composta pelas seguintes etapas: entendimento do papel e da missão do serviço no sistema de saúde, estabelecimento dos objetivos da avaliação, escolha dos aspectos ou dimensões a serem avaliadas, construção

de critérios, padrões e indicadores; desenho do estudo de avaliação; processo de avaliação; identificação dos problemas e falhas, propostas de mudança; execução das ações de correção e reavaliação. O processo se reinicia indefinidamente em um círculo contínuo (CAMPOS, 2005).

4. 2. Avaliação em Saúde e o Uso da Epidemiologia

Parte importante da informação construída pela Clínica e reutilizada em uma dimensão coletiva pela Epidemiologia, dados de mortalidade, morbidade, a presença nas populações de fatores considerados como de “risco” para o adoecer, constitui-se também em uma das fontes fundamentais de dados para o desenvolvimento de avaliações de diferentes ordens, nos serviços de saúde. (NOVAES, 1996)

A epidemiologia dispõe de instrumental apropriado para a determinação dos resultados e do impacto das medidas e intervenções em saúde. Também pode colaborar na elaboração de indicadores e parâmetros de avaliação de qualidade dos serviços (PINHEIRO e ESCOSTEGUY, 2006).

Segundo as autoras, certamente um dos papéis mais importantes que a epidemiologia pode exercer é na área de avaliação em saúde, lembrando que a incorporação da avaliação às atividades dos diferentes níveis do sistema de saúde permite a orientação mais adequada dos serviços às necessidades da população, assim como a avaliação da sua qualidade.

Goldbaum (1996) destaca, sistematizando vários autores, quatro grandes usos da epidemiologia na perspectiva dos serviços de saúde: 1) nos estudos de situação de saúde, 2) na vigilância epidemiológica, 3) nos estudos “causais” e 4) na avaliação de serviços, programas e tecnologias.

Uma das principais contribuições teóricas recentes no campo da epidemiologia aplicada aos serviços de saúde foi dada por Habicht et al.(1999), em um artigo no qual são definidos dois eixos que norteiam a avaliação de programas de saúde e nutrição. O primeiro eixo refere-se ao tipo de indicador a ser utilizado, o que depende, essencialmente do que está sendo medido: se o processo, o resultado ou ambos os aspectos do programa. Indicadores de oferta, utilização e cobertura analisam o processo; indicadores de impacto, o resultado (SANTOS e VICTORA, 2005).

O segundo eixo refere-se ao tipo de inferência necessária para se afirmar que os resultados observados, tanto de processo quanto de impacto, foram efetivamente decorrentes da exposição à intervenção (SANTOS e VICTORA, 2005). De acordo com os autores, Habicht et al.(1999) identificam avaliações em três níveis de inferência causal: adequação, plausibilidade e probabilidade. Avaliações de adequação investigam se os objetivos do programa foram alcançados. Avaliações de plausibilidade, se os objetivos foram alcançados

devido ao programa. E avaliações de probabilidade estimam, como o próprio nome indica, qual a probabilidade estatística de que o programa tenha realmente efeito.

Quanto a avaliação de Serviços, ações isoladas, programas e tecnologias, Pereira (2005) sublinha que podem ser utilizados os mesmos princípios e métodos de pesquisa etiológica, ou seja, a que se destina a determinar o papel dos fatores de risco na gênese da doença. Apenas são feitas adaptações nas respectivas técnicas, para adequá-las a estes temas e ao diferente contexto em que são empregadas. Em síntese, trata-se de elucidar a possível relação causal entre: um “recurso”, seja material, humano ou financeiro, ou um “processo” empregado na atenção à saúde; e os “resultados”, expressos sob a forma de algum indicador de saúde: por exemplo, o impacto de investimentos financeiros direcionados ao treinamento de pessoal sobre a morbimortalidade da população, ou sobre a qualidade de vida de pacientes.

Os desenhos descritos nos trabalhos sobre a pesquisa avaliativa superpõem-se parcialmente a alguns dos tipos de estudos epidemiológicos: ambos têm uma matriz comum, derivada da incorporação da estatística e do método experimental às ciências sociais (SILVA e FORMIGLI, 1994).

Portanto, a epidemiologia pode contribuir na avaliação por meio da disponibilização de dados e informações, do uso de indicadores, técnicas, métodos e das atividades, em especial do diagnóstico e monitoramento (DRUMOND, 2006).

Para a produção do conhecimento sobre a descentralização do SNS de Angola, foi considerado relevante o conceito de pesquisa avaliativa de Contandriopoulos et al. (1997) com recurso à tríade analítica de Donabedian (1980) e a triangulação de métodos (MINAYO, 2005a). Foram também levados em consideração diversos instrumentos epidemiológicos, alguns especificamente construídos para o efeito.

5. DESCENTRALIZAÇÃO, RACIONALIZAÇÃO E INTEGRAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O valor fundamental da descentralização é amplamente reconhecido, seja no seio de uma única organização administrativa, seja com referência ao relacionamento entre múltiplas estruturas, que fazem parte de uma organização mais abrangente vista em sua totalidade. Os estudiosos da ciência da administração, da ciência política e do direito costumam afirmar que o problema da transferência das funções do “centro” para a “periferia” é natural em qualquer administração que tenha ultrapassado certas dimensões, compreendendo não apenas a administração estatal, mas também a de entidades públicas menores e de grandes entidades empresariais privadas. Em particular, há tempos foi esclarecida a conexão entre administração pública e a mudança das estruturas sociais, com a conseqüente necessidade de que o desenvolvimento das estruturas administrativas seja adequado a essa mudança, ativando uma inteligente distribuição de funções e de tarefas, obedecendo a critérios que, à luz das transformações sociais do momento, permitam que as mudanças realizadas apresentem um substancial conteúdo e uma operacionalidade real (ROVERSI-MONACO, 1993).

O termo descentralização tem sido usado com diferentes significados, sendo preocupação de alguns autores tentar precisar o conceito. Neste sentido, a descentralização tem sido relacionada, com certa divergência, a outros conceitos como desconcentração, delegação, privatização, estadualização e municipalização (ZILDA, 1996).

Segundo a autora, alguns autores utilizam essas expressões como sinônimos da descentralização, outros, como formas ou etapas do processo de descentralização. Há consenso de que o conceito da descentralização é complexo, pois envolve uma série de aspectos complementares e interdependentes – a direcionalidade do processo, a condição de meio ou fim e a participação social – e deve ser sempre analisado a partir de sua associação a um determinado objeto. O termo desconcentração traz em si também a idéia de deslocamento do centro: transferir competências para autoridades subordinadas, dentro da mesma esfera de governo; ou retirar do centro as tarefas de execução, sem que seja transferida a correspondente autonomia para outras esferas de governo.

Na área de saúde, esse modelo pode ser traduzido como aquele em que, embora a execução dos serviços e as ações estejam a cargo da esfera regional ou local, os recursos, sejam financeiros ou gerenciais, continuam nas mãos do governo central.

Para Zilda (1996), a descentralização refere-se à redistribuição de poder político, ou seja, a transferência do centro das decisões para outras esferas, com personalidades jurídicas distintas e autoridades eleitas localmente, enquanto a desconcentração diz respeito à distribuição territorial de atividades, com a delegação de atribuições sem o deslocamento do

poder decisório sobre as mesmas. Pode-se dizer que a primeira tem, intrinsecamente, um caráter mais político e a segunda, mais administrativo.

Para Lobo (1990), a descentralização é um dos instrumentos de ação governamental que deve buscar dois objetivos: democratizar o estado e ampliar a justiça social. Todavia, não poderá fazê-lo sozinha, já que se impõem outras reformas no aparelho do estado (fiscal, administrativa, econômica, financeira). A autora sublinha, entretanto, que a descentralização precisa aprimorar o relacionamento intergovernamental, melhorar a capacitação dos governos das esferas subnacionais para a execução da intervenção em seu meio e dar oportunidade ao controle da população organizada sobre os governos.

Portanto, segundo ainda a mesma autora, a descentralização modifica profundamente a estrutura de poder, porque irá distribuí-lo, ao passo que a desconcentração, apesar de ser instrumento eficaz de ação do governo, não vai interferir com o poder centralizado, visto que distribuirá tão somente competências.

Vários autores (TEIXEIRA, 1990; MATUS, 1996, MENDES, 2001) destacam que a problemática da descentralização trata fundamentalmente da distribuição do poder e da atribuição de competências às diferentes esferas de governo. Teixeira (1990) acrescenta que quando só ocorre a distribuição de competências, está-se frente a uma desconcentração; quando se distribui poder, concede-se poder decisório, ou seja, aumenta-se a autonomia em seus aspectos políticos, administrativos e financeiros e, por conseguinte, há descentralização.

Quanto às competências, Teixeira (1990) demarca-as em três situações: competências exclusivas, que são relativas a um só nível de governo; competências concorrentes, em que mais de um nível as exerce; e competências subjetivas, nas quais os níveis se complementam.

De acordo com Ugá (1991:96), a descentralização implica "uma redistribuição dos espaços - ou objetos - de decisão (isto é, encargos) e de meios para executá-la (isto é, recursos físicos, financeiros e humanos) e nesse sentido inclui a desconcentração".

É importante destacar a existência de uma inter-relação entre descentralização e centralização, dois ordenamentos que segundo Roversi-Monaco (1993) não existem em estado puro. A descentralização requer sempre algum grau de centralização para a manutenção das funções de um estado moderno. Por exemplo, em qualquer sistema de saúde, são necessários elementos centrais e locais; o que é preciso é estabelecer o equilíbrio que convém conseguir, a direção em que determinado país deve avançar e os meios de que dispõe para alterar o equilíbrio existente (MILLS, 1990). Matus C. (1996) também fala da necessidade da combinação de uma prática de planejamento centralizado e descentralizado, onde todas as esferas de planejamento e gestão discutam problemas de alto valor, alcançando um equilíbrio entre centralização e descentralização.

Para Roversi-Monaco (1993), a inter-relação existente entre descentralização e centralização significa que todos os ordenamentos jurídicos positivos são parcialmente centralizados e, em parte, descentralizados, isto é, que, considerada a centralização e a descentralização como dois possíveis valores, não existe um sistema político-administrativo que esteja exclusivamente orientado para a otimização de uma ou de outra. Na organização do estado, o problema da centralização e da descentralização está sempre presente; trata-se, então, de avaliar os instrumentos jurídicos pelos quais, respectivamente, eles podem ser valorizados (ROVERSI-MONACO, 1993).

De um ponto de vista geral nota-se uma contínua troca entre centralização e descentralização, como consequência de um processo de concentração e desagregação, geralmente gradual e muito lento, algumas vezes mais apressado, que se manifesta em cada sociedade (ROVERSI-MONACO, 1993).

De acordo com o autor, sempre que for aceita essa premissa e esclarecido que centralização e descentralização totais são apenas pólos ideais, pode também ser aceito, com objetivos descritivos, o critério do mínimo indispensável para poder-se falar de descentralização. Temos centralização quando a quantidade de poderes das entidades locais e dos órgãos periféricos é reduzida ao mínimo indispensável, a fim de que possam ser considerados como entidades subjetivas de administração. Temos, ao contrário, descentralização quando os órgãos centrais do estado possuem o mínimo de poder indispensável para desenvolver as próprias atividades. Portanto, a descentralização não surge de maneira igual em todos os lugares. É indispensável colocá-la de cada vez num ambiente social e na época histórica nos quais consegue concreta atuação.

Nesta base, as premissas fundamentais para a implementação da descentralização, de acordo com a FINATEC (2004), são: participação social, valorização do território, integração de políticas e delegação efetiva do poder.

A respeito, analisando os critérios da descentralização Lobo (1990), Teixeira (1990) e Roversi-Monaco (1993) apontam que, para ela exercer seu papel e ser efetiva, deve ser flexível, gradual, progressiva e transparente na tomada de decisão, além de ser acompanhado e avaliado por meio de mecanismos de controle social.

O mesmo também refere Mendes (2001) apoiando-se em Lobo (1998) ao destacar que a descentralização deve ser orientada por um conjunto de princípios: a flexibilidade, o gradualismo, a progressividade, a transparência no processo de tomada de decisões e o controle público. A flexibilização tem a ver com as adaptações ao contexto local em que se dá esse processo de descentralização. Portanto, é imperativo que a descentralização seja

visualizada como processo de médio e longo prazo, a ser cumprido por etapas, uma vez que a visão imediatista pode comprometer o processo (Lobo, 1990; Teixeira, S.M.F., 1990).

Neste sentido, no Brasil, por exemplo, o processo de descentralização foi conduzido de forma progressiva, transferindo responsabilidades e recursos aos municípios na medida em que eles aderissem a proposta do nível central e demonstrassem o cumprimento de exigências técnicas e políticas, consideradas imprescindíveis para a implantação do sistema. Esse processo gerou uma busca de capacitação, por parte dos municípios, sem precedentes na história (FLEURY, 2006).

A descentralização visa o alcance dos objetivos da equidade no acesso, o aumento da eficácia e eficiência na utilização dos recursos públicos e a melhoria da qualidade dos serviços e do financiamento. Nesta perspectiva dialoga com a necessidade da inovação gerencial (FINATEC, 2004). Segundo a fonte, os profissionais envolvidos devem sentir-se essencialmente valorizados, motivados e criativos para responderem ao desafio de fazer avançar a construção do novo modelo gerencial. Cabe às iniciativas de capacitação auxiliar no salto de qualidade requerido pelas cobranças de mais resultado e ampliação da responsabilidade.

No âmbito da noção de descentralização é comum fazer-se uma série de distinções, algumas apenas próprias da ciência jurídica, outras de uso mais comum. Sob o ponto de vista de incidência e da abrangência, a descentralização pode ser política, administrativa, financeira, burocrática, de serviços, entre outras formas (ROVERSI-MONACO, 1993).

Jeppsson A. e Okuonzi S. A. (2000) referem que a descentralização pode também ser, específica ou setorial e holística, de todo o estado. A primeira se dá no nível de setores específicos do Governo, por exemplo, saúde, educação, etc e a segunda envolvem todos os setores do governo ao mesmo tempo.

À respeito ainda das distinções, segundo Rondinelli (1983) e Mills (1990), os quatro tipos de descentralização demonstram tanto os diferentes graus do poder governamental bem como os diversos critérios de descentralização, baseados na aplicação em diferentes contextos políticos: devolução, desconcentração, delegação e privatização.

Mills (1990) destaca a existência de outros fatores que influenciam o grau de autonomia, como a capacidade de mobilização do apoio político, o controle de recursos, a legitimidade das funções assumidas, o tom dos regulamentos e normas e a expectativa de trabalho, desfrutados pelos órgãos locais.

Aprofundando os conceitos, Mills (1990) refere que a devolução é entendida como a criação ou o fortalecimento de níveis sub-nacionais de governo, comumente chamados de governo local ou autoridade local, que possuem uma autonomia em relação ao governo

central com respeito a um conjunto de funções bem definidas. Este nível, além de ter reconhecido suas fronteiras geográficas, possui uma personalidade jurídica clara, autoridade estatutária para conseguir fundos e incorrer em gastos, e a concessão de várias funções. Nos países desenvolvidos este modelo de descentralização pode ser empregado na área de saúde, requerendo uma importante participação financeira do estado e uma cooperação entre as autoridades locais na prestação de serviços mais especializados.

A desconcentração, no entanto, é a transferência de certo grau de autoridade administrativa aos escritórios ou oficinas locais do governo nacional. Este é o tipo de descentralização, mais empregado pelos países em desenvolvimento. É considerado o mais moderado, por implicar na transferência de autoridade administrativa, mas não da autoridade política. Ela pode ser dar de forma vertical ou integrada. Na forma vertical de administração local a responsabilidade do ministério é atribuída ao pessoal local, podendo haver um coordenador que articule com as diversas organizações ministeriais locais para que as mesmas não achem independentemente.

Na desconcentração integrada, um representante dependente do governo central (ministérios do interior ou de administração local) assume a responsabilidade por todas as questões rotineiras, ficando para o órgão central a responsabilidade de supervisão técnica. De acordo com o tipo de governo este representante pode ser o prefeito ou governador. Na saúde este modelo pode dar-se pela fusão dos serviços de saúde do governo central e local dentro de uma nova organização distrital, permitindo um melhor planejamento e gestão dos serviços de saúde, de acordo com um critério de integração no distrito (MILLS, 1990).

Importa aqui destacar que a desconcentração tem a vantagem de garantir a integralidade vertical, mas, ao não transferir o poder decisório, dificulta a responsabilização local, a integração intersetorial e a participação dos cidadãos. É a forma mais tímida de descentralização e, ao mesmo tempo, a mais utilizada (MENDES, 2001).

Quanto à delegação, Mills (1990) destaca que ela consubstancia-se na transferência de responsabilidades administrativas, para organizações que não fazem parte da estrutura central do governo (paraestatais) sendo, no entanto, indiretamente controladas por ele. Mesmo tendo estas organizações liberdade para exercer suas funções e deveres específicos, a responsabilidade ainda continua sendo do governo.

Por sua vez, a privatização é a transferência de instituições estatais para a iniciativa privada, sob o domínio das regras de mercado. Ela refere-se à substituição de entes estatais por organizações privadas, normalmente sob a forma da venda de ativos públicos. A privatização incide sobre a produção de bens e serviços privados para o mercado e

fundamenta-se na necessidade de liberar o estado para suas funções substantivas, para o que ele deve abandonar espaços mais vocacionados pela iniciativa privada (MENDES, 2001).

No entanto, o que vai definir cada modelo são de um lado, os valores de solidariedade existentes na sociedade e de outro como se combinam as três macro-funções de regulação, financiamento e prestação de serviços dos sistemas de serviços de saúde e quem se apropria delas, se o Estado ou se o setor privado (MENDES, 2002a).

De acordo com Silva S.F. (2001), diversos estudiosos ao tentarem classificar e construir uma tipologia para a descentralização a diferenciam em intragovernamentais, que operam de “dentro para dentro” do próprio governo e as interinstitucionais, que operam de “dentro para fora” do órgão governamental que descentraliza. As descentralizações intragovernamentais podem ser de dois tipos: desconcentração e descentralização funcional (autárquica ou institucional) e as interinstitucionais são, a devolução e a delegação.

Para a autora, a descentralização funcional, constitui a transferência de responsabilidades no âmbito administrativo dentro da mesma estrutura de governo. Trata-se da criação de órgãos de administração indireta, tais como empresas públicas, sociedades de economia mista, fundações ou autarquias, que passam a assumir funções da competência dos órgãos da administração direta. Portanto, a desconcentração diferencia-se da descentralização funcional apenas por aspectos jurídico-administrativos.

Vale referir que, a noção de descentralização administrativa não coincide com a de autonomia local (especialmente províncias e municípios), mesmo quando uma entidade autônoma local propende a apresentar uma típica expressão de descentralização administrativa. Se a autonomia local é, de fato, também descentralização administrativa, o que a caracteriza e a coloca num plano diferente é o fato de a autonomia local, mesmo quando não se manifesta como autonomia política, não aparecer como uma derivação da organização administrativa do estado. Ela transcende o quadro conceptual de mera descentralização administrativa e se liga, como já foi sublinhado, à temática da liberdade, e, portanto, diretamente aos diversos conceitos de democratização e pluralismo (ROVERSI-MONACO, 1993).

Existe a crença de que a descentralização é sempre um processo de democratização partindo do pressuposto de que ela se aproxima da base populacional e permite maior controle social. Arretche (2001) define esta crença como o mito da descentralização. A autora faz uma abordagem analítica e problematiza o consenso existente sobre a associação feita entre a democracia e as virtudes potenciais da descentralização.

Para a autora, existiu um vasto consenso sobre as virtudes da descentralização na maioria dos países nos anos 80, o período em que se desencadeou este movimento. Embora os

ideais filosóficos que estiveram por detrás desse consenso nem sempre coincidiram. De um lado os movimentos políticos da esquerda viram na descentralização, uma oportunidade de promover a participação popular, a democratização das relações públicas, a necessidade de prestação de contas e o aprofundamento das reformas democráticas. Por outro lado, os movimentos inseridos no campo neoliberal defenderam as reformas, dado que isso representava uma redução do peso burocrático do governo central e proporcionava possibilidades da realização da vida cívica do indivíduo até então sufocada pelo aparelho estatal.

As reformas do tipo descentralizador foram assumidas e implementadas por diferentes estratégias, entre as quais a desconcentração, a delegação, a transferência de atribuições, a desregulação, e a privatização.

Em contraposição a esses atributos, a centralização da gestão do governo passou a ser vista como um sinal de autoritarismo, falta de transparência, burocracia, monopolização e propenso a clientelismo. E somando a isso tudo, a ineficiência na gestão. Nesta perspectiva, Arretche (2001) chama a atenção para o fato de que não basta o argumento que associa positivamente a descentralização à democracia e, simetricamente a centralização a Estados e sistemas políticos menos democráticos. Segundo a autora, não existe uma garantia prévia – intrínseca ao mecanismo de descentralização – de que o deslocamento de recursos para níveis inferiores de governo só por si implique uma democratização das relações públicas e a abolição da dominação a partir do nível central. É certo, destaca a autora, que as instituições autônomas e desconcentradas evitam a dominação pelo “centro”, mas pode permitir a sua existência no interior do subsistema. No entanto, não é claro que a descentralização possa produzir sempre comportamentos democráticos. O contexto cultural da sociedade e a cultura organizacional das organizações dão significado à concretização desse comportamento, agindo como fator facilitador ou limitador.

A descentralização incorpora a idéia de resgate da dívida social, a participação social e política, a regionalização, a unificação e universalização do sistema nacional de saúde, e a municipalização da assistência social. Contudo, esse processo deu-se de forma desigual em diferentes partes do mundo, seja quanto às formas, aos ritmos e ao conteúdo das mudanças. Uma das razões que explica essa heterogeneidade de descentralização decorre das distintas disposições políticas para a implementação dessas reformas.

Vale destacar que, nos processos de descentralização de modalidades de gestão de programas públicos, o nível central de governo tem uma importância estratégica na direção e coordenação, seja da formulação e aprovação de reformas, seja em sua implementação (ARRETCHÉ, 2001).

No entanto, de acordo com a autora, antes que um esvaziamento das funções dos níveis centrais de governo, o sucesso da descentralização supõe sua expansão seletiva, um reordenamento expansivo das agências do governo central em direção a novas atividades, reordenamento esse que implica um governo central fortalecido.

As diferentes estratégias escolhidas para efetivar a descentralização também sofreram - e ainda sofrem - críticas, seja de argumentos no sentido de que essa forma de fazer reformas significaria o esvaziamento das funções do nível central ou porque implicaria a uma desresponsabilização do Estado através da transferência de atribuições para níveis de governo com baixa capacidade de intervenção. Algumas propostas foram no sentido de uma redefinição do papel estratégico do governo central.

A crença na associação positiva da descentralização e democracia somente será eficiente se forem viabilizadas através de instituições que garantam à participação popular, evitando deste modo as tendências de setorialização das intervenções do Estado que em conseqüência aumenta o distanciamento com os atores sociais. Estas novas instituições criadas deveriam fortalecer a democracia de base territorial em oposição à democracia de base alargada e sem vínculos com as necessidades locais (ARRETCHE, 2001).

5. 1. Descentralização dos Sistemas de Saúde

Na maioria dos países em desenvolvimento, desde princípios dos anos 80, a descentralização emergiu como uma resposta à ineficiência, iniquidade, altos custos, baixa cobertura e efetividade dos serviços de saúde associados ao centralismo (FLORES, 2000). No mesmo sentido Mendes (2001) refere que, a descentralização dos sistemas de serviços de saúde foi impulsionada por um desencanto com sistemas centralizados que se caracterizam por controle burocrático, resistência à inovação, ineficiência, apropriação corporativa, manipulação, pouca capacidade de adaptação as mudanças ambientais e baixa resposta as necessidades da clientela.

De acordo com Zilda (1996), a transferência e o controle dos serviços de saúde para os níveis locais vêm sendo recomendados como uma das principais estratégias para o aumento da cobertura assistencial (ZILDA, 1996). Neste âmbito, a descentralização traz engendrada em si a expectativa da reformulação do modelo assistencial fragmentado e autoritário, deslocando-se dessa base, para o eixo da prática da responsabilidade sanitária em todos os pontos do sistema, com assistência integral universalizada e equânime, regionalizada e hierarquizada (KAMIMURA e MOLINA, 2006).

Para Mendes (2001) a descentralização dos sistemas de serviços de saúde constitui-se numa tendência inequívoca no cenário internacional como contraposição aos modelos

centralizados. Apesar disso, segundo o autor, a descentralização convive com as tendências de centralização, ainda que o vetor de maior peso seja a descentralização. O controle público é visto neste nível como uma possibilidade por parte da população diretamente beneficiária de exercer seu direito de petição junto dos responsáveis sanitários, relativamente aos problemas que impactam na sua saúde.

A descentralização e a regionalização da saúde vêm ocorrendo na maioria dos países do mundo, embora de formas diferentes.

No Reino Unido e na Suécia, deu-se desconcentração para regiões federais; na Polônia e na Espanha, deu-se a devolução para os estados; na Itália, fez-se a delegação para empresas públicas com autonomia administrativa e financeira; na Hungria, deu-se a privatização; no Cazaquistão, houve uma descentralização que não resultou e foi seguida de uma recentralização (SALTMAN e FIGUERAS, 1997; MENDES, 2001).

Analisando a descentralização setorial e holística, com base na experiência da Zâmbia, onde ocorreu fundamentalmente uma descentralização do setor da saúde e na de Uganda, onde ocorreu uma descentralização holística, Jeppsson e Okuonzi (2000), concluíram que na Zâmbia, apesar da experiência considerável acumulada, as reformas do setor da saúde são mais sustentáveis em Uganda porque ultrapassam as fronteiras do setor e estão enraizadas nas mais diversas estruturas políticas e administrativas do governo. No entanto, muitas reformas na Zâmbia, tais como a autonomia dos hospitais, a coordenação dos doadores e o financiamento do distrito sanitário, são eficazes inovações que podem melhorar a gestão dos serviços de saúde.

No Benin, de acordo com Alassane-Seidou (2008), a descentralização incidiu prioritariamente sobre o nível periférico tendo em vista a reorganização da base da pirâmide sanitária com a criação de regiões sanitárias. O objetivo primordial da reforma foi garantir melhor acesso da grande maioria da população aos serviços de saúde de qualidade.

Conceitualmente, de acordo com Silveira (2006), a descentralização significa redistribuir as responsabilidades quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis do governo, partindo da idéia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chances haverá de acerto (SILVEIRA, 2006). A autora refere que não se deve confundir com desconcentração ou delegação, pois descentralização envolve compartilhamento do poder. Deve haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis do governo com o nítido reforço do poder municipal sobre a saúde (municipalização da saúde), cabendo ao município, portanto, a maior responsabilidade das ações e a aproximação do usuário do poder decisório do sistema.

Para o efeito, deve-se considerar a diversidade dos determinantes do nível da saúde em termos geográficos, econômicos, sociais, culturais e demográficos, além das necessidades e do estado presente da oferta, acessibilidade e qualidade desejáveis dos serviços de saúde (CORDEIRO, 2001).

Mendes (2001) chama a atenção para o fato de que, por vezes, a descentralização é colocada no centro de um debate ideológico, em que para uns, é uma panacéia que resolve tudo e, para outros, uma alternativa catastrófica. Contudo, salienta o autor, baseando-se em uma ampla revisão bibliográfica, que como processo, na prática, a descentralização apresentará, sempre, fortalezas e debilidades. As fortalezas são: maior eficiência alocativa pela influência dos usuários locais, inovação e adaptação às condições locais, maior qualidade, transparência e legitimidade derivadas da participação da população no processo de tomada de decisão: maior integração entre agências governamentais e não-governamentais e melhoria das atividades intersectoriais.

As debilidades são: enfraquecimento das estruturas locais, dificuldade de coordenação, incremento dos custos de transação, aumento das desigualdades, ineficiência por perda de escala e de escopo, fragmentação dos serviços, escassez de recursos gerenciais, clientelismo local, aumento do emprego estatal e desestruturação de programas verticais de saúde pública.

Nesta base, de acordo o autor, uma das propostas para a superação das debilidades está em instituir, entre os níveis centrais e locais dos sistemas de serviços de saúde, uma instância mesorregional com o nome de distritos sanitários ou de regiões de saúde. A instituição desse nível mesorregional pode conduzir a uma descentralização mais racional, porque permitiria compatibilizar uma escala adequada com a proximidade dos problemas locais e da população.

Segundo ainda o autor, a experiência indica que há áreas em que a descentralização do processo não deve incidir: a definição de macro-políticas, as decisões referentes aos recursos estratégicos, a regulação de setores como medicamentos e equipamentos de alta densidade tecnológica e a macro-análise de situação e tendências da saúde.

Tobar (1991) chama atenção para outro aspecto. Apesar da idéia, segundo o autor, de que a descentralização permitiria uma redução, ou ao menos um maior controle, dos custos de produção dos serviços públicos, esta capacidade redutora do gasto público tem sido contestada pelos especialistas no caso do setor saúde, tem em conta que: "(...), a descentralização dos serviços de saúde poderá representar em médio prazo, um aumento nos gastos. Isto se deve à necessidade de adequar os serviços a suas novas funções, assim como aumentar o acesso aos serviços básicos, melhorar a qualificação de pessoal etc. Então, só poderíamos falar da redução de gastos como efeito da descentralização tratando-se de uma perspectiva de longo prazo" (TEIXEIRA. 1990: 83).

Segundo Flores (2000), a descentralização dos serviços de saúde representa uma estratégia política para a reforma dos sistemas de saúde. A participação e interação dos diferentes atores sociais, políticos e de saúde de nível local, regional e central, tanto governamentais como não governamentais, para definir objetivos, executar ações, gerir e alocar recursos são indicadores essenciais para avaliar os processos de descentralização. Outros indicadores de ordem mais populacional têm a ver com o impacto que essas mudanças produzem na disponibilidade e qualidade dos serviços, no acesso e utilização por diferentes grupos populacionais. O seu impacto a curto e médio prazo relaciona-se com determinadas mudanças organizacionais nos sistemas de saúde e como consequência nos perfis epidemiológicos locais ou regionais (FLORES, 2000).

Além disso, as organizações e sistemas de saúde, de acordo com vários autores (RIVERA, 1995; AZEVEDO, 2002; MALIK, 2002; MINTZBERG, 2003; ARTMANN e RIVERA, 2003a) apresentam especificidades que as diferenciam das demais organizações e sistemas. Azevedo (2002) refere que os sistemas de saúde são tidos como um dos sistemas mais complexos da sociedade contemporânea e os hospitais são considerados organizações extraordinariamente complexas, apresentando particularidades quanto ao seu modo de funcionamento (MINTZBERG, 2003). No mesmo sentido, Malik A.M. (2002) aponta as principais características que determinam as especificidades do setor da saúde: a. dificuldade de definir/medir saídas ou produtos: num município, o que se procura realizar é diferente do que se pretende num hospital ou numa área coberta por um programa de saúde da família; b. grande quantidade de tarefas de caráter emergencial ou inadiável: controle de epidemias, notificação de surtos, assistência a casos de emergência, de fato, são inadiáveis; c. gravidade de erros ou imprecisões; um exame de laboratório dúbio pode trazer sérios problemas a quem recebe os resultados; d. maior lealdade à corporação profissional que à organização; e. interdependência das atividades: a assistência sempre envolve outras áreas, sejam os medicamentos, os exames laboratoriais, a reabilitação; f. atividades altamente especializadas; g. pouco controle hierárquico sobre o grupo gerador de trabalho, de despesas e de receita; h. papel fundamental do cliente final no processo de trabalho; e i. autoritarismo das instituições: uso desde os jargões, impermeáveis ao cidadão comum.

Malik A.M. (2002) acrescenta que na verdade, todos os aspectos acima relacionados podem ser encontrados em diferentes situações e culturas organizacionais. Nessas condições, característica seria apenas a combinação delas todas.

Nas organizações de saúde, o trabalho profissional é altamente especializado, complexo e de difícil mensuração, e a autonomia é necessária para executá-lo, gerando um

ambiente propício ao conflito, tornando-se fundamental um processo de negociação permanente (AZEVEDO, 2002; MINTZBERG, 2003)

Neste caso, para o sucesso do processo de mudanças organizacionais, cada membro da organização deve obrigatoriamente ser envolvido. Gerentes, supervisores ou chefes de equipe são chamados para liderar e conduzir algum aspecto do processo. Isso implica que é absolutamente necessário uma boa comunicação entre o gerente ou equipe de mudança e os diferentes níveis de supervisão da organização, os funcionários em geral, clientes e fornecedores, para que o processo seja harmônico e complementar entre as diferentes unidades de uma organização (KISIL, 1998).

De acordo com o autor, para o gerenciamento do processo de mudança no setor da saúde observa-se a necessidade de: planejamento estratégico em todos os níveis; conhecimento da missão por todos da organização; fortalecimento do sistema de avaliação, controle e auditoria; gestão participativa; estabelecimento de parcerias.

O autor sublinha ainda que devido ao fato de que uma cultura organizacional ser resultado de um processo longo de existência de uma organização, quanto mais antiga a organização mais forte é sua cultura.

Sobre as mudanças Mintzberg (2003:238) refere que “a mudança na burocracia profissional, onde se enquadram as organizações de saúde, não decorre de novos administradores que assumem cargos para anunciar grandes reformas, nem da intenção das tecnoestruturas governamentais em manter os profissionais sob seu controle. Ao contrário, a mudança deve ser gradual, mediante processo lento de transformação dos profissionais – mudar quem pode entrar na profissão, o que aprendem nas escolas profissionais e, após isso, quão dispostos estão para ampliar as suas habilidades”.

A tentativa unilateral de mudança de uma cultura, sem que haja a preocupação em ajustá-la à realidade organizacional em que se insere, tem sido um exercício desnecessário, que habitualmente gera perda de recursos e de credibilidade a seus líderes. A mudança cultural precisa, então, ser sustentada por formas que não sejam estranhas à organização, para que haja real motivação e comprometimento com seus objetivos. Independentemente de as ameaças oriundas da percepção da mudança pelo grupo serem imaginárias ou não, seus efeitos são sempre reais e se manifestam na resistência que o grupo impõe ao processo (VERGARA e PINTO, 1998).

No processo de mudança podem-se destacar alguns estereótipos mais frequentes identificados nas organizações afetadas: indiferença; rejeição passiva; rejeição ativa; sabotagem; colaboração; entusiasmo não comprometido; e entusiasmo comprometido. A variação no comportamento resultante de mudanças se dá pelo fator humano. Os dois

principais diferenciais são a conscientização e a intensidade de resposta às mudanças. (SELDIN et al., 2003).

Na dimensão política, a descentralização não é considerada um valor e um fim em si mesmos, mas uma condição necessária para melhorar o acesso, a adequação da resposta social, a participação, a qualidade, a sustentação e a equidade no campo da saúde. Hortale et al., (2000) consideram que um sistema de saúde descentralizado, em uma dinâmica de transferência de recursos e autoridade às diferentes instâncias do sistema de saúde, causa um impacto positivo na gestão e nas diferentes modalidades de atenção e dá oportunidade para que os processos de reforma permitam a geração e desenho de novos modelos de atenção, papéis e funções, modalidades de capacitação, sistemas de remuneração e novas formas de participação das instituições, sindicatos e setores acadêmicos. Sua análise deve levar em consideração a missão e as funções do estado, os serviços de saúde e os usuários do sistema no marco das características históricas e institucionais inerentes a cada realidade nacional.

Nesta perspectiva, a descentralização deve ser considerada como um componente e instrumento de seu objetivo último de melhoria das condições de saúde e de vida, o que implica não apenas "descentralizar o poder de fazer", mas também o de mudar a "lógica" e a "prática" do sistema, o que implica buscar novos modelos de atenção e de gestão (ALMEIDA E. S. et al., 2002).

No que tange a dimensão normativa e estratégica, Teixeira (1990) afirma que o planejamento é fundamental tanto na formulação das estratégias do processo de descentralização como em sua implantação, contribuindo para isso por meio de condições técnicas e políticas.

Segundo este autor, a dimensão normativa inclui o conjunto de conhecimentos técnicos acumulados sobre a estruturação e o funcionamento de um sistema descentralizado de saúde. Na medida em que tal sistema supõe um conjunto de unidades vinculadas por relações de dependência mútua e coordenadas por um eixo técnico-político, as normas devem incluir tanto a estrutura deste sistema, como as relações funcionais que lhe asseguram a organização.

Quanto à dimensão estratégica, a descentralização precisa fundar suas estratégias na contínua evolução da correlação de forças, conhecendo os diversos atores que podem facilitar ou dificultar o processo conforme sua ação ou inação (TEIXEIRA, 1990).

Para o autor, é importante se definir quais são seus objetivos e metas, ou seja, para que e com que finalidade descentralizar. Somente assim, será possível conhecer o caráter da descentralização, isto é, se é somente reforma administrativa ou se visa modificar a situação sanitária existente.

Campos G.W. (2006) observa que o horizonte da descentralização é o município. É aí onde se dá o conflito, o confronto e a resolução de interesses concretos (SOUSA, 2005). Segundo o autor, este núcleo na realidade, enquanto território cria espaço para o cruzamento do exercício mais concreto da cidadania, o confronto e a acomodação visível de interesses e abre o espaço para uma participação cotidiana, fazendo com que o município se assuma e integre como uma importante figura da governação de um país.

No processo de descentralização espera-se que a prioridade do município se posicione sobre o papel da Atenção Primária à Saúde (PROTTI C.A. et al., 2004; CAVALHEIRO, 2009), não em contraposição com a atenção hospitalar específica, mas como uma estratégia que se adeque à demanda local, sobretudo focalizada na promoção e prevenção.

Estudos internacionais evidenciaram ser cerca de 90% das necessidades de saúde das populações de natureza simples, requerendo recursos e técnicas simples, disponíveis no nível primário da assistência. Os 10% restantes exigiriam serviços de maior complexidade tecnológica e de especialistas e apenas 2% necessitariam dos serviços de alta especialização (MACEDO, 1980; BECH, 2002).

Mendes (2004) ao fazer uma análise crítica da concepção hierárquica dos sistemas de saúde propondo a concepção piramidal, refere que resolver 90% dos problemas mais comuns, coordenar os fluxos e contra-fluxos no contínuo de pontos de atenção à saúde e responsabilizar-se pela saúde dos usuários é de extrema complexidade. Daí que a atenção primária à saúde é um nível de atenção complexo, apenas, menos denso tecnologicamente. Os profissionais de saúde deste nível para exercitarem bem suas funções, devem ter domínio em campos cognitivos distintos, como a biologia, a medicina, a antropologia, a psicologia, etc..

Mendes (2004) destaca ainda que a expressão primária, instituída para marcar o complexo princípio do primeiro contacto é interpretada, na concepção hierárquica dos sistemas de serviços de saúde, como algo muito simples que pode ser ofertado de qualquer forma.

Segundo o autor, essa visão prevalecente da atenção primária à saúde facilita a adoção de estratégias reducionistas do tipo da atenção primária seletiva ou da atenção primitiva à saúde e reforça a visão político-ideológica da atenção primária à saúde como programa destinado a populações pobres, a quem se oferecem tecnologias simples e de baixo custo. No mais, incentiva uma representação por políticos, por profissionais de saúde e pela própria população de uma atenção primária à saúde como algo muito simples, seja no plano material, seja no plano simbólico.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis,

colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS – CARTA DE OTTAWA, 1986).

Segundo Campos G.W. (2006), o problema na saúde é que, para a maioria dos municípios, é impossível compor no próprio território municipal toda a complexa rede de serviços e prestações de saúde necessários para assegurar acesso e atenção conforme a necessidade de cada caso. Por isso, a necessidade de se pensar escalas.

5. 1. 1. Descentralização em saúde e o Triângulo de Governo

No campo da provisão de serviços públicos, os grupos defensores da descentralização apontam a aproximação do poder decisório da população como fator facilitador de definição de prioridades e maior controle, pela sociedade, da qualidade dos serviços e da correta aplicação dos recursos. Além de permitir uma melhor integração entre atividades intersetoriais e entre agências governamentais e não-governamentais (PIOLA, 2002).

Para tanto, segundo o autor, a descentralização da atenção sanitária visa a redistribuição de competências e responsabilidades entre os três esferas de governo, central, provincial e municipal. Este quadro interfere diretamente na capacidade de governo dos níveis locais para assunção de novas responsabilidades, o que exigirá o envolvimento dos três níveis da administração pública para a sua implementação, a partir de um projeto estruturado e que envolve a participação social, ponderando as possibilidades reais de cada nível e do momento.

De acordo com a "imagem-objetivo" concebida por Silva et al. (2007), pode-se admitir que quando a descentralização ocorre em adequada articulação entre os componentes do triângulo de governo (MATUS, 1996), corresponde a um fortalecimento do poder local, das instituições públicas e da capacidade de gestão dos sistemas de saúde o pode resultar em melhor organização dos serviços de saúde viabilizando maior acesso e cobertura; as condições são favoráveis a um maior controle sobre os prestadores privados, com otimização do uso dos recursos públicos visando a assegurar maior integralidade e efetividade. Essa situação é favorável a uma maior participação popular, o que poderia aproximar os gestores das necessidades da população e melhorar a capacidade de intervenção do sistema.

Com uma melhor gestão da saúde, o propósito de reorientação das práticas de assistência individual e coletiva pode ser potencializado. Destaca-se neste nível, a articulação de iniciativas relacionadas com a humanização do acolhimento e aquelas relativas ao aumento da efetividade dos problemas de saúde por meio de uma melhoria na qualidade técnico-científica do cuidado. Por outro lado, a inclusão de projetos intersetoriais, no âmbito da formulação de políticas públicas saudáveis, envolvendo além da saúde a esfera do trabalho, da educação, da comunicação e da infra-estrutura urbana, pode viabilizar ações de alcance coletivo voltadas para a promoção da saúde. Esse conjunto de intervenções pode contribuir para uma melhoria no estado de saúde da população por meio da redução dos indicadores de internação hospitalar e dos coeficientes de mortalidade, além de gerar maior satisfação dos usuários com os serviços de saúde, garantindo, portanto, melhor qualidade de vida para os mesmos (SILVA et al., 2007). Segundo os autores, para a implantação da descentralização no contexto do município, onde a descentralização se efetiva, seria necessária uma relação sinérgica entre três componentes do triângulo de governo (Matus, 1996; figura 6), constituído por: a) projeto de governo; b) governabilidade e c) capacidade de governo.

Matus (1996) refere que governar é bastante complexo, pois exige do governante a habilidade de conduzir um processo a partir da definição de objetivos a serem atingidos, os quais podem ser modificados de acordo com o andamento do processo, ou seja, o projeto de governo, buscando ativamente vencer as dificuldades, o que significa ter a governabilidade do sistema, demonstrando assim capacidade de governo.

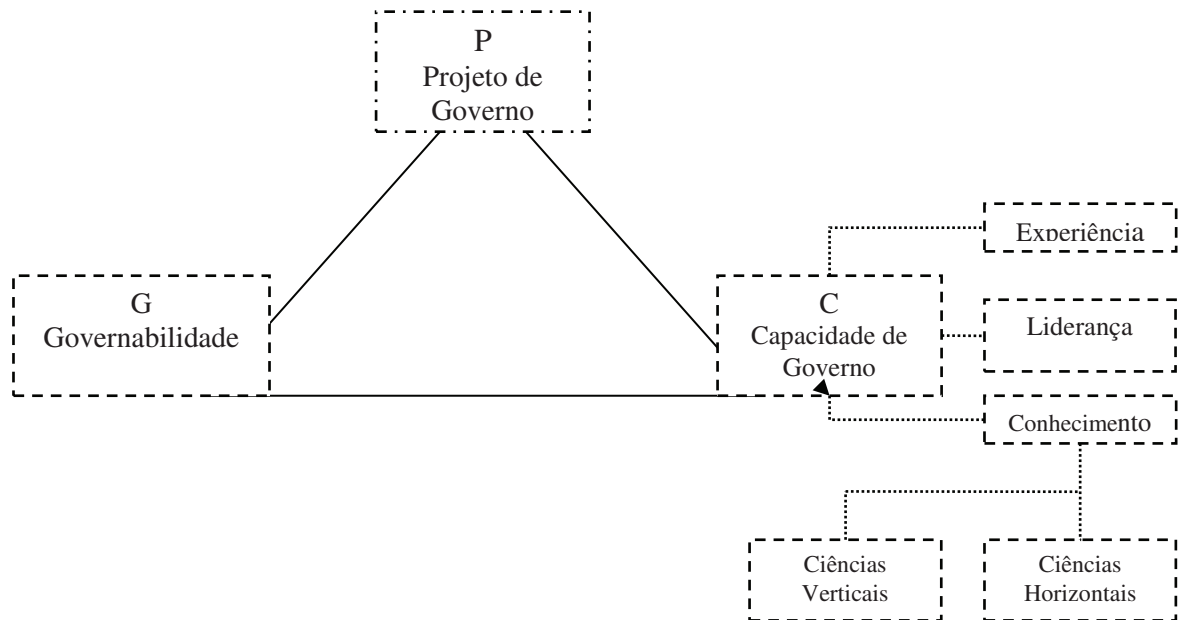
De acordo com o autor, o projeto do governo refere-se ao conteúdo propositivo do plano, que contém o conjunto de propostas de ações que um ator pretende realizar para alcançar seus objetivos. Expressa o capital político e intelectual dos atores que planejam a sua aplicação no desenho de uma proposta de ação; tem relação com a direcionalidade do plano.

A capacidade de governo diz respeito ao capital teórico, instrumental e experiência acumulada que tem um ator e sua equipe de governo para conduzir, gerenciar, administrar e controlar o processo mediante a destreza para conceber e executar estratégias e táticas eficazes para resolver os problemas e aproveitar as oportunidades.

A governabilidade está relacionada à liberdade de ação que dispõe um ator social em situação frente às variáveis as quais controla ou não controla no processo de governo, ou seja, refere-se à possibilidade de ação e ao controle sobre seus efeitos, o que lhe permitirá maior ou menor liberdade de ação e controle de maior ou menor número de variáveis. Quanto maior o número de variáveis decisivas que um ator controla, maior é a sua liberdade de ação e maior é, para ele, a governabilidade do sistema. Essas três variáveis, embora de naturezas distintas, condicionam-se mutuamente, aludindo à complexidade do processo de governar.

Nesse triângulo (figura 6), as variáveis, Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade do Sistema entrelaçam-se e condicionam-se mutuamente, determinando demandas entre si no complexo processo de governar.

Figura 6 - Triângulo de Governo



Fonte: Matus C. (2005)

Isso significa a existência de interdependência entre essas variáveis onde o Projeto de Governo não é produto tão somente das circunstâncias, mas também da Capacidade de Governo de quem governa, aí incluída a capacidade de explicar a realidade, gerando ações eficazes. Ampliar a Capacidade de Governo conduz não só ao aumento da capacidade técnica na elaboração de projetos de ação, mas, também, ao aumento da Governabilidade do Sistema, traduzida como possibilidade de agir e controlar os efeitos da ação, ou seja, condução e articulação política essenciais ao alcance dos objetivos do Projeto de Governo, o qual, quanto mais ambicioso, maior Governabilidade exige; todavia, se for um projeto de qualidade, favorece a adesão e pode ser aceito mais facilmente, sendo então um projeto mais fácil de governar (MOTTIN, 1999).

De acordo com Matus (2005), na capacidade de governo, seja ela pessoal, de uma equipe ou de uma organização, convergem três elementos: experiência, conhecimentos e liderança. Na experiência, acumula-se a arte que o conhecimento científico é incapaz de proporcionar, embora a arte, sem enquadramento da ciência, seja arte em estado bruto.

Nenhum componente dessa tríade vale por si só. O que vale é o produto inseparável de suas interações. Os conhecimentos sem a experiência, e a experiência sem os conhecimentos, valem pouco, e ambos ficam muito diminuídos ante a falta de liderança, que vale nada se não estiver associada aos conhecimentos e à experiência pertinentes. A experiência só vale em relação ao capital cognitivo com o qual se acumula, e esse capital cognitivo fica imaturo sem a dose de experiência necessária (MATUS, 1994a).

No sistema social existe um número indeterminado de sujeitos que governam e planejam a partir de perspectivas diferentes, o que impede qualquer ator de ter assegurada a capacidade de controlar todas as variáveis envolvidas no processo de condução social. Os problemas são o produto do jogo social em que participam vários atores.

Cada um desses atores se insere de maneira diferente na realidade, adere a distintas ideologias, tem interesses e intenções diferenciáveis, conta com distintas capacidades de governo e prioriza as situações a partir dessa perspectiva e segundo seus valores, ideologias e interesses. Como consequência, cada um explica a realidade de forma diferente e esta explicação particular será o fundamento de sua ação.

Estes atores sociais são criativos e, portanto, ninguém pode predizer seu comportamento, senão, apenas prever algumas possibilidades de ação e preparar-se para reagir velozmente ante as contingências que se originam nessa criatividade dos atores que interatuam num sistema marcado por incertezas.

Com o conceito da situação, Matus (1996) questiona 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, está 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, ou seja, refere-se às múltiplas dimensões da realidade: política, econômica, ideológica, cultural, ecológica, etc. Exige uma visão interdisciplinar e multissetorial e deve adaptar-se ao plano setorial sem abandonar as outras dimensões e espaços de explicação. É dinâmica, articulando passado, presente e futuro, através do desvendamento dos processos causais, da expressão atual e da análise das tendências futuras. É ativa, pois cada ator busca com a explicação fundamentar sua ação. A situação está sempre referida a um ator, à sua própria explicação da realidade, mas inclui a explicação, o ponto de vista dos outros atores envolvidos. É, portanto, além de autorreferencial, também policêntrica (ARTMANN, 2000).

A categoria ator social, de acordo com Matus (1996) pode se referir a uma pessoa, a uma organização ou agrupamento humano que, de forma estável ou transitória, tem capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades e atuar produzindo fatos na situação, entendido aqui por dirigentes locais.

De acordo Matus (1994b) citada por Artmann (2000), o ator deve preencher três critérios: 1) Ter base organizativa, 2) Ter um projeto definido e 3) Controlar variáveis importantes para a situação. Portanto, um grupo responsabilizado pela elaboração de um projeto não pode ser considerado um ator; a autoridade que o instituiu é que representa o ator. É importante ter claro o ator que assina o plano. Este sempre controla pelo menos algumas variáveis relevantes na situação e, além do ator-eixo ou ator principal, os outros atores que controlem recursos ou variáveis importantes devem ser considerados (ARTMANN, 2000).

Matus (1996) destaca a descentralização como um dos princípios fundamentais da macrororganização, ganhando relevância no setor social incluindo a saúde em que a maior parte dos problemas por serem definidos como quase-estruturados (de baixa governabilidade por parte dos atores) (MATUS, 1994a) requerem a sua resolução em níveis em que representam maior valor para os atores. Matus (1996) enuncia o princípio da descentralização afirmando que, [...] nenhum problema quase-estruturado deve ser processado em um nível no qual vá receber um tratamento rotineiro. Todos os problemas devem ser processados criativamente. Se um problema receber um tratamento rotineiro porque tem valor baixo nesse nível, deve descer da estrutura macroorganizacional até o nível descentralizado em que tenha alto valor e possa ser tratado criativamente. Todo problema deve ser enfrentado no nível no qual tenha alto valor. Cada nível hierárquico organizacional deve ter governabilidade sobre os problemas de alto valor que o afetam, exceto no caso de problemas que podem ser dissolvidos eficazmente em um espaço maior (MATUS, 1996:357).

A descentralização é um dos principais instrumentos de ação governativa e que visa redistribuir as competências entre os níveis do governo, central, provincial e municipal transformando-as em competências exclusivas, concorrentes e subjetivas. Da revisão bibliográfica, distinguem-se quatro tipos de descentralização ou graus da descentralização, a devolução, a desconcentração, a delegação e a privatização (RONDINELLI, 1983 E MILLS, 1990), sendo os mais relevantes para este estudo, a desconcentração e a privatização. O referido processo em saúde tem especificidades próprias que o diferencia dos demais setores sociais. De qualquer modo, o gradualismo e o conhecimento dos aspectos teóricos da descentralização são importantes para o seu sucesso o que resultará em mudança organizacional sendo esta uma oportunidade para a reforma do sistema de saúde.

5.2. Regionalização em Saúde

A moderna concepção de atenção à saúde surgiu no Reino Unido, em 1920, no relatório Dawson (Lord Dawson of Penn, 1920) que preconizou a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis: os centros primários de atenção à saúde, os centros secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino.

Esse clássico documento descreveu as funções de cada nível de atenção e as relações que deveriam existir entre eles e constituiu a base da regionalização dos serviços de saúde e dos sistemas de serviços de saúde organizados em bases populacionais, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países do mundo (MENDES, 2002b).

Assim, os sistemas regionalizados de saúde são também denominados de sistemas dawsonianos (MENDES, 2001).

No entanto, não existe consenso quanto à definição do conceito de regionalização. Alguns autores valorizam a perspectiva organizacional com ênfase na dimensão territorial e populacional e outros valorizam a missão finalística da regionalização com dimensões que incluem a Atenção Primária à Saúde e a hierarquização da atenção.

Casebeer (2004) sublinha que, o termo “*regionalization*” não é reconhecido no léxico dos computadores, mas em contrapartida nos remetem para o termo “*rationalization*”. Esse entendimento não deixa de ser correto na sua essência, pois por detrás do conceito regionalização, a tarefa maior é a racionalização, a integração de serviços, a gestão dos recursos, da clínica e das necessidades da população.

Mendes (2001, 2004, 2007) faz também a mesma interpretação da racionalidade que está na gênese da regionalização dos sistemas de serviços de saúde, que se faz em função do uso correto de alguns conceitos: a economia de escala, a economia de escopo, as relações entre qualidade e economia de escala e o acesso aos serviços de saúde. Para o autor, uma das singularidades dos serviços de saúde é que parece haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade. Os serviços de saúde ofertados em maior volume são mais prováveis de apresentar melhor qualidade. Uma boa parte da habilidade da atenção médica tem a ver com a prática de “repetição” de determinados procedimentos que se supõe, levam a uma melhor qualidade.

De acordo com Somers & Somers (1977), a regionalização é um sistema formal de alocação de recursos com uma apropriada distribuição geográfica das instalações de saúde, dos recursos humanos e programas, de forma que as diferentes atividades profissionais cubram todo o espectro da atenção compreensiva, primária, secundária, terciária e de longa permanência, com todos os acordos, conexões e mecanismos de referência necessários,

estabelecidos para integrar vários níveis e instituições em um conjunto coerente e capaz de servir a todas as necessidades dos pacientes, dentro de uma base populacional definida.

Para Kamimura e Molina (2006), a regionalização deve ser entendida como uma articulação e mobilização municipal e/ou que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, vontade política expressa pelos municípios de estabelecer uma relação em caráter cooperativo.

Para Carvalho (2005), a regionalização da saúde é mandatória por preceito e imprescindível na prática, para que se consiga a integralidade do direito à saúde. Municípios, mesmo os de maior porte, não têm condições de desenvolver todas as ações de saúde. Cada município deve saber identificar aquilo que é capaz de realizar, aquilo que poderia oferecer como referência aos outros e o que tem que referenciar, do seu município para outros municípios ou Estado.

A noção da regionalização leva em conta o acúmulo de técnicas e tecnologias necessárias à manutenção de saúde que, dado seu custo crescente, precisam ser racionalizadas para oferecer a “integralidade de opções” a populações circunscritas a territórios (SILVA JUNIOR, 2006).

O princípio básico da regionalização é que a atenção à saúde deve ser oferecida, no máximo possível, pelo nível inferior do sistema. Para tal, é necessário equilibrar os desejos e necessidades do público de ter serviços de saúde perto de suas casas, assim como instalações centralizadas de maior prestígio e complexidade.

De acordo com Almeida et al. (2002), o processo de regionalização implica em redirecionar o modelo assistencial, que pode ser compreendido como a forma de produção e distribuição dos bens e serviços de saúde, numa dada área e num determinado tempo, para uma dada população.

Casebeer A. (2004) considera de que, a regionalização no contexto da saúde permanece essencialmente ilusória e incompreensível, a menos que se clarifiquem as suas potencialidades e limitações conforme o quadro 1, abaixo:

Quadro 1 - Potencialidades e Limites da Regionalização		
Características	Na prática	Para a pesquisa
“O Bom”	Regionalização como uma estrutura capaz de: · Minimizar a fragmentação;	Regionalização oferece vasto número de experiências naturais: · No acompanhamento e

	<ul style="list-style-type: none"> · Estimular a integração; · Focalizar uma população definida 	<ul style="list-style-type: none"> seguimento através do tempo; · Nas áreas não estudadas; · Construindo conhecimentos informando sobre as mudanças;
“O Mau”	<p>Regionalização como estrutura incapaz:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Exacerba as tensões existentes; · Mascara agendas não relacionadas; · Bloqueia os necessários incentivos de mudança; 	<p>A regionalização é mal definida:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Difícil de compreender; · Difícil de comparar; · Difícil de isolar atributos de seus impactos;
“O Feio”	<p>A regionalização é complexa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · É afetada pelas externalidades; · É impactado negativamente pelo insucesso de alguns processos; · As tarefas de competição e o poder de cultura organizacional não são clarificados. 	<p>Pesquisa em regionalização é complexa:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Requer métodos múltiplos de abordagem; · Requer equipes multidisciplinares; · Precisa de comprometimento profundo e longo;

Fonte: The Good the bad and the ugly: implications in practice and for research (Casebeer A, 2004)

Para Artmann e Rivera (2003b), a regionalização pressupõe a alocação de recursos de saúde em uma determinada área, em uma ordem que facilite o acesso, ofereça alta qualidade dos serviços, baixo custo, equidade, com uma melhor e mais rápida resposta aos desejos e necessidades dos consumidores.

O conceito de equidade é relacionado à justiça social, ou seja, justiça na distribuição de bens sociais e materiais em uma sociedade, o que significa distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população (PEREIRA, 2005).

O enfoque de regionalização propõe-se a encontrar um equilíbrio entre a excessiva centralização estrutural e a descentralização total dos serviços de saúde (ARTMANN e RIVERA, 2003b).

Segundo os autores, para alguns setores, neste enfoque a distância a percorrer entre a moradia e os centros primários não deveria ultrapassar mais de 30 minutos e estes deveriam dar cobertura a uma população variando entre 20000 e 50000 habitantes em áreas urbanas.

Os hospitais gerais não deveriam ficar a mais de duas horas do domicílio e deveriam oferecer uma cobertura oscilando entre 50.000 e 200.000 habitantes.

Os hospitais terciários especializados, com mais de 400 leitos, deveriam cobrir uma população aproximada de 1.000.000 de habitantes, em articulação com os centros universitários e com os demais serviços do nível secundário. A maior quantidade de leitos destes estabelecimentos estaria determinada pela complexidade tecnológica e pelas economias de escala. Estas unidades poderiam atender a um raio geográfico de população localizada a uma distância temporal relativamente maior (3 a 4 horas).

A distância seria o critério mais importante para estabelecer a distribuição geográfica das instituições de saúde dentro de um sistema regionalizado. Assim, em um país com distâncias gigantescas, diferenças regionais enormes, destacando-se os extremos entre regiões quase despovoadas e centros urbanos super-populosos é preciso pensar com criatividade e contextualizar os parâmetros através de adaptações viáveis e que tragam impactos positivos sobre a situação problemática. O grande critério para o caso seria o acesso (ARTMANN e RIVERA, 2003b).

Mendes (2001) apresenta três paradigmas alternativos de organização dos sistemas de serviços de saúde no âmbito local, a partir dos quais é possível identificar que tipo de regionalização está implementado e ainda servir de base para modelos de conformação das estruturas de saúde em redes.

Esse autor classifica esses paradigmas em:

- a. paradigma da regionalização autárquica;
- b. paradigma da municipalização autárquica; e
- c. paradigma da microregionalização cooperativa.

De acordo com o autor, o paradigma da regionalização autárquica é o que mais se encontra na experiência internacional. Nele, a instância de gestão de um sistema local de serviços de saúde é exercida por uma mesoregião sanitária, que funciona como financiadora e reguladora do sistema. Este modelo é mais comum em Sistemas Nacionais de Saúde, tipo NHS. É o caso da regionalização dos serviços de saúde no Reino Unido. Nesse paradigma, o papel dos municípios é inexistente ou é secundário, limitando-se a algumas ações de saúde pública.

No paradigma da municipalização autárquica, a gestão do sistema de serviços de saúde, no nível local, é responsabilidade maior dos municípios. O paradigma da municipalização autárquica é o que tem prevalecido na construção social do SUS no Brasil. Outro país que na experiência internacional adota este paradigma é a Finlândia. Segundo

ainda Mendes (2001), este paradigma ainda que apresente algumas fortalezas, é um sistema fechado, o que leva a deseconomias de escala, fragmentação de serviços e perda de qualidade.

O terceiro paradigma, da microregionalização cooperativa, propõe a institucionalização dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde — com base na cooperação gerenciada -, por meio dos quais se procura maximizar suas fortalezas e diminuir as debilidades (MENDES, 2001). Nesse paradigma, os municípios continuam como os gestores principais dos sistemas de serviços de saúde no âmbito local, mas organizam-se em microrregiões, de forma cooperativa. A microrregião aqui é transformada num espaço dialógico de negociação e pactuação, mantendo-se, contudo, com a Secretaria Estadual da Saúde e com os municípios a capacidade de gestão do sistema, no que concerne aos interesses de sua população.

O autor ainda define os principais critérios para a construção de serviços de saúde regionalizados: a contigüidade intermunicipal; a subsidiaridade econômica e social, que avalia as cadeias produtivas na microrregião e os fluxos de demandas por serviços de saúde: a escala adequada, o conjunto da população deve gerar uma economia de escala na operação da rede que justifique determinados investimentos e de concentrações tecnológicas: a herança e identidade cultural, o sentimento de pertencimento através de um conjunto de valores que são comuns às populações adstritas: a endogenia microrregional, a possibilidade de desenvolver os sistemas de serviços de saúde num movimento de dentro para fora e de baixo para cima, por meio de recursos latentes na microrregião que sirvam de suporte para a estratégia duradoura da regionalização; a possibilidade de organizar o sistema microrregional de serviços de saúde, pela constatação de que há disponibilidade ou potencialidade de recursos para organizar os sistemas de atenção à saúde, de saúde pública, de apoio e de controle público na microrregião; a disposição política de cooperação entre os diferentes serviços que conformam o ambiente interno da rede e os diferentes atores do ambiente externo que contribuem para o sucesso da estratégia de regionalização, seja através de um processo de intersetorialidade, seja através de níveis hierárquicos de linha de comando organizacional (MENDES, 2001). Estes conjuntos de critérios constituem as peças fundamentais do design da regionalização.

O principal instrumento de uma regionalização é o Plano Diretor de Regionalização, que deve conter as regras de funcionamento da região e a definição de qual a visão da região, sem descuidar a missão estabelecida. As regras de funcionamento neste caso devem incluir as regras de jogo de uma gestão colegiada transparente cujo fio condutor é o interesse comum e particular para cada município ou província membro (MENDES, 2001).

De acordo com De Toni e Klarmann (2002), o debate teórico e prático sobre o tema da regionalização é clássico na economia regional, no planejamento regional e no campo da gestão pública em geral. Os autores baseiam-se em Richardson para destacar que, por exemplo, as alternativas para estabelecer critérios plausíveis de regionalização do território envolvem desde a simples aceitação da divisão regional preexistente a partir de critérios tipicamente governamentais ou adotar, no outro extremo, o paradigma neoclássico do espaço isotrópico, neutro e homogêneo, dividindo-o da forma que mais convier aos interesses do pesquisado ou conforme o objeto pesquisado.

Hilhorst (1975) propõe uma metodologia específica para delimitação de regiões destacando, contudo, que o pesquisador sempre tenderá a certo grau de subjetividade na escolha de hipóteses e técnicas para o efeito. Assim, segundo o autor, a regionalização poderia obedecer a vários critérios, nomeadamente: região homogênea; região polarizada; região de planejamento. No primeiro caso, a região estaria baseada na possibilidade de agregação territorial a partir de características uniformes, arbitrariamente especificadas. No segundo caso, a região corresponderia a uma área geográfica influenciada por um pólo de desenvolvimento econômico, representado por uma empresa, aglomeração industrial, atividade terciária proeminente ou centro urbano. Esta área pode ter um formato regionalizado na medida em que em torno do pólo mais destacado podem estar distribuídos sítios menores de produção e distribuição, visando economias de transporte e de escala e adequações à demanda. A área corresponderia, portanto, a um espaço articulado por fluxos de produção e comércio. No caso da região de planejamento, esta deriva da aplicação de critérios político-administrativos instrumentalizados na atividade de planejamento. Define-se uma região com base na intencionalidade da autoridade política, que afirma uma compreensão de território a partir das necessidades de execução de determinados serviços públicos, do exercício do poder regulatório do estado ou, por exemplo, da focalização de políticas públicas setoriais em determinada parte do território.

A regionalização se dá nas mais diversas esferas da administração pública. Mas é no setor da saúde que se apresenta de forma mais polêmica. Com efeito, o processo de regionalização é muito complexo. Por envolver toda a população, por referir-se a um dos aspectos reconhecidamente mais importantes para o ser humano, por implicar a participação de um conjunto cada vez maior de atores e por guardar ampla relação com aprimoramento democrático, as ações voltadas à regionalização da saúde precisam ser amplamente discutidas pelos mais diversos segmentos da população (GIL et al, 2007). De acordo com os autores, um importante aspecto a ser considerado, nos estudos referentes à regionalização da saúde, é de natureza conceitual: o da própria conceituação de região. A regionalização requer,

primeiramente, a definição de uma base territorial, pois as ações correspondentes se dão em territórios concretos, onde as pessoas vivem, trabalham, constroem redes de relacionamento e exercitam o poder.

Segundo ainda Gil et al. (2007), a identificação da região sanitária é feita a partir de identidades compartilhadas em um mesmo território, tais como: identidade socioeconômica e cultural; redes de comunicação; infra-estrutura de transportes; redes de ações e serviços, direcionadas para a integralidade da atenção à saúde e para as questões relacionadas à educação, à existência de instituições de ensino. Para o efeito é preciso verificar como as crenças, os conhecimentos, os valores, as expectativas e os temores da população contribuem para facilitar ou dificultar esse processo. Torna-se assim necessário, a realização de pesquisas que considerem tanto a paisagem natural e cultural das regiões quanto a representações de seus habitantes.

Portanto, a regionalização de serviços não deve ser considerada apenas do ponto de vista burocrático/administrativo, mas deve representar a melhor distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde numa dada área, possibilitando o acesso da população a todos os níveis de atenção, ou seja, a todas as ações de saúde. Esta hierarquização das ações de saúde e distribuição dos serviços é conhecida e reconhecida como Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária.

No Brasil, Mendes (1994) é um autor que define com clareza os princípios básicos da regionalização ao se referir aos princípios organizativo-assistenciais da proposta do Distrito Sanitário (ARTMANN e RIVERA, 2003b), nomeadamente, a intersectorialidade, a orientação por problemas, a descentralização (já discutido), o planejamento e programação local, a hierarquização, a intercomplementaridade e a integralidade.

A intersectorialidade é a necessidade de operações articuladoras para ações setoriais e intersectoriais, uma vez que os problemas freqüentemente exigem ações que estão fora dos limites convencionais do setor saúde enquanto que o planejamento e programação local são instrumentos que devem estimular o desenvolvimento de seres criativos que no espaço local sejam capazes de descrever, compreender, explicar e propor intervenções, assim como avaliar resultados numa relação negociada entre os diferentes atores em cena (MENDES, 1993).

A intersectorialidade como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como

Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura Segurança Alimentar e outros (BRASIL, 2005).

Segundo a fonte, a intersetorialidade remete também ao conceito/idéia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações.

A intersetorialidade deve ser entendida como a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social (JUNQUEIRA et al., 2007).

Os autores destacam que os conceitos de intersetorialidade e descentralização aproximam-se, na medida em que este último é compreendido como a transferência do poder de decisão para as instâncias mais próximas e permeáveis à influência dos cidadãos e o primeiro diz respeito ao atendimento das necessidades e expectativas desses mesmos cidadãos de forma sinérgica e integrada. Ambos devem considerar as condições territoriais, urbanas e de meio-ambiente dos micro-espacos que interagem com a organização social dos grupos populacionais (JUNQUEIRA et al., 2007).

Contudo, de acordo ainda com os autores, convém alertar para o fato de que, a intersetorialidade é um meio de intervenção e não um fim em si mesmo.

Por isso, deve ser doseada conforme o problema a ser enfrentado. Portanto, a complexidade dos problemas de saúde exige, no seu enfrentamento, uma abordagem diferenciada que permita reconstruir o conhecimento da causalidade e incorpore visões interdisciplinares (SILVA JUNIOR, 2006).

De acordo com Mendes (1993), a hierarquização está determinada pela garantia de resolubilidade que se deve dar de acordo com a complexidade tecnológica exigida em cada nível e no nível do sistema como um todo. A hierarquização compreenderia dois subprincípios:

a) o da suficiência e da insuficiência tecnológica de cada nível de atenção: cada nível deve ter uma suficiência resolutiva que o justifique como composição tecnológica, mas é insuficiente para atender a problemas que transcendem a sua capacidade resolutiva, os quais demandam outro nível de maior complexidade.

b) referência e contra-referência: a hierarquização exige um fluxo e contrafluxo de pacientes e de informações gerenciais e tecnocientíficas, dentro da rede de serviços de saúde, os denominados sistemas de referência e contra-referência.

Silva Junior (2006) refere que a noção de hierarquização pressupõe uma organização piramidal que ofereça serviços segundo a demanda por eles; na base da pirâmide são

oferecidos os serviços que tendem a “resolver” a maioria dos problemas. Em um nível intermediário estão localizados os serviços de densidade tecnológica média, de acesso “filtrado” pelo primeiro nível. E no ápice da pirâmide localizam-se os serviços de maior densidade tecnológica e especialização, capazes de atender a demanda que ultrapassou a capacidade articulada dos demais níveis.

A Integralidade implica reconhecer a univocidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto das ações promocionais, curativas, preventivas e de reabilitação e que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde-doença conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes natural e social. A integralidade manifesta-se em duas dimensões: a) Numa integração definida por um problema a enfrentar através de um conjunto de operações articuladas pela prática da vigilância à saúde. b) Numa integração dentro de cada unidade de saúde, entre a prática sanitária de atenção à demanda e da vigilância à saúde.

Pela sua importância para na discussão da descentralização e regionalização em saúde, a abordagem deste princípio será retomado posteriormente.

Segundo Mendes (1993), a adscrição é a construção de relações de responsabilização entre a população e os serviços de saúde, de forma pactuada, equipes de saúde-paciente, médico-paciente, equipe de saúde-coletivos, equipes de saúde-coletivos sociais. Este princípio se baseia no fato empírico de que há uma relação inversa entre a utilização de unidades ambulatoriais e a distância do local de residência da clientela.

No que tange a intercomplementaridade, de referir que as regiões não são entes autônomos, dependem de planos hierárquicos superiores e estes, por seu lado, só se justificam se complementados pelas regiões enquanto que, a heterogeneidade refere-se ao fato de que sem prescrições, cada espaço de delimitação regional é uma realidade singular, de modo que devem estimular-se a adaptação a cada contexto local e a flexibilidade de composição de cada espaço.

Para além das formas já mencionadas, a regionalização em saúde pode ser ainda geográfica ou sistêmica (MENDES, 1993). No primeiro caso, cada região ou micro-região de saúde teria que atender à população de uma área geográfica definida pelas linhas isócronas determinadas pelo tempo mínimo de deslocamento aceito para cada nível de atenção. No segundo caso, a regionalização está baseada em populações não definidas geograficamente, mas pela sua matrícula ou inscrição nos serviços (por exemplo, clientela de um plano de saúde ou de grandes corporações organizacionais). É uma forma flexível de oferta de serviços de saúde, pois as organizações aglomeram cada vez mais um número importante de pessoas.

As regiões não podem mais ser vistas como entidades eminentemente geográficas. Sua construção passa a requerer elementos de ordem econômica, política, social, cultural e, até mesmo, psicológica, já que as regiões podem ser entendidas também como representações mentais (GIL et al. 2007).

Num ensaio sobre o impacto da regionalização no Canadá desde os anos 80, Lewis e Kuori (2004) afirmam que a regionalização foi um remédio proposto pelo diagnóstico da fragmentação e incoerência na gestão dos serviços e sistemas de saúde, para acabar com a atomização do sistema. Estes autores destacam também a falta de consenso na definição de “regionalização” em saúde. Na busca da definição desse conceito, procuraram encontrar os pontos de similaridade mais do que as diferenças. Neste sentido, enumeram quatro características principais na regionalização canadense:

Primeiro, as regiões são definidas pela geografia — ocupam — territórios específicos.

Segundo, sua existência e autoridade dependem da vontade dos governos provinciais, que detêm a autoridade por meio de devolução, mais do que entidades auto-definidas. A regionalização foi implantada em todas as províncias (9) com exceção de Ontário, embora aqui os serviços de Oncologia estejam organizados em regiões.

Terceiro, consolidaram no nível regional a autoridade previamente distribuída entre os vários programas de saúde pública e comunidades.

Quarto, são responsáveis por um considerável número de serviços de saúde, de cuidados domiciliares para as doenças crônicas e serviços de atenção aguda, da saúde pública e promoção da saúde.

Lewis e Kuori (2004) identificam dois eixos distintos para a regionalização. O primeiro é a continuidade da autoridade, partindo da devolução completa para a consolidação completa através de sua apropriação no nível descentralizado, que invariavelmente se referem à autoridade. O segundo é a centralização ou descentralização dos serviços que se referem ao espaço físico/configuração.

Deste modo, a regionalização é percebida segundo os autores, como uma forma dos sistemas de saúde dos países buscarem o aumento da efetividade e da eficiência a partir de:

- Ajustamento das necessidades e dos recursos: a premissa é a transição das necessidades percebidas pelos “tomadores de decisão” para um modelo de serviço orientado a partir de população-base e necessidade-base. É um dos principais ganhos que a regionalização traz para os sistemas de saúde em geral, operando localmente e de formas distintas e impactando no total do sistema.

- Integração dos serviços: a integração dos serviços é um mandato explícito da regionalização. Corresponde a criar sinergias a partir de problemas comuns para os quais se

tem poucos recursos. Para a construção da rede, cada serviço de saúde contribui num determinado segmento para que todo o sistema funcione como um conjunto, com propósitos bem definidos à priori.

- Aumento da qualidade dos serviços e da prática baseada em evidência: a regionalização deve adotar as melhores práticas apoiadas em evidências de pesquisas sólidas. Estas práticas contribuem para a padronização da atenção prestada com a mesma qualidade nos diferentes serviços que compõem a rede.

- Reforço das atividades da promoção e da prevenção: a premissa é de que a realocação de esforços e de recursos para estas atividades possam melhorar o status de saúde e reduzir as disparidades entre os grupos.

- Aumento da responsabilidade dos gestores: a idéia é de comprometer os gestores com a obrigação de prestar contas sobre os resultados à população. Este princípio, no entanto, não deve se restringir a esta univocidade, a população deve se beneficiar de canais próprios para a realização de um verdadeiro sistema de petições aos gestores e para os atores envolvidos no processo de intersectorialidade.

- Aumento da participação popular: é esperado que os serviços de saúde proporcionem possibilidades para a participação popular envolvendo mais os usuários na tomada das decisões, participando nos colegiados de gestão.

Portanto, para os autores, em qualquer situação em que se trate da regionalização, implicitamente pensa-se em reforma dos serviços e sistemas de saúde.

De acordo com Novaes (1990), para a implantação da regionalização em saúde há necessidade de:

- a. providenciar informação demográfica e epidemiológica da população objeto;
- b. dispor de um inventário atualizado dos serviços existentes;
- c. receber uma informação sobre a utilização dos recursos;
- d. obter consenso comunitário sobre as prioridades;
- e. possuir completo conhecimento dos diversos aspectos da acessibilidade dos serviços para corrigir as principais deficiências do sistema e de sua prestação;
- f. relacionar a formação pelas entidades educadoras de graduados nas ciências de saúde, com as oportunidades de emprego;
- g. estabelecer novos mecanismos de cooperação intersectorial com planejamento conjunto, controle de qualidade e a avaliação dos serviços.

Outra premissa nos modelos regionalizados, de acordo ainda com o autor, é que todos os indivíduos devem ter acesso aos serviços de prevenção, orientação, reabilitação, assim

como aos diagnósticos de tratamento, sem barreiras financeiras ou de qualquer outra natureza, a não ser as inerentes ao grau de complexidade clínica de cada caso.

Para Almeida et al. (2002), os elementos substantivos a serem trabalhados no processo de construção do Distrito Sanitário, são: território, problemas, práticas sanitárias e processo de trabalho

Território do Distrito Sanitário: Compreende uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-la.

A área geográfica é definida para cada realidade e pode ser constituída, para o caso de Angola, por: vários bairros de um município; vários municípios de uma província ou várias províncias de uma região.

Segundo ainda Almeida et Al, (2002), no processo de definição do chamado território-distrito devem ser consideradas para a sua composição as relações de fluxos existentes entre os municípios ou bairros, as referências natural ou culturalmente já estabelecidas entre eles em suas diversas atividades, principalmente na área da saúde.

Área de abrangência dos serviços básicos: Operacionalmente, significa identificar e quantificar numa dada área geográfica a população adstrita a cada serviço de saúde, que terá a responsabilidade pelos cuidados sanitários dessa população, num processo de identidade recíproco, que poderá ser feito segundo diferentes modalidades.

Área de influência: É um conceito operacional que define os serviços de saúde do município ou região considerados como de referência para as populações das áreas de abrangência dos serviços básicos de saúde.

A definição do território de influência desses serviços em um dado município ou região deve ser elaborada incluindo necessariamente os seguintes passos ou pontos:

Os problemas podem ser classificados como:

a) Problemas intermediários: aqueles referentes à organização e funcionamento do conjunto dos recursos de saúde.

b) Problemas terminais: aqueles referentes às necessidades e demandas de saúde-doença dos indivíduos que constituem a população, definidos em função do perfil ou padrão epidemiológico, e que afetam a qualidade de saúde e de vida daqueles que são a razão da existência do sistema, ou seja, a população.

Apesar de todas as vantagens, os esforços para regionalizar trazem em si um grande peso político tendo em conta o fato das soluções serem de longo prazo, enquanto que os líderes políticos procuram sempre soluções de prazos muito mais curtos. Na ausência de um plano educacional para os provedores, pessoal de saúde e o próprio público, o conceito pode

antagonizar todos estes elementos e impedir sua implementação (FEIN, 1982 apud NOVAES, 1990). É importante também sublinhar o que refere Bravo (1979) apud Novaes (1990) que a introdução da estratégia de regionalização do sistema de saúde é um processo complexo nem sempre fácil de alcançar tendo em conta a dificuldade de se conseguir a coincidência de interesses e de objetivos que permitam estabelecer um sistema regional realmente unificado e operativo. Refere ainda o autor que a regionalização implica fundamentalmente uma descentralização administrativa e orçamentária com a finalidade de simplificar a burocracia e de facilitar a administração de recursos da região. Uma legislação apropriada é indispensável para estabelecer uma administração sólida e uma coordenação eficiente.

A despeito de todos os benefícios da regionalização em saúde, seus conceitos aceitos amplamente na literatura sobre a organização de serviços de saúde, nos últimos anos têm recebido críticas. Pois, dada a complexidade dos problemas da população, influenciada pelo processo de urbanização acelerada e caótica, são difíceis as demarcações “territoriais” da demanda e da densidade tecnológica necessárias à sua solução (SILVA JUNIOR, 2006). De acordo com autor, vários estudos mostram a incapacidade dos chamados níveis primários, como concebidos classicamente, em dar conta dos fenômenos gerados pela transição epidemiológica, fazendo-se *mister* sua reformulação conceitual. Atribui-se no nível primário uma complexidade de relações com a comunidade que requer aportes tecnológicos diferenciados e capacitação de recursos humanos com certo grau de especialização e diferenciação, orientados pelo quadro epidemiológico local.

Os demais níveis têm redimensionado seu papel de suporte em nível primário, aprofundando especificidades na atenção. Esses recortes permitem estabelecer aportes diferenciados de serviços conforme as necessidades da população.

Outra proposta é recortar-se em territórios que permitam captar as diferenças existentes entre regiões de uma mesma região, conforme o nível socioeconômico e as conseqüências dos determinantes socioambientais sobre a saúde das populações (UNGLERT, 1994 apud SILVA JUNIOR, 2006).

Não obstante, de acordo com Gondim et al. (2005), as redes de serviços regionalizadas ampliam o acesso aos serviços de saúde com qualidade e menor custo, e devem ter como premissas para a integralidade das ações, a harmonia da oferta, a integração dos serviços e a modernização da atenção para atender ao princípio da descentralização.

De acordo com Campos G.W. (2006), a hierarquização de serviços, ou seja, a construção de uma rede básica com ampla cobertura populacional e capacidade para resolver problemas clínicos e de saúde pública, apoiada por uma variada rede de serviços especializados - urgência, hospitalares e ambulatoriais - é um modo de organizar sistemas de

saúde que não só assegurem o acesso e a integralidade da atenção, como também dêem viabilidade financeira a essas políticas públicas. Seria impossível e irracional se instalar em cada município, todos os serviços especializados de saúde.

Neste sentido, Oliveira e Artmann (2009b) observam que, a implementação gradual da regionalização, que considere as realidades e circunstâncias político-administrativas, epidemiológicas, econômicas, culturais, gerenciais, cognitivas de cada país, poderia representar uma adequada estratégia para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, particularmente para os grupos economicamente menos favorecidos..

Em síntese, a criação de regiões de saúde é condição *sine qua non* para a construção de um sistema público e universal de saúde (CAMPOS, 2006) sendo um dos principais mecanismos para a racionalização de recursos e para a construção de rede de serviços de saúde integrada e que funcione como um conjunto, com propósitos bem definidos.

6. ACESSO, INTEGRALIDADE E UNIVERSALIZAÇÃO EM SAÚDE

A lei de bases do sistema de saúde de Angola (ANGOLA, 1992a) preconiza que o Serviço Nacional de Saúde, objeto deste estudo, deve ser universal quanto à população abrangida, prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação, garantir a equidade no acesso dos usuários, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades econômicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados e ter gestão descentralizada e participativa. Tendo o capítulo anterior discutido os aspectos conceituais da descentralização, impõe-se, pois a necessidade da abordagem do acesso, integralidade e universalização da atenção, a par da discussão dos modelos tecno-assistenciais tendo em conta as mudanças em curso no sistema de saúde de Angola.

6.1. Acesso aos Serviços de Saúde

O acesso aos serviços de saúde, de acordo com Penchansky e Thomas William (1981) trata-se de um conceito cuja perfeita definição ainda oferece dificuldade aos especialistas.

Travassos e Martins (2004) destacam a complexidade do conceituar o acesso aos serviços de saúde e enfatizam que muitas vezes, o mesmo é utilizado de forma imprecisa, e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde. Acrescentam que é um conceito que varia entre autores e que muda ao longo de tempo e de acordo com o contexto e que a terminologia empregada também é variável. Referem ainda que alguns autores, como Donabedian, empregam o substantivo acessibilidade - caráter ou qualidade do que é acessível -, enquanto outros preferem o substantivo acesso - ato de ingressar, entrada - ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde.

Para Travassos e Martins (2004), os autores também variam em relação ao enfoque do conceito: uns centram-no nas características dos indivíduos; outros focam-no nas características da oferta; alguns em ambas as características ou na relação entre os indivíduos e os serviços (oferta). Há também discordâncias sobre se a avaliação de acesso deve concentrar-se nos resultados ou objetivos finais dos sistemas de saúde ou na relação entre os vários elementos que compõem o sistema para atingir esses objetivos.

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, 1990a). Donabedian (1990b) considera além da acessibilidade mais seis eixos a ter em conta na avaliação da qualidade em saúde, a saber: a) eficácia, b) efetividade, c) eficiência, d) otimização, e) aceitabilidade, f) legitimidade, h) equidade.

Entretanto, para Donabedian (1990a), acessibilidade é a capacidade de o paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente.

Andersen (1995), por sua vez, segundo Travassos e Martins (2004), prioriza o termo acesso. Em uma das versões iniciais do seu clássico modelo de utilização de serviços de saúde, acesso é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento. Abrange, nesse caso, a entrada nos serviços e o recebimento de cuidados subseqüentes.

Para Donabedian (1973), existem dois aspectos da acessibilidade a serem distinguidos: o sócio-organizacional e o geográfico. Estão incluídos nos aspectos sócio-organizacionais os atributos referentes aos recursos e à organização, que podem facilitar ou dificultar os esforços do cliente em obter cuidado. Já a acessibilidade geográfica refere-se ao "isolamento espacial", uma função do tempo e da distância física a ser percorrida pelo paciente para a obtenção do cuidado.

Aday & Andersen (1974), alertam que as distintas características do sistema e da população podem determinar a possibilidade de ingressar ao mesmo ou não, mas a prova do acesso em si não consiste na disponibilidade dos serviços e recursos, mas sim no fato de que os serviços sejam utilizados por quem os necessite.

Penchansky & Thomas (1981) optam pelo termo acesso definindo-o como o grau de ajuste entre clientes e o sistema de cuidados de saúde. Para estes autores o conceito de acesso abrange as seguintes dimensões: disponibilidade de serviços em relação às necessidades, concretamente o volume e tipo de serviços; acessibilidade - adequação entre a distribuição geográfica dos serviços e pacientes; acolhimento - forma de organização de serviços no sentido de receber os clientes e a capacidade dos clientes para se adaptar a essa organização; poder de compra - forma de financiamento dos serviços e a possibilidade das pessoas de pagarem os serviços; e aceitabilidade - atitudes das pessoas e dos profissionais de saúde em relação às características e práticas de cada um.

Starfield (2002) destaca também que os termos acesso e acessibilidade são muitas vezes usados de forma equivocada, na medida em que a acessibilidade representa um aspecto da estrutura de um sistema de serviços de saúde necessário e o acesso é dado pela experiência das pessoas no serviço de saúde, ou seja, na experimentação dos serviços tecnológicos na assistência. A autora considera que a análise desses componentes: acesso e acessibilidade podem ser avaliados tanto do ponto de vista da população usuária, quanto dos serviços de saúde.

Segundo ainda a autora, acessibilidade é um dos elementos estruturais de grande importância para a atenção primária, e que a sua garantia não depende apenas da localização do serviço, mas também, do horário e dos dias de funcionamento para o atendimento ao público, do tempo de demora para as consultas não agendadas, do relacionamento do trabalhador de saúde e dos usuários.

A autora especifica que a definição do pacote de serviços ofertados está baseada na variedade de necessidades de uma comunidade, o que oferecer e onde oferecer são abordagens de prestação serviços onde os recursos são insuficientes para atender os padrões de integralidade, que poderiam ser estabelecidos com base nessas necessidades da população.

Para Fekete (1997), acessibilidade pode ser definida como o grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as da população, no processo de busca e obtenção de assistência à saúde. Este enfoque de grau de ajuste permite identificar os fatores que facilitam ou obstaculizam a busca e obtenção desta assistência. O estudo da acessibilidade deve considerar limites de espaço e tempo. Considera-se aqui que o domínio da acessibilidade se restringe ao processo de buscar e receber assistência à saúde. Para autora, a disponibilidade (presença de recursos e sua capacidade para produzir serviços) representa um extremo do processo de busca e obtenção da assistência, a utilização (consumo real dos serviços) vem a ser o outro extremo.

Fekete (1997) considera que a acessibilidade resulta de uma combinação de fatores de distintas dimensões, que podem ser classificadas como de ordem geográfica, organizacional, sociocultural e econômica.

Acessibilidade Geográfica - reflete a distância média entre a população e os recursos. No entanto, acessibilidade geográfica não se mede apenas pela distância já que uma determinada região pode apresentar características físicas que impeçam ou dificultam o acesso da população. A acessibilidade geográfica deve ser medida em função do tempo que, pelos meios habituais de transporte, se consome para obter assistência à saúde (FEKETE, 1997).

Segundo a autora, não é possível fixar uma única medida ideal de acessibilidade geográfica, pois o tempo adequado para sua análise depende do tipo de necessidade. Assim é que para serviços de emergência, a acessibilidade geográfica terá que ser necessariamente maior do que para outros tipos de serviços. Observa-se que a existência de alta acessibilidade geográfica necessariamente não garante a possibilidade de utilização dos recursos por parte da população. Outros elementos como a credibilidade do serviço, a preferência por médicos, a existência de terceiro turno e outros podem influir sobre a acessibilidade geográfica teórica.

Acessibilidade Organizacional - representa os obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde. Os obstáculos podem estar na entrada

(aspectos do contato inicial com a unidade, como a demora em obter uma consulta, tipo de marcação de horário, turnos de funcionamento) ou no interior da unidade de saúde (aspectos que interferem na assistência como é o caso do tempo de espera para ser atendido pelo médico e para fazer exames laboratoriais).

Acessibilidade Sócio-Cultural - Refere-se à apreciação dos fenômenos que determinam a busca de assistência à saúde tais como: percepção sobre o corpo e a doença, crenças relativas à saúde, tolerância à dor e credibilidade nos serviços de saúde, dentre outros.

De acordo com Fekete (1997), é necessário ter em atenção os inconvenientes que as diferenças sócio-culturais entre profissionais de saúde e usuários dos serviços podem produzir. A autora observa que, na relação da equipe de saúde com a população pode-se detectar problemas advindos deste fato.

Os obstáculos relativos à acessibilidade sócio-cultural podem ser enfocados sob as perspectivas da população e do sistema de saúde. Quanto à população cabe destacar: percepção que o indivíduo tem sobre a gravidade de sua doença, etiologia, tipo de tratamento e nível de conhecimento sobre a oferta de serviços de saúde; medo do diagnóstico e das intervenções dele decorrentes; crenças e hábitos quanto aos cuidados com a saúde; dificuldades de comunicação com a equipe de saúde e vergonha no caso, por exemplo, de doenças sexualmente transmissíveis ou que levem à discriminação social (tuberculose, hanseníase) (FEKETE, 1997).

Segundo ainda a autora, quanto ao sistema de saúde deve-se considerar: formação de profissionais de saúde; falta de preparo das equipes de saúde e das instituições frente à diversidade de pacientes com distintas características sócio-culturais e incipiência dos processos de participação dos usuários na organização dos serviços de saúde.

Acessibilidade Econômica - O indicador mais utilizado para medir a acessibilidade econômica é a taxa (nível) de emprego. Isto porque vários estudos têm demonstrado que quanto maiores os níveis de emprego, maior a utilização dos serviços de saúde (FEKETE, 1997). Para a autora, no caso dos serviços públicos de saúde, esse indicador tem um significado relativo, já que em geral, estes serviços são utilizados pela população de mais baixa renda, à exceção dos serviços de atenção hospitalar. Assim sendo, o estudo da acessibilidade econômica deve estar estreitamente vinculado às outras dimensões da acessibilidade.

Para Pereira (1995), acessibilidade tem o significado amplo de representar o grau de adequação entre o cliente (usuário) e o sistema de saúde. Implica garantia de ingresso do indivíduo no sistema de saúde, ou o uso de bens e serviços considerados socialmente importantes, sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza. O acesso à saúde envolve múltiplos aspectos, de ordem socioeconômica e cultural, extrapolam a assistência à

saúde. O mesmo autor acrescenta que acessibilidade aos bens e serviços deveria ser garantida em seus diversos componentes, nomeadamente, geográfica, econômica, cultural e funcional, cuja descrição assemelha-se ao feito por Ferkete (1997).

Segundo o marco teórico para o estudo do acesso propugnado por Aday & Andersen (1974), constata-se que, em termos gerais, as políticas de saúde têm estado orientadas a melhorar o acesso aos serviços. Planejadores de serviços de saúde e dirigentes buscam avaliar o efeito que a política de saúde tem sobre o acesso à atenção e a possibilidade de modificá-lo.

O acesso é considerado como a categoria fundamental, independente das justificativas que possam ser dadas para a sua não-efetivação (custos excessivos, habilidade técnica, características da organização, etc.). O acesso deve funcionar no modelo como uma categoria-valor, ou seja, uma referência a ser atingida em qualquer serviço e ser o orientador de todas as políticas. Sua avaliação não pode se dar de forma simples, portanto não podemos perder de vista que ele também deve abranger os vários planos do processo de produção de serviços (HORTALE et al., 2000).

Ao acesso estão correlacionados diversos temas como necessidades de saúde, demanda e utilização de serviços de saúde. Portanto, havendo serviços disponíveis, as necessidades das pessoas em termos de saúde, transformam-se em demanda que, por sua, gera a utilização dos serviços. Os elementos deste modelo linear podem ser considerados, dois a dois, ou seja, entre “necessidade e demanda” e entre “demanda e utilização” (PEREIRA, 2005).

Entretanto, para reduzir obstáculos, embora não seja uma tarefa fácil, no que se refere às várias componentes de acessibilidade é imprescindível atuar na melhoria da organização e prestação do cuidado de saúde avaliando todos os recursos necessários para o efeito, quais sejam financeiros, humanos, tecnológicos, estruturais, organizacionais, com o objetivo final de se atingir a satisfação dos clientes internos (pacientes) e externos (profissionais de saúde) do sistema de saúde. Por outro lado, a melhoria do processo da assistência em saúde deve levar em consideração as dimensões de acessibilidade, a fim de que os avanços teóricos, relativos à organização setorial, transformem-se em práticas no interior dos serviços. Um aspecto que deve ser considerado na organização e prestação do cuidado de saúde, com peso considerável no grau de satisfação dos usuários e profissionais de saúde é o da integralidade da atenção em saúde.

6.2. Integralidade da Atenção em Saúde

A complexidade dos problemas da saúde, como o aumento das doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas, recrudescimento de algumas doenças transmissíveis até então controladas, problemas de saúde mental e danos de natureza psicossocial, evidenciam a necessidade de se entender a saúde numa perspectiva multifatorial e positiva, e não mais como ausência de doenças ou lesões corporais (LACERDA, 2002).

O aumento da procura da atenção médica, o desequilíbrio da relação procura-oferta nos serviços públicos, as dificuldades de acesso e os limites do modelo médico hegemônico em termos de resolutividade e cura são alguns aspectos da crise da saúde que se verifica em muitos países de todos os continentes (LACERDA, 2002) e em África em particular. Diante disso, surge a necessidade de se redefinir modelos de atenção à saúde e organizar suas práticas, voltadas ao cuidado e acolhimento dos sujeitos e suas necessidades. Uma das formas de enfrentamento desta crise é a prestação da atenção à saúde de maneira integral.

Em suas origens, o debate sobre a integralidade em saúde remonta aos anos 1960, época em que surgiram grandes questionamentos e críticas sobre as atitudes fragmentadas no ensino médico adotadas pelas escolas médicas nos Estados Unidos. Isso ocorreu em função da demanda da chamada “medicina integral” (MATTOS, 2001).

De acordo com o autor, o fundamento dessa crítica recaiu sobre o privilégio conferido às especialidades na formação médica, cuja tendência era a de recortar o corpo humano de acordo com o seu funcionamento, ou seja, em sistemas ou aparelhos, desviando o olhar da totalidade dos indivíduos.

Essa situação impedia que os estudantes e, posteriormente, os médicos, tivessem a possibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes de seus pacientes. A fragmentação, freqüentemente adotada pelos profissionais, era vista também como reducionista, já que o conhecimento médico nas diversas especialidades ressaltava as dimensões exclusivamente biológicas em detrimento das considerações psicológicas e sociais acerca do indivíduo e do processo de adoecimento (MATTOS, 2001).

Para Kell (2008), a integralidade primeiro foi pensada em termos de uma articulação entre órgãos institucionais prestadores de serviços, como a integração entre os sectores público e privado na produção dos cuidados de assistência médica, ou entre os sub-sector de saúde pública e de medicina curativa, no interior do próprio sector público de serviços. Depois, foi pensada como um problema de administração dos serviços. De qualquer modo, a integralidade em saúde foi sempre apontada como intenção e necessidade da ação pública, isto é, as intervenções que consolidariam um Sistema de Saúde. E, neste plano, a ação pode

ser pensada em duas esferas; a ação norteadora de “projetos técnico-sociais”; e a ação que os profissionais realizam em serviço, produzindo diretamente cuidados, desenhando as organizações compatíveis com o modelo assistencial de saúde antevisto como projeto técnico e, ao mesmo tempo, social.

Para Teixeira (2003), as diferenças entre as várias compreensões da integralidade dependem fundamentalmente do que os diferentes projetos tecnopolíticos, no campo em referência pretendem integrar, isto é, tornar inteiro: “completar, inteirar, integralizar”. E, como há muita coisa separada, fragmentada, na saúde, há muita coisa a ser integrada e muitas diferentes apostas a respeito de que partes devem ser primordial ou prioritariamente integradas. Também é interessante tentar compreender as diferentes noções de integralidade que existem no campo científico, a partir das partes que, julga-se devam ser integradas

A questão da integralidade representa, hoje, o maior desafio nas práticas em saúde, não como questão institucional ou política, já que integrar na esfera que contém a política pública e a esfera da ação pública, aquela que ocorre a prestação dos serviços, sendo o público um setor de produção social, não é exatamente algo novo, mas como desafio cultural, para romper com formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas e que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição (KELL, 2008).

Para a autora, integralidade pode ser vista como uma imagem objetivo, uma noção amálgama, com vários sentidos: integralidade como modo de organizar as práticas; integralidade como crítica a atitude médica fragmentária; integralidade como crítica a práticas dos profissionais de saúde; integralidade como modo de organizar o processo de trabalho em saúde; integralidade como acesso às técnicas de diagnóstico e tratamento e integralidade como construção de políticas

- **Integralidade como modo de organizar as práticas** relaciona-se com a organização dos serviços e das práticas de saúde, crítica a separação entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais, entre ações de saúde coletiva e atenção individual, crítica aos programas verticais – integralidade tomada como horizontalização dos programas (KELL, 2008).

De acordo com Mattos (2003), no plano das políticas de saúde, as ações preventivas e as assistenciais têm impactos distintos; as atividades assistenciais respondem a uma percepção das necessidades de saúde por parte dos usuários, enquanto as ações preventivas se enquadram na perspectiva de modificar o quadro social de uma doença, podendo inclusive modificar a demanda futura por serviços assistenciais. Ambas, quando adequadas, constroem a legitimidade das políticas de saúde. O autor enfatiza que cada vez que o sistema de saúde não responde adequadamente à demanda que a ele se apresenta (seja ela justificável ou não

pelos parâmetros técnicos), se corrói a sustentação política de um sistema de saúde que pretende assegurar o acesso universal e igualitário. Neste sentido, atender à demanda é um imperativo do direito. Por outro lado, a emergência de epidemias para as quais conhecemos dispositivos de controle também corrói as bases de sustentação do sistema de saúde. Daí o duplo dever do sistema: assegura a resposta às necessidades e às demandas por ações preventivas e assistenciais.

- **Integralidade como crítica a atitude médica fragmentária**, a um sistema que privilegia a especialização e segmentação, a atitude médica reducionista, a formação médica de base flexneriana – recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto a queixa do paciente – integralidade tomada a partir do referencial da Medicina Integral (KELL, 2008).

- **Integralidade como crítica a práticas dos profissionais de saúde**, como uma dimensão das práticas, busca compreender o conjunto das necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta para além da atenção individual curativa, incorporação de ações de promoção e prevenção na atenção à saúde e articulação com ações curativas e reabilitadoras – integralidade tomada a partir do referencial da Medicina Preventiva.

De acordo com Costa (2004), embora a integração dos níveis e das instituições prestadoras de serviços de atenção e cuidado resulte em maior integralidade, ela é bem mais do que isso. O ideário da integralidade compõe um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos.

- **Integralidade como modo de organizar o processo de trabalho em saúde**, de modo a otimizar o seu impacto epidemiológico – articular atenção a demanda espontânea com oferta programada de atenção à saúde, busca contínua de ampliar as possibilidades de apreensão e satisfação das necessidades de um grupo populacional, de ampliação da eficiência - integralidade tomada como oferta programada de atenção à saúde (KELL, 2008).

Ferreira e Campos (2009) referem que um dos desafios para se alcançar a integralidade do cuidado é reorganizar a forma como vários estabelecimentos trabalham até os dias de hoje, devendo haver mudança na prática dos profissionais e também na maneira como o serviço é organizado. O modelo assistencial vigente precisa melhor organizar os serviços nos diversos níveis de atenção à saúde para que o acesso seja garantido assim como o cuidado integral.

- **Integralidade como acesso às técnicas de diagnóstico e tratamento** necessárias a cada caso quando necessário, articulação a partir da atenção básica aos meios de diagnóstico e

atenção especializada quando necessário, de ampliação de acesso ao sistema de saúde e de resolutividade da atenção – Integralidade tomada como acesso a diversos níveis de atenção.

- **Integralidade como construção de políticas** especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem um determinado grupo populacional, articulação intra e intersetorial, de ampliação dos âmbitos e articulação de diversos espaços para a busca de soluções, busca de qualidade de vida – Integralidade tomada como ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas (KELL, 2008).

O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004).

O indivíduo é um ser humano, social, cidadão que biológica, psicóloga e socialmente está sujeito a riscos de vida. Desta forma o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não somente para a sua doença. Isto exige que o atendimento seja feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos (KELL, 2008).

Para a autora, isto se faz com ações de promoção (que envolve ações de /em outras áreas como habitação, meio ambiente, educação, etc.), com ações de prevenção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária, etc.) e de recuperação (atendimento médico, diagnóstico, tratamento e reabilitação para os doentes).

Estas ações de promoção, proteção e de recuperação formam um todo indivisível que não podem ser compartimentalizadas. As unidades prestadoras de serviço com seus diversos graus de complexidade formam também um todo indivisível, configurado um sistema capaz de prestar assistência integral.

Assim, nas diversas reformas dos sistemas nacionais de saúde, a descentralização e a regionalização, mediante a integração dos serviços de saúde em redes assistenciais, têm sido ativamente estimuladas com base no “modelo ideal” de integração, que teria como pressuposto teórico aumentar a efetividade e a eficiência dos sistemas. Os discursos e as políticas sobre a integração fundamentam-se, assim, em três linguagens: a estrutural (modificação das fronteiras as organizações), a clínica (modificações nas práticas profissionais) e a da cooperação (novos formatos de negociação e de acordos entre atores e

organizações). Em qualquer linguagem com que a integração se expresse, no entanto, a incerteza é permanente, uma vez que os diversos atores e organizações envolvidos não têm os mesmos recursos, interesses ou competências para se engajar em um projeto clínico nessa nova (e mais exigente) modalidade de cooperação (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Em suma, existem muitos sentidos da integralidade a serem considerados no cotidiano dos serviços de saúde sendo fundamental no âmbito da descentralização a integração da rede dos cuidados curativos, preventivos, de promoção e de reabilitação. Para este estudo, vale ainda destacar que subjacente ao conceito de integralidade está um princípio de direito: o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde (MATTOS, 2001), sendo este (a universalidade) uma das características do Serviço Nacional de Saúde de Angola (SNS) como estipulado nos seus marcos regulatórios.

6.3. Universalização da Atenção à Saúde

Uma discussão central nas reformas sanitárias é o caminho que, institucionalmente, tomam os sistemas de serviços de saúde: Se optam por sistemas segmentados ou se buscam sistemas públicos universais. Países com tradição social democrática (Suécia, Reino Unido, Canadá, Costa Rica, etc.) definiram-se por sistemas públicos universais; ao contrário, países de forte tradição liberal, como os Estados Unidos, construíram sistemas segmentados (MENDES, 2001).

Segundo o autor, os sistemas segmentados são aqueles que segregam diferentes clientelas em nichos institucionais singulares. Ao contrário, os sistemas universais são aqueles que oferecem a todos, independentemente de sexo, idade, renda ou risco, com financiamento público, o mesmo pacote essencial de serviços, a partir do qual os cidadãos podem recorrer a serviços suplementares providos privadamente.

De acordo com Lobato e Gionavela (2008), em geral, os sistemas universais dão ênfase à atenção básica e à prevenção; por isso, são sistemas que alcançam melhores condições de saúde com menos recursos. Em oposição, nos sistemas segmentados ou onde prevalece o setor privado de assistência médica, observa-se mais a atenção especializada: são também mais custosos e atingem níveis de saúde piores que aqueles dos sistemas universais.

Para Cohn (2005), o modelo universalista defende o acesso aos bens essenciais como um direito do cidadão, independentemente da sua situação social, sem qualquer forma de discriminação, seja ela positiva ou negativa; e neste caso, saúde como um direito é responsabilidade do Estado e deve, portanto, ser financiada com recursos provenientes dos orçamentos públicos das distintas esferas do Governo.

Bech (2002), por sua vez afirma que os sistemas de saúde devem estar organizados de maneira a oferecer cobertura a toda a população de um país, uma região, um município, um bairro, uma área. Não deve haver exceções, já que deixar sem assistência qualquer indivíduo, família ou setor viola um direito humano fundamental e facilita a difusão dos fenômenos do processo da doença.

De acordo com Mendes (2001), a experiência internacional parece apontar para a fragilidade dos sistemas segmentados de serviços de saúde, determinada pelos problemas de iniquidade, de ineficiência, de insegurança psicossocial e de diferenciais de qualidade que determinam livre acesso. Daí que se propõem, como alternativas, os sistemas universais de serviços de saúde. No entanto, destaca Cohn (2005), qualquer direito universal como direito de cidadania requer que o Estado tenha capacidade de ofertar serviços adequados e acesso integral a diferentes níveis de atendimento contemplando as necessidades dos cidadãos, independentemente da situação destes no mercado.

Para Mendes (2001), a universalização, como princípio ético básico, consiste em garantir a todos os cidadãos – independentemente de gênero, etnia, nível de renda, vinculação de trabalho ou nível de risco – os direitos sociais fundamentais, em quantidade e qualidade compatíveis com o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Por conseguinte, refere ainda o autor, a universalização não é contrária ao estabelecimento de critério de seletividade ou focalização, desde que a seletividade ou a focalização estejam subordinadas a uma política geral de universalização.

A seletividade, como instrumento, parece funcionar quando a exclusão está muito concentrada em grupos populacionais ou em espaços geográficos e quando há uma boa capacidade de execução das políticas sociais; ao contrário, não funciona bem quando a exclusão é muito difundida e a capacidade de política social é baixa (CEPAL 2000 apud Mendes, 2001). Em outros termos, a seletividade pode ser utilizada como um instrumento de política social, mas, não pode converter-se na política social, porque nesse caso, estaria rompido o princípio da universalização (CEPAL, 2000 apud MENDES, 2001).

Torna-se necessário advertir, segundo Cohn (2005) que, a focalização no caso da saúde contempla na sua essência também outros sentidos que não aquele tradicionalmente atribuído ao repertório neoliberal e privatizante das reformas: necessariamente ela não está referida exclusivamente aos mais pobres, mas está referida também a focos específicos a serem atingidos para a solução de um determinado problema específico, seja ele doenças sexualmente transmissíveis, principais causas de mortalidade infantil, saúde da mulher, etc. A focalização significa também políticas de ação reparatória para restituir a determinados grupos sociais o acesso efetivo a serviços essenciais (e não só básicos) e, com isso,

configurando-se em direitos universais que, enquanto tais, tornam os cidadãos formalmente iguais, quando na prática não o são. Portanto, a focalização estaria significando um requisito para a universalidade.

A Organização Mundial da Saúde faz uma separação entre o universalismo clássico e o novo universalismo. O universalismo clássico surgiu das idéias generosas do socialismo e, depois, pelo movimento desencadeado na Europa Ocidental pelo Relatório Beveridge, que, no pós-guerra, conduziu à instituição dos sistemas públicos universais de saúde. Assim, num ambiente de reconciliação, reconstrução e solidariedade social, emergiram as idéias de cidadania e de crença num estado eficaz e benevolente, que, por intermédio do universalismo clássico, seria capaz de garantir o livre acesso de todos a todos os serviços sociais (MENDES, 2001).

O novo universalismo nega a possibilidade da oferta todos os serviços de saúde para todos os cidadãos, bem como a outra face do universalismo clássico, representada pela política da seletividade, constituída pela oferta de uma cesta básica de serviços de saúde aos pobres. O que o novo universalismo propõe é a oferta de serviços essenciais de alta qualidade para todos os cidadãos, definidos pelos critérios de aceitabilidade social, efetividade e custos. Isso implica a escolha explícita de prioridades entre intervenções, respeitando o princípio ético de que pode ser necessário e eficiente racionar serviços, mas que é inadmissível excluir grupos inteiros da população (WHO, 2000:15-16). O que a Organização Mundial da Saúde parece fazer, ao propor um novo universalismo, é reconhecer a evidência internacional de que nem sempre é possível ofertar a todas as pessoas a totalidade das intervenções de saúde.

O racionamento impõe-se, porque, nos sistemas de serviços de saúde, a demanda sempre tende a superar a oferta e esse desequilíbrio pode ser acertado por meio de critérios monetários, a capacidade de pagar, ou pelo critério de necessidade.

Sistemas estruturados pelo mercado tendem a adotar os critérios monetários e os sistemas estruturados pela solidariedade tendem a utilizar mecanismos não-monetários para racionamento, normalmente uma definição técnica de necessidade, isto é juízos sobre a possibilidade de obter benefícios das intervenções em saúde. Assim, o novo universalismo supõe sistema de racionamento dos serviços de saúde transparentes e definidos pelo da necessidade em saúde (MENDES, 2001).

Para o autor, o que parece claro é que os sistemas universais de serviços de saúde, estruturados com base no novo universalismo, devem ofertar à todos um pacote essencial de serviços, definido por critérios objetivos e transparentes e que envolvam, necessariamente, de um lado, a preocupação com as necessidades em saúde e com a integralidade da atenção, e, do outro, uma discussão com a população. E que os procedimentos que não estejam incluídos

nesse pacote possam ser adquiridos por quem os deseje ou possa pagar por eles, em sistemas privados suplementares. Nesse caso, está-se diante de um sistema privado efetivamente supletivo, de um nicho singular integrado verticalmente e destinado aos que podem pagar e aos que estão empregados.

Contudo, sublinha Mendes (2001), se não é possível adotar a generosa, mas ilusória proposta de dar tudo a todos, do universalismo clássico, tampouco se pode cair na armadilha de uma política de seletividade expressa na oferta pública, exclusiva de um pacote básico de serviços de saúde, restrito a algumas ações de saúde pública e a poucos serviços clínicos custo/efetivos, tal como proposto pelo Banco Mundial em seu informe sobre o desenvolvimento mundial de 1993.

Os requisitos de sistemas e serviços de saúde com caráter universal, sobre os quais o mesmo se edifica e valem para qualquer país, região ou município, segundo Bech (2002), são:

- Devem ser acessíveis a todos os moradores da área geográfica definida;
- Devem satisfazer às necessidades e demandas sociais detectadas;
- Devem ter qualidade aceitável;
- Devem ter suas ações desenvolvidas no momento oportuno para cada situação;
- Devem se desenvolver no local mais adequado, como ambulatorios, domicílios, centros de educação, etc.;
- Devem ser eficazes – a medida da eficácia são os resultados da melhoria da qualidade de vida e saúde das populações;
- Devem ser eficientes, com adequada utilização de recursos humanos e materiais;
- Devem possuir um sentido humanitário, respeito e consideração com a população;
- Devem exercer as atividades mediante trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

O não cumprimento dos referidos requisitos e se o aumento da demanda pelos serviços de saúde não for devidamente acompanhada de investimentos e ampliação da infra-estrutura necessária e adequada para o efeito, verifica-se o fenômeno conhecido por universalização excludente (NOGUEIRA, 2000). A esse respeito, Mendes (2001) destaca apoiando-se em Faveret Filho e Oliveira (1989) que, a combinação da crise orgânica do Estado com a universalização dos direitos à saúde, ou seja, a instituição de princípios generosos, mas destituídos de base material para concretizá-los por inteiro, levou a uma forma singular de universalização dos serviços de saúde no Brasil, denominada de universalização excludente. Esta corresponde a um fenômeno complexo no sistema público de saúde porque acarreta, por um lado, uma incorporação crescente das classes mais despossuídas - através da universalização total do sistema público de saúde -, e por outro, a expulsão de grupos sociais

mais abastados para o sistema privado de atenção médica supletiva - graças à queda de sua qualidade (RODRIGUES e LEITE, 2000).

De acordo com Nassuno (1997), com a universalização excludente, setores sociais médios e empregados das grandes empresas privadas deixaram de considerar o sistema público de saúde como seu referencial efetivo de atendimento. Com isso, perdeu-se em termos de composição política na defesa das melhorias e ampliação do setor público de saúde, no que diz respeito à capacidade de formação de opinião pública dos setores médios e o potencial mobilizador dos grandes sindicatos de trabalhadores (FAVERET e OLIVEIRA, 1990).

Assim, pelo processo de “universalização excludente”, as camadas da população que não têm recursos para adquirirem serviços privados tornaram-se o principal usuário do serviço público de saúde que, ao contrário das classes médias e altas, têm um menor grau de mobilização (NASSUNO, 1997).

A substituição do direito ao serviço pela garantia da capacidade de comprar introduz modificações profundas na organização dos sistemas de saúde e abre caminho para o abandono de um universalismo realizado em alguns poucos países desenvolvidos do mundo, em troca de um falso "novo universalismo" que transforma cidadãos em compradores de serviços. Solidariedade e interesse público cedem lugar às idéias da concorrência e privatização (NORONHA, 2001)

O acesso universal a serviços de qualidade é um princípio inabalável. Os governos devem fornecer liderança estratégica - estabelecendo prioridades - não esquecendo que há limites nos cuidados que os governos podem fornecer, principalmente na África com grandes problemas com as suas finanças públicas, limites estes que cada país deve estabelecer por si mesmo. Mas o estabelecimento de prioridades e a definição de limites exigem que se saibam quais são os esforços que terão o melhor impacto, atingirão mais pessoas, e conseguirão os resultados mais eficazes (BRUNDTLAND, 1998). Estes são os elementos chaves a considerar na implementação do novo universalismo, uma nova maneira de enfrentar a cobertura universal (clássico), de acordo ainda com Brundtland (1998).

Portanto, o novo universalismo consiste na promoção de um conjunto de serviços de cobertura universal que cumpram com os padrões de qualidade para todos os cidadãos. No entanto, a mobilização dos países rumo ao acesso universal, a cuidados continuados demandará a elaboração de planos abrangentes para o enfrentamento da crise de agentes de saúde e de recursos de toda a ordem. Além disso, esses planos devem ser ampliados além do setor de saúde, para incluir questões como a reforma do funcionalismo público, descentralização e ambiente macroeconômico (UNICEF, 2008). De acordo com o documento, a dimensão deste desafio não deve ser subestimada. Contudo, apesar da complexidade do

desafio importa destacar que, investir em saúde não é apenas uma exigência de direitos humanos, mas também uma sólida decisão econômica e um dos caminhos mais seguros que um país pode tomar em direção a um futuro melhor (UNICEF, 2008).

7. MODELOS TECNO-ASSISTENCIAIS

O modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade (SILVA JÚNIOR e ALVES, 2001).

Os modelos de atenção à saúde são configurações-tipo que os sistemas de saúde adquirem, em determinado tempo e em determinado lugar, em função da visão prevalecente da saúde, da situação demográfica e epidemiológica e dos fatores econômicos e culturais vigentes articulando, singularmente, diferentes intervenções no processo saúde/doença (MENDES, 2007).

Para Paim (2003), modelos assistenciais ou modelos de atenção têm sido definidos como combinações tecnológicas utilizadas pela organização dos serviços de saúde em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde com distinta complexidade (postos, centros de saúde, hospitais etc.).

Uma outra concepção de modelo de atenção é a chamada por Teixeira C.F. (2006) de ampliada, sistêmica, que inclui três dimensões: uma gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, uma dimensão organizativa, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, geralmente levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado, e a dimensão propriamente técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e recuperação e reabilitação).

De acordo com Bertolozzi et al. (2008), a construção de sistemas de saúde obedece a diferentes lógicas, dependendo do contexto social e político dos distintos países e suas respectivas dinâmicas políticas, econômicas e sociais.

Neste sentido, no mundo existem diversos modelos assistenciais calcados na compreensão da saúde e da doença, nas tecnologias disponíveis em determinada época para intervir na saúde e na doença e nas escolhas políticas e éticas que priorizam os problemas a serem enfrentados pela política de saúde (SILVA JÚNIOR e ALVES C.A., 2001).

Coelho (2008) ao referir-se aos sistemas de saúde afirma que as organizações de saúde e suas formas de interagir, bem como o trabalho das diversas corporações de trabalhadores e

sua valoração social se mostram diferentes quando os observamos ao longo da história, nas diversas localidades onde concretamente se encontram inseridos e, acima de tudo, dependendo do tipo de enfoque que utilizamos para abordá-los.

A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efectividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crónicas, levou ao desenvolvimento dos modelos de atenção a saúde. Por isso, eles têm sido dirigidos, principalmente, ao manejo das condições crónicas. Mas podem-se considerar, também, modelos de atenção as condições agudas. Esses modelos vão variar em função da natureza singular dessas condições de saúde (MENDES, 2007).

Assim, de acordo com o autor, a escolha do modelo de atenção à saúde é um momento fundamental porque o modelo escolhido vai orientar todos os demais momentos de construção das redes de atenção à saúde.

7.1. Modelo de Atenção às Condições Agudas

O objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica adotar um modelo de triagem de risco nas redes de atenção a urgência e a emergência (MENDES, 2007).

Segundo o autor, o objetivo da classificação dos riscos é definir não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, facilitando a gestão da clínica e a gestão do serviço. O diagnóstico não está ligado a prioridade. O método requer que o profissional defina o motivo pelo qual a pessoa usuária procura o serviço de urgência, a queixa principal. Segue-se a escolha, entre as condições apresentadas em fluxogramas, daquele mais pertinente à queixa. Depois se procura um conjunto de sinais e sintomas em cada nível de prioridade clínica, os discriminadores, nos fluxogramas de apresentação, compatível com a gravidade apresentada.

A organização do fluxo de acesso nos serviços de urgência com a definição de prioridades e potente reformulador de seus modelos de gestão. Há necessidade de novo desenho dos fluxos de encaminhamento após a classificação de risco atribuindo tempos de espera para atendimento médico; definindo modelos de observação de acordo com gravidade atribuída; avaliando a necessidade de estrutura física do atendimento; modificando os fluxos e processos de trabalho; e mensurando os resultados obtidos (MENDES, 2007).

No entanto, os sistemas focados em dar resposta a problemas agudos ou de curto prazo não estão adequadamente preparados para lidar com os pacientes a longo prazo, com

situações complexas e frequentemente com múltiplas dificuldades e doenças (National Health Priority Action Council (NHPAC), 2006). Segundo ainda NHPAC (2006), as condições crônicas não são necessariamente constantes, eles podem apresentar cursos variados e a necessidade de intervenção e do cuidado é igualmente variada, em tipo e intensidade, e deve ser adaptada ao indivíduo.

Nesta perspectiva e como destaca o relatório de um seminário promovido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil (CONASS) em 2009, um modelo de atenção à saúde deve ser coerente com a condição de saúde predominante no país.

7.2. Modelo de Atenção Crônica

Esse modelo compõe-se de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos. O sistema de atenção a saúde e a comunidade. No sistema de atenção a saúde as mudanças devem ser feitas na organização da atenção a saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte as decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas usuárias ativas e informadas e equipe de saúde proativa e preparada para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população (MENDES, 2007).

De acordo com o autor, as mudanças na organização da atenção objetivam criar cultura, organização e mecanismos que promovam uma atenção segura e de alta qualidade. Isso se faz por meio de:

- Melhorias do suporte a essas mudanças em todos os níveis da organização, especialmente com seus líderes seniores.
- Introdução de estratégias pontes destinadas a facilitar as mudanças sistêmicas amplas.
- Fortalecimento aberto e sistemático do manejo dos erros e dos problemas de qualidade para melhorar a atenção a saúde.
- Provisão de incentivos baseados na qualidade da atenção a saúde.
- Desenvolvimento de acordos que facilitam a coordenação da atenção à saúde, dentro e através das organizações.

De acordo com Mendes (2007), ainda que o modelo de atenção as condições agudas seja diferente do modelo de atenção as condições crônicas, tanto nas condições agudas quando nas crônicas, devem ser aplicadas a mesma estrutura operacional das redes de atenção a saúde, ou seja a atenção primária a saúde, os pontos de atenção secundário e terciária, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e o sistema de governança. A única diferença entre

essas redes está no papel da atenção primária a saúde. Nas redes atenção às condições crônicas elas funcionam como centro de comunicação, mas nas redes de atenção às urgências e emergências é um dos pontos de atenção a saúde, sem cumprir a função de coordenação dos fluxos e contrafluxo dessas redes.

De acordo com Victoria et al. (2003), o modelo de atenção crônica é voltada à sistemas de orientação clínica, e é de difícil utilização para a prevenção e promoção em saúde. Para integrar melhor os aspectos de prevenção e promoção da saúde no modelo de atenção crônica, foi introduzida a versão melhorada deste modelo chamada de modelo de atenção crônica ampliada. Este novo modelo inclui elementos do campo da promoção da saúde de modo que, os esforços de prevenção de base ampla, o reconhecimento dos determinantes sociais da saúde, e a participação da comunidade possam fazer parte do trabalho das equipes do sistema de saúde que trabalham com questões de doença crônica (VICTORIA et al., 2003).

Considerando a necessidade de ampliação do escopo do modelo de atenção crônica, existem vários outros modelos de si derivados, o modelo dos cuidados inovadores para as condições crônicas, o modelo de atenção à saúde e de assistência social, o modelo da continuidade da atenção à saúde, o modelo da Kaiser Permanente e outros (MENDES, 2007, HAM, 2007; VICTORIA et al, 20003).

Apesar desta multiplicidade de modelos, vale destacar que nenhum deles dá conta, sozinho, de todos os aspectos envolvidos no processo de mudança das práticas de saúde, desde quando cada uma deles enfoca aspectos parciais desse processo, qual seja o desenho do sistema ao nível macro-organizacional, ou a mudança do processo de trabalho em saúde, ao nível das “micro-práticas”, tanto em termos de conteúdo quanto em termos de organização das relações entre os agentes das práticas e destes com os usuários (TEIXEIRA C.F., 2006).

Assim sendo e como as necessidades em saúde são extremamente dinâmicas, social e historicamente construídas, exigem, obviamente, que os serviços e a gestão em saúde sejam capazes de desenvolver estratégias também dinâmicas e extremamente sensíveis, capazes de passar dos arranjos rotineiros aos arranjos de risco, para escutar, retraduzir e trabalhar necessidades de saúde (SILVA JÚNIOR e ALVES C.A., 2001). Um dos momentos para introdução dos arranjos necessários nos sistemas de saúde é o da reforma que no caso do estudo se consubstancia na descentralização, sendo, portanto, uma ocasião para a definição do modelo ou elementos que devem compor o modelo angolano. Daí a abordagem feita sobre os modelos assistenciais.

8. OBJETIVOS E ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

8. 1. Objetivo Geral

Avaliar o processo de descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola e discutir a proposta de regionalização dos serviços visando contribuir para a melhoria do acesso em saúde e da qualidade de assistência sanitária daquele país.

8. 2. Objetivos Específicos

1. Proceder ao diagnóstico da situação de saúde do país, na série histórica 2000-2007, através da análise de elementos da estrutura, do processo e da resolutividade dos serviços.
2. Identificar as mudanças (avanços e recuos) registradas no sistema de saúde nos níveis nacional, provincial e municipal com a descentralização em curso.
3. Apresentar contribuições sobre a continuidade (aprofundamento) da descentralização do SNS.
4. Contribuir na discussão do modelo de regionalização do sistema de saúde de Angola.

8.3. Estratégia Metodológica

O presente trabalho assentou-se na perspectiva de uma pesquisa avaliativa (WORTHEN et al., 2004) por triangulação de métodos e abrangeu o período compreendido entre 2000 a 2007 considerando o início da implementação do processo de desconcentração e descentralização no setor da saúde de Angola no ano de 2000 com a aprovação do decreto-lei 29/00 de 20 de Abril (ANGOLA, 2000c), que orienta a transição das delegações provinciais em direções provinciais, incrementada com o decreto 2/02 de Maio de 2002 (ANGOLA, 2002b), a partir do qual a dotação orçamental para direções provinciais foi integrada no orçamento do governo das províncias. A opção pelo referido período justificou-se também por alguma facilidade de obtenção de dados tendo em conta a estabilidade político-militar que o país registra desde 2002. Foram também incluídos documentos relevantes de 2008 e 2009, fundamentalmente do MINSA, relacionados diretamente com a série temporal do estudo.

A escolha de Angola para a pesquisa se deveu ao fato de ser país de origem do pesquisador, sendo área de seu interesse como profissional da saúde, a vontade de contribuir na discussão em curso em torno da descentralização e o fato de lá ter trabalhado o que propiciou maior facilidade nos contatos estabelecidos para o desenvolvimento do trabalho.

A descentralização da administração pública em Angola, incluindo do setor da saúde ocorre, de acordo com os diplomas legais aprovados e documentos orientadores do processo, dos órgãos centrais em direção as províncias e municípios. Assim, a análise da descentralização exigiu a consideração dos três (3) níveis da administração pública angolana, central, provincial e municipal.

Nesta base, foram objeto de atenção nos três (3) níveis, os três(3) componentes do “triângulo de governo” (MATUS, 1996), projeto do governo, capacidade do governo e governabilidade, consideradas categorias teóricas interdependentes e fundamentais para análise do processo da descentralização. O projeto do governo refere-se ao conteúdo prepositivo do plano; a capacidade de governo diz respeito ao capital teórico, instrumental e experiência acumulada; e a governabilidade está relacionada à liberdade de ação que dispõem os atores sociais em situação frente às variáveis as quais controlam ou não controlam no processo de governo.

Considerando que um dos objetivos fundamentais do estudo é identificar as mudanças registradas no Serviço Nacional de Saúde de Angola e tendo em conta que avaliação deve ser entendida como “um processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância, efetividade e o impacto das atividades, tendo em vista seus objetivos” (DONABEDIAN, 1984) recorreu-se também como ferramenta do estudo à análise de aspectos

da tríade analítica de Donabedian (1980) constituída por “estrutura-processo-resultado” para contribuir no apuramento das alterações no modelo da atenção sanitária, na provisão e resolutividade do Serviço Nacional de Saúde de Angola, apesar desta abordagem estar voltada fundamentalmente para avaliação da qualidade da assistência médica.

A estrutura diz respeito a informações sobre atributos dos recursos físicos ou materiais (estabelecimentos de saúde e os detalhes do seu interior: equipamentos e laboratórios), recursos humanos (número, qualificação, vínculo) e financeiros (agrupados de acordo a que se destinam), nos quais ou pelos quais a assistência é provida. O processo engloba informações sobre o que de fato está sendo feito em termos de manejo dos problemas apresentados pelos pacientes. O resultado diz respeito ao efeito dos cuidados no estado de saúde dos pacientes, resultante da interação desses com o serviço (DONABEDIAN, 1980).

As categorias teóricas do estudo, as subdimensões, os elementos e bases de análise selecionados estão mencionados no quadro 2. A partir deste quadro foram elencados os indicadores do estudo agrupados pelas respectivas categorias teóricas (quadro 3). Dos elementos e bases de análise fazem parte diversos aspectos organizacionais considerados relevantes para o estudo.

Quadro 2 - Categorias Teóricas e Analíticas do Estudo			
Dimensões/ Categorias Teóricas	Sub- dimensões/ Categorias Analíticas	Elementos e bases de análise	Fontes de Verificação/Téc nicas
Projeto de Governo	Plano ou programa de governo	Existência de plano sobre o processo e legislação correspondente; o conhecimento sobre a descentralização do SNS e a existência e a adequação de estatutos orgânicos e organogramas com o processo.	- Documentos do MAT e do MINSA - Legislação - Entrevistas - Observação Direta
	Objetivos da descentralização	Clareza dos objetivos da descentralização do SNS.	- Plano do governo - Legislação - Entrevistas
	Especificidades do setor da saúde	Consideração das especificidades do setor da saúde na legislação; pertinência e prioridade da descentralização do SNS.	- Plano do governo - Legislação - Entrevistas
Capacidade de Governo	Perfil dos gestores e profissionais	Porcentagem de gestores com formação em gestão e planejamento em saúde ou em saúde pública; existência de liderança técnica do setor da saúde; porcentagem de profissionais contratados através de concurso público.	- Relatórios do MINSA - Observação Direta - Entrevistas.
	Adequação do quadro técnico às necessidades	Existência de um corpo técnico adequado no nível central e nos níveis locais com as exigências e necessidades	- Entrevistas - Relatórios do MINSA

		da descentralização	- Documentos do MAT
	Política de RH (recrutamento e incentivos para a fixação de profissionais).	Satisfação dos gestores e profissionais com a formação e capacitação; existência de estratégia de alocação e retenção de profissionais nas províncias e municípios; aceitação dos profissionais de transferência para o interior e condições para o efeito; adequação do cargo à formação.	-Entrevistas -Relatórios do MINSA - Observação Direta
	Práticas de planejamento e avaliação	Uso de práticas de planejamento e de avaliação nos 3 níveis de administração da saúde.	- Entrevistas - Observação Direta
Governabilidade	Apoio político	Apoio político ao processo; liderança política no MINSA.	-Entrevistas
	Autonomia financeira do setor da saúde e dos seus órgãos	Existência de um setor responsável pela administração do orçamento nas dependências do MINSA; Número de unidades com orçamento e de órgãos dependentes; porcentagem da saúde no PIB.	- Observação Direta -Estudos do GEPE e do UNCDF e PNUD
	Relacionamento entre gestores e entre diretores e gestores	Análise de relacionamento entre gestores provinciais e municipais com os gestores hospitalares;	-Entrevistas - Observação Direta
	Reação ao processo	Reação do ministério, províncias e municípios ao processo; preparação e disponibilidade dos órgãos centrais para transferência de atribuições e responsabilidades; apoio e participação dos profissionais; ações desenvolvidas para o aprofundamento da descentralização.	-Documentos do GEPE - Boletins do MINFIN. -Entrevistas
	Fatores do contexto	Fatores facilitadores; fatores que dificultam;	-Entrevistas
Estrutura	Recursos materiais	Análise das razões centro de saúde/habitante e leito/habitante; modelo de aquisição e distribuição e evolução da despesa total em medicamentos e equipamentos de média e alta densidade tecnológica; porcentagem da disponibilidade de medicamentos da LNME nas unidades sanitárias; oferta de serviços de referência; adequação da oferta de serviços ao contexto; número e distribuição espacial da rede sanitária; modelo de aquisição e distribuição de medicamentos e equipamentos;	-Relatórios do MINSA -Relatórios das Direções Nacionais. - Entrevistas -Observação Direta

		distribuição espacial de equipamentos médico-hospitalares; consideração das especificidades da saúde na disponibilização de recursos; comportamento de recursos em geral e condições de trabalho.	
	Recursos humanos	Número e evolução do número de médicos/habitante e enfermeiros/ Habitante; distribuição espacial dos recursos humanos; nº de concluintes/egressos de cursos de graduação em saúde.	-Relatórios e outros documentos do MINSA e da DNRH
	Recursos financeiros	Peso das despesas totais e com bens e serviços por níveis de atendimento; orçamentado per capita; executado per capita; porcentagem da taxa de execução orçamental; porcentagem da saúde no total das despesas públicas; comportamento de recursos financeiros; forma de financiamento do SNS; despesa per capita com a saúde por província; porcentagem das despesas realizadas (nas províncias, Luanda e órgãos centrais); porcentagem de despesas em medicamentos realizadas pelas DPS; despesas anuais nacionais com medicamentos; despesa e orçamento por categorias e respectivas porcentagens; despesas anuais com a saúde.	- Relatórios estatísticos do MINSA - Boletins do MINFIN. - Estudo do GEPE e de Vinyals; - Entrevistas
Processo	Práticas assistenciais e protocolos de atenção.	Evolução da taxa de ocupação de leitos hospitalares; taxa de mortalidade operatória; porcentagem de pacientes encaminhados (transferidos) e taxa de cobertura vacinal; existência e utilização de protocolos (nacionais, provinciais e hospitalares); tempo de permanência e cumprimento da carga horária pelos profissionais nos serviços (nas unidades sanitárias).	- Documentos do MINSA - Observação direta - Entrevista
	Acolhimento, transferência e sistema de marcação de consultas.	Sistema de transferência de pacientes; sistema de marcação de consultas e filas de espera; porta de entrada de usuários no SNS e condições de acolhimento.	- Documentos do MINSA - Observação direta - Entrevistas
	Relação acesso e descentralização	Condições das vias de comunicação e a relação entre a circulação de pessoas e bens e a descentralização.	- Entrevistas - Observação direta
Resultado	Efeitos relacionados à saúde	Taxas de mortalidade geral e de mortalidade infantil; Coeficiente de Letalidade por Malaria e	-Relatórios estatísticos do MINSA

		Tuberculose (intra-hospitalar).	-Relatórios da DNSP - Entrevistas
	Motivação dos profissionais e gestores	Satisfação dos profissionais e gestores com o andamento do processo.	Entrevistas
	Efeitos na rede do SNS.	Mudanças registradas no SNS com a descentralização; situação estrutural e funcional das unidades com orçamento, O.D. e S.O. dos níveis primário e secundário; mudanças registradas nas unidades sanitárias; capacidade de atendimento da demanda; benefícios e prejuízos com a descentralização para o SNS.	- Entrevistas - Análise da legislação - Observação Direta

Legenda: O.D. - Órgãos Dependentes.
S.O.- Sem Orçamento.

Quadro 3 - Indicadores Selecionados			
Categorias Teóricas	Indicadores	Abordagem	Fonte
3 Dimensões do triângulo do Governo (projeto e capacidade do governo e governabilidade)	<ul style="list-style-type: none"> Número de unidades orçamentadas; Número de órgãos dependentes; Porcentagem da saúde no PIB; 	Quantitativa	-Estudo do GEPE/ MINSA e relatórios do MINSA
	<ul style="list-style-type: none"> Porcentagem de gestores com formação em gestão e planejamento em saúde ou em saúde pública; Porcentagem de profissionais contratados através de concurso público; Número de concluintes/egressos de cursos de graduação em saúde; 	Quantitativa-qualitativa	-Dados do perfil das entrevistas e documentos da DNRH
Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> Razão centro de saúde/habitante; Número de leitos/habitante; Número de médicos e número de médicos/habitante; Número de enfermeiros e número de enfermeiros/habitante; 	Quantitativa	- Relatórios do MINSA e documentos da DNRH

	<ul style="list-style-type: none"> • Peso das despesas totais e com bens e serviços por níveis de atendimento; • Orçamentado per capita; • Executado per capita; • Porcentagem da taxa de execução orçamental; • Porcentagem da saúde no total das despesas públicas; • Despesa per capita com a saúde por província; • Porcentagem de despesas em medicamentos realizadas pelas DPS; • Despesas anuais nacionais com medicamentos; 	Quantitativa	<ul style="list-style-type: none"> -Estudo do GEPE/ MINSA - Relatórios do MINSA - Boletins do MINFIN.
	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentagem da disponibilidade de medicamentos da LNME nas Unidades de Saúde; • Despesas públicas anuais com a saúde 	Quantitativa	-Entrevistas e documentos da DNME
Processo	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de ocupação de leitos hospitalares; • Taxa de mortalidade operatória; • Porcentagem de pacientes transferidos; 	Qualitativa	Entrevistas
	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura vacinal 	Quantitativa	-Relatórios do MINSA e documentos da DNSP
Resultado	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de mortalidade geral; • Taxa de mortalidade infantil 	Qualitativa	-Entrevistas
	<ul style="list-style-type: none"> • Coeficiente de Letalidade por Malaria; • Coeficiente de Letalidade por Tuberculose 	Quantitativa	-Relatórios do MINSA e documentos da DNSP

Importa referir que vários aspectos estiveram na base das escolhas feitas quanto aos elementos e bases de análise, mencionados no quadro 2.

Considerando a qualidade questionável dos dados das unidades sanitárias, a falta de dados fiáveis dos partos domiciliários, porque as famílias nem sempre registram os filhos imediatamente depois do nascimento e as mortes infantis, muitas vezes, também ocorrem sem serem registradas não foi possível fornecer com precisão as taxas de mortalidade materna e infantil no país. No entanto, tendo em conta a importância dos referidos indicadores para o

caso deste estudo, as taxas de mortalidade geral e de mortalidade infantil, foram colhidas através das entrevistas para se ter a percepção dos informantes do estudo.

Foram utilizados os coeficientes de letalidade por malária e tuberculose pelo fato dos programas nacionais de controle destas duas endemias serem os melhores estruturados e implantados no país. As suas estatísticas são coletadas através de modelos padronizados nas unidades sanitárias do SNS de todo o país. Neste sentido, os coeficientes de letalidade em causa podem ser considerados nacionais, podendo refletir, em certa medida, a capacidade de resposta dos referidos programas e das unidades sanitárias. Foram considerados na análise apenas dados referentes ao período em que Angola vive a paz, isto é, depois de 2002, evitando-se a possível interferência dos constrangimentos da guerra nos dados.

Apesar de comumente o coeficiente de letalidade ser utilizado para avaliar a gravidade de uma doença, considerando as variáveis, idade, sexo, condições socioeconômicas da região onde ocorre (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003), pode também ser usado como uma medida da qualidade do tratamento que está sendo prestado pelos serviços de saúde.

Pelos mesmos motivos (baixa confiabilidade dos dados) e no que concerne aos indicadores assistenciais, quantitativamente apenas foi analisada a cobertura vacinal, pois o Programa Alargado de Vacinação (PAV) abrange todo o território nacional e possui instrumentos de coleta de dados padronizados. Os demais indicadores (referentes às práticas assistenciais) foram analisados a partir da percepção dos informantes, colhida nas entrevistas.

Um aspecto complementar do estudo, no âmbito da descentralização do SNS de Angola, é a discussão da regionalização do seu sistema de serviços considerando que este enfoque propõe-se a encontrar um equilíbrio entre a excessiva centralização estrutural e a descentralização total dos serviços de saúde (ARTMANN; RIVERA, 2003), permitindo reduzir desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade e a integralidade da atenção, racionalizar os gastos e otimizar os recursos, e potencializar o processo de descentralização (GIL A.C. et al., 2006). A abordagem deste conceito se inseriu na análise levada a cabo em torno da necessidade do aprofundamento da descentralização.

Técnicas de Pesquisa Utilizadas:

Como estratégia para aplicação da maioria das técnicas de pesquisa utilizadas no estudo, foram feitas visitas a pelo menos 2 províncias das regiões norte, centro, sul e centro-leste, com a permanência de 1 semana em cada província. Luanda, por ser a capital do país também foi visitada, totalizando, deste modo, 9 províncias (tab. 7 e figura 7). Em 6 províncias foram visitados 3 municípios, sendo 2 do interior e em 3 províncias (Lunda-Norte, Cunene e Cabinda) apenas foram visitados 2 municípios, um dos quais do interior, por dificuldades de transporte ou de acesso. No caso de Cabinda, a limitação a dois municípios deveu-se a sua

pequena dimensão territorial e ao seu reduzido número de municípios, 4 apenas. A estada em cada município variou de 1 à 2 dias (de acordo com a dimensão territorial e condições de acomodação). Na totalidade foram visitados 24 municípios.

O critério da seleção das províncias (quadro 4) foi a localização geográfica combinando províncias com melhores e piores indicadores de cobertura sanitária, bem como com melhores e piores dotações orçamentais, enquanto que, o critério de seleção dos municípios, foi a facilidade de acesso combinando também municípios com melhores e piores indicadores de cobertura sanitária.

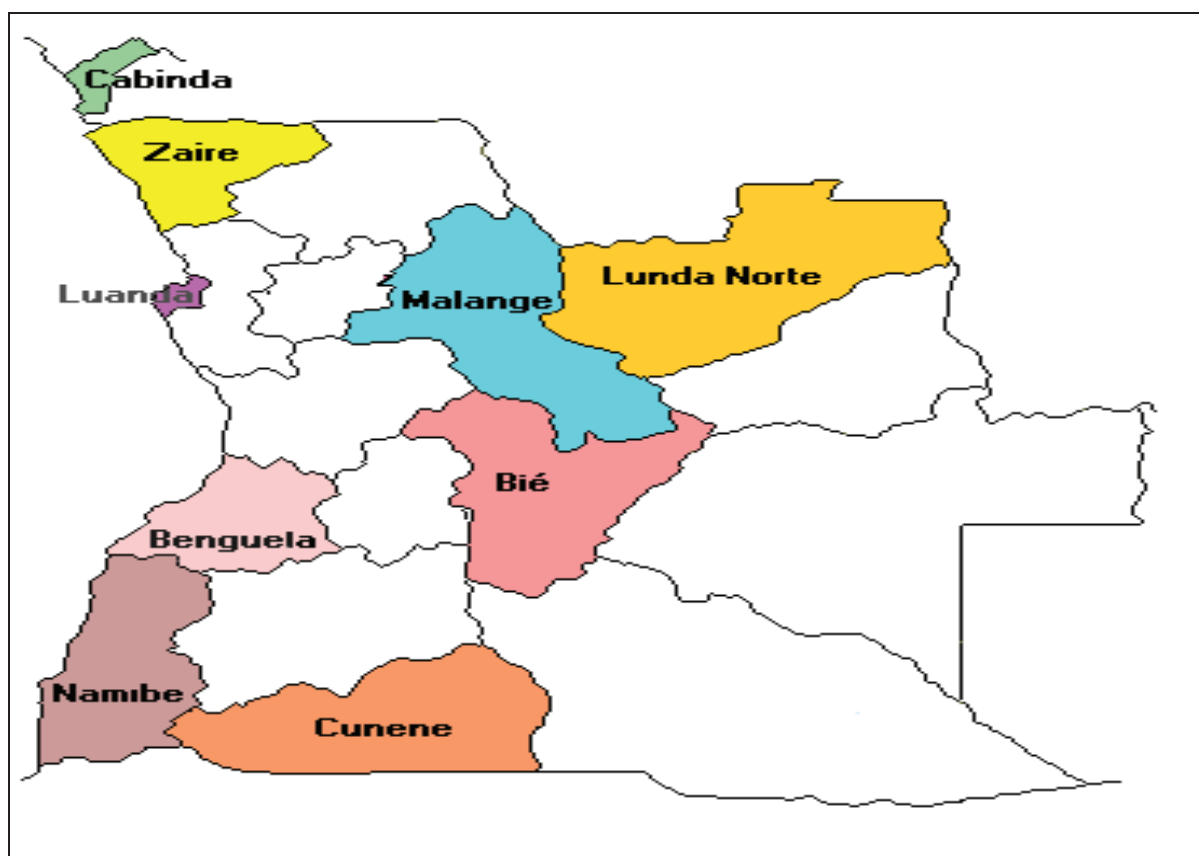
A província do Moxico, da região leste, inicialmente enquadrada não foi visitada por falta de vôos regulares para àquela província e pelo fato da viagem por estrada ser ainda muito difícil. A referida província foi substituída por outra província fronteiriça as Lundas Norte e Sul, no caso Malange, até porque o hospital de referência para a região situa-se nesta província. Foi, com esta alteração, visitada a região centro-leste e não leste como previsto no projeto de tese.

Tendo o trabalho de campo coincidido com a realização do XX Conselho Consultivo do MINSA na província do Huambo, na região centro de 25 a 27 de Março de 2009, foi decidida a participação do responsável do estudo do evento a fim de ter acesso à documentação do evento, levantar dados, entrevistar alguns dos seus participantes e também conhecer a situação sócio-sanitária da província visitando na ocasião dois municípios, Huambo e Caála, embora esta província não estivesse enquadrada no estudo.

Quadro 4 - Províncias e Municípios Visitados (Critérios de Seleção e nº de entrevistados)				
Região	Província	Critério de Seleção	Municípios Visitados	Nº de entrevistados
Norte	Cabinda	Melhor cobertura sanitária e maior capacidade financeira	1.Cabinda 2. Cacongo	9
	Zaire	Menor cobertura sanitária e menor capacidade financeira	1.M'Banza-Kongo 2. Soyo 3. Cuimba	6
Centro	Benguela	Melhor cobertura sanitária e maior capacidade financeira	1. Benguela 2. Lobito 3. Baía Farta	9
	Bié	Menor cobertura sanitária e menor capacidade financeira	1. Catabola 2. Kunhinga	7

			3. Kuito	
Sul	Cunene	Menor cobertura sanitária e menor capacidade financeira	1. Kuanhama 2. Namakunde	7
	Namibe	Melhor cobertura sanitária e maior capacidade financeira	1. Namibe 2. Bibala 3. Tômbua	8
Centro-Leste	Malange	Melhor cobertura sanitária e maior capacidade financeira	1. Cacusó 2. Cangandala 3. Malange	10
	Lunda-Norte	Menor cobertura sanitária e menor capacidade financeira	1. Chitato 2. Cambulo/ Nzaji	9
Capital	Luanda	Selecionada por ser a capital e concentrar os cuidados terciários	1. Cazenga 2. Ingombotas 3. Kilamba-Kiayi	20

Figura 7 - Mapa Ilustrativo das Províncias Visitadas



Nas nove (9) províncias foram visitadas, para além das direções provinciais de saúde, os hospitais locais de referência, hospitais municipais e centros de saúde. Dois hospitais nacionais (centrais) de nível terciário (localizados em Luanda) também foram observados, bem como 4 direções nacionais, a Direção Nacional de Saúde Pública (DNSP), Direção Nacional de Medicamentos e Equipamentos, Direção Nacional dos Recursos Humanos (DNRH) e o Gabinete e Estudos, Planeamento e Estatística (GEPE) que tem a categoria de Direção Nacional.

Considerando que o conhecimento científico se produz pela busca entre teoria e realidade empírica (MINAYO, 2006b) e que concepções filosóficas e epistemológicas diferentes sustentam paradigmas metodológicos diferentes (GRESSLER, 2003), para a persecução dos objetivos do estudo, recorreu-se a combinação das seguintes técnicas de pesquisa:

1. Observação Direta
2. Entrevistas semi-estruturadas com gestores nacionais, provinciais, municipais, hospitalares, profissionais e informante-privilegiado.
3. Grupos focais
4. Análise de fontes secundárias (análise documental)

1) Observação direta - Pretendeu-se com a técnica obter informações relevantes para o estudo e captar detalhes, situações ou fenômenos diretamente ligados à rede, apesar das suas limitações (MARCONI; LAKATOS, 1986).

O seu roteiro (anexo 3) incluiu os seguintes aspectos organizacionais da rede e dos serviços: filas de espera, tempo de espera, transferência e transporte dos pacientes e comunicação entre serviços e instituições. Os protocolos de pacientes transferidos ou a serem transferidos também foram analisados com o propósito de se levantar informações sobre os diagnósticos, dispensa de medicamentos e procedimentos de encaminhamento e retorno de pacientes à unidade de origem.

A observação direta foi apoiada pelo diário de campo (CRUZ NETO, 1994) para registro de aspectos relevantes das entrevistas, dos serviços visitados, das percepções dos profissionais, agendamentos e anotações operacionais.

2. Entrevistas semi-estruturadas com diversos informantes

Foram feitas 96 entrevistas com roteiro semi-estruturado e uma (1) entrevista aberta com o roteiro elaborado para os grupos focais. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas com a finalidade de obter informações que pudessem cobrir os

aspectos levantados na etapa quantitativa. Importa destacar que as entrevistas foram feitas depois da observação direta.

O roteiro de entrevistas foi testado em três entrevistas para o seu aprimoramento e melhor adequação na primeira província visitada. Uma questão foi eliminada e outras duas foram aprimoradas por se revelarem questões menos claras ou repetitivas.

Como informantes-chave foram selecionados membros do governo angolano, dos Ministérios da Saúde e da Administração do Território, sendo que o segundo ministério é o responsável pelo plano de desconcentração e descentralização da administração pública de Angola.

Os três políticos entrevistados (membros do governo) foram incluídos no grupo dos gestores nacionais. No setor da saúde, foram também entrevistados profissionais e gestores dos três níveis do governo (central, provincial e municipal), considerando que o MINSA é o órgão que define e executa as políticas e regras sobre a saúde no país.

Os gestores da saúde do nível municipal foram inseridos nas entrevistas porque o município é entendido como a ponta do sistema de saúde, onde se materializa o resultado da descentralização, expresso na mudança ou na manutenção das dimensões do modelo assistencial vigente.

O critério de escolha de gestores de nível municipal foi o fato de serem os responsáveis sanitários dos municípios contemplados no estudo e a sua vontade de contribuir na discussão da temática.

Para seleção dos profissionais entrevistados, exclusivamente médicos e enfermeiros, foi utilizado o critério de representatividade, no caso, aqueles que tinham maior domínio de informação (de acordo com informações obtidas previamente) e disponibilidade. A opção pelo grupo de profissionais constituído por médicos e enfermeiros deve-se ao fato destes serem elementos chaves no relacionamento entre os usuários e os serviços de saúde.

Foram entrevistados, 45 Profissionais, 16 Gestores Municipais, 15 Gestores de Hospitais, 9 Gestores Provinciais e 11 Gestores Nacionais, 10 dos quais do MINSA e 1 do MAT. No grupo dos gestores nacionais foram considerados além de políticos (ministro e vice-ministros), diretores nacionais e responsáveis de programas nacionais de saúde pública (Tabela 7).

Tabela 7- Quantitativo dos Entrevistados

Tipo de Entrevista	Categorização dos entrevistados	Quantidade
Semi-estruturada	Profissionais	45

	Gestores Provinciais e Municipais	25
	Gestores de Hospitais	15
	Gestores Nacionais, incluindo 3 membros do governo (políticos do MINSA e MAT)	11
Aberta	Técnico da UNICEF	1
Total		97

O roteiro da entrevista (anexo 4) incluiu questões sobre a descentralização e a visão dos governantes, gestores (dos níveis central, provincial e municipal) e profissionais da saúde sobre o processo. Buscou responder também questões sobre o financiamento, apoio político ao processo, acessibilidade aos serviços de saúde, condições de trabalho (recursos em geral) e a necessidade e estratégias de regionalização do sistema de saúde de Angola.

A entrevista aberta foi feita com um informante privilegiado, técnico da UNICEF, que acompanhou o pacote de reformas em curso no sistema de saúde de Angola. A entrevista em causa, com o mesmo roteiro dos grupos focais (anexo 5), buscou responder as seguintes questões: Avanços e recuos, vias e estratégias para o aprofundamento da descentralização.

Todas as entrevistas foram realizadas individualmente a fim de evitar respostas induzidas, assim como a influência dos denominados formadores de opinião (TOBAR; YALOUR, 2001).

3. Grupos focais

Tendo em vista a necessidade de se aprofundar a discussão sobre o processo, utilizou-se a técnica de grupo focal (roteiro no anexo 5), tendo-se selecionado aqueles informantes que nas entrevistas demonstraram mais conhecimentos sobre o processo e sobre a temática, além de disponibilidade para participar.

Realizaram-se dois grupos focais em duas províncias, com cinco participantes em cada um dos grupos. As reuniões dos dois grupos foram moderadas pelo pesquisador, com duração de 75 minutos para o primeiro grupo e 125 minutos, para o segundo.

4. Análise e confrontação de fontes secundárias (análise documental)

Foram analisados relatórios do Ministério da Saúde, das direções nacionais, das direções provinciais, dos hospitais nacionais/centrais e provinciais e das secções municipais dos serviços sociais ou da saúde, o que permitiu levantar dados sobre as infra-estruturas de saúde, leitos hospitalares, recursos humanos, capacidade diagnóstica por províncias e situação epidemiológica. Dados sobre o financiamento do setor e cobertura de ações preventivas e de promoção também foram coletados.

Considerando que diversas fontes têm feito alusão à pouca confiabilidade dos dados de e sobre Angola, para checá-los nos deslocamentos às províncias e municípios foi utilizado um *checklist* (anexo 10), destacando-se os dados referentes à infra-estruturas, recursos humanos, equipamentos em funcionamento e situação epidemiológica. O *checklist* permitiu confrontar e complementar dados e levantar dados inexistentes no SNS, particularmente sobre as tecnologias de diagnóstico. Os dados do checklist permitiram também preencher algumas tabelas estatísticas do MINSA. O confronto de dados contribuiu na opção pelos documentos do MINSA utilizados no estudo, aqueles cujos dados aproximavam-se ao do checklist. O seu preenchimento (do checklist) foi feito a partir de dados fornecidos localmente (nas províncias) pelos responsáveis das secções de estatística e em alguns casos, pelos responsáveis dos Gabinetes de Estudos, Planeamento e Estatística das Direções Provinciais da Saúde ou pelos Diretores Provinciais de Saúde. Sempre que possível, buscou-se confirmar os referidos dados nas visitas aos municípios e unidades de saúde.

Toda a legislação configurativa do Sistema Nacional de Saúde e do processo de descentralização foi levantada em Diários da República divulgados na imprensa nacional.

Foram consultados documentos orientadores do Ministério de Administração do Território (MAT) sobre a desconcentração e descentralização administração pública de Angola, como órgão que supervisiona o processo em Angola e bibliografia de autores locais sobre a reforma em curso em Angola.

Estudos e documentos de trabalho do MINSA e de organizações internacionais que operam em Angola (UNICEF, OMS, PNUD, UNFPA) também serviram como fontes de dados, tendo em conta, a já sublinhada desarticulação do sistema nacional de informação.

Análise do Material

Para a análise dos documentos foi feita uma leitura em profundidade e a respectiva categorização (RH, rede sanitária, financiamento, tecnologias de saúde, entre outros) visando conhecer o contexto e as mudanças registradas no processo de descentralização.

O posicionamento dos entrevistados sobre as diversas questões foi agrupado segundo as categorias previamente definidas para o estudo baseadas em Matus e Donabedian e seus resultados apresentados comparando-se as diferentes categorias de entrevistados.

O processo avaliativo em si considerou a análise das categorias teóricas e analíticas, elementos e bases de avaliação e indicadores analisados com base na matriz de referência (anexo 10) elaborada baseando-se em Vinyals (2002), RIPSÁ (2002), Jannuzzi P.M. (2004), Laurenti R. et al.(2005) e ANGOLA(2007b). Na matriz apresenta-se a nomenclatura utilizada dos indicadores económico-sanitários seleccionados quer em Angola quer no Brasil.

Para aumentar a validade da pesquisa, o estudo inseriu-se no âmbito de uma avaliação por triangulação de métodos que segundo Minayo (2006a) conjugou: a) presença do avaliador externo; b) abordagens quantitativas e qualitativas; c) a análise do contexto, da história, das relações, das representações e a participação.

Foram triangulados dados quantitativos e qualitativos. Na abordagem qualitativa foram construídos diversos instrumentos para a triangulação: múltiplas técnicas de coleta de dados com múltiplos informantes, entre médicos, enfermeiros, gestores municipais, provinciais, nacionais e hospitalares combinada com a compreensão da realidade levantada através da observação direta. Triangulou-se e comparou-se também entre si a percepção dos dirigentes grupos de entrevistados sobre o processo em curso. O resultado dos grupos focais foi também comparado com o resultado das entrevistas, da observação direta, dos dados quantitativos tendo como base o contexto do estudo.

Foi feita a correlação e comparação entre os indicadores selecionados qualitativos e quantitativos visando compará-los o que permitiu complementar a análise e identificar as sintonias e discrepâncias ao longo da série histórica.

A triangulação aqui proposta é inovadora, trazendo as contribuições de Matus e Donabedian e confrontando dados quantitativos com análise qualitativa, com a combinação e o cruzamento de múltiplos pontos de vista de atores dos vários níveis da administração pública de Angola, o emprego de várias técnicas de coleta de dados (entrevistas, levantamento de dados secundários, grupos focais, observação direta), considerando-se aqui o “avaliador externo” o próprio autor do estudo.

Limitações e Estratégias de Superação

1-Reduzido tempo para a elaboração do trabalho tendo em conta a sua magnitude, superado, em parte, pela participação do pesquisador no XX conselho consultivo do MINSA.

2- As deficiências conhecidas e reconhecidas das fontes de dados do sistema de saúde de Angola, o que leva a baixa confiabilidade dos referidos dados, entretanto, superadas com o checklist elaborado e com seleção de indicadores mais consensuais. Mesmo assim, os dados devem ser analisados e considerados com a devida ponderação.

3- A baixa qualificação técnica e profissional de alguns informantes, no nível municipal, o que exigiu muita cautela na sua seleção e na análise das informações.

4- As médias e os indicadores encontrados foram considerados e processados com a devida crítica, pois podem mascarar a real situação sanitária do país, que seria melhor mensurada com números absolutos, utilizados sempre que foi possível.

Todos os entrevistados assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP (anexo 6) que segue 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, declarando o entendimento dos objetivos, riscos e benefícios de sua participação.

Considerando a possibilidade dos gestores nacionais e dos membros do governo serem identificados pelo conteúdo das respostas em função da singularidade dos cargos ocupados, para este grupo de entrevistados, foi elaborado um termo de consentimento específico.

O projeto de tese foi apresentado ao Ministério da Saúde de Angola, que autorizou a realização do estudo (anexo 7) e emitiu uma credencial apresentada em todas as instituições e localidades visitadas.

Nas províncias marcou-se inicialmente um encontro com os respectivos diretores da saúde para informar os objetivos da pesquisa e identificar os possíveis informantes, tendo todos os diretores, autorizado e apoiado o trabalho.

9. RESULTADO DO ESTUDO

9.1. O Processo de Descentralização do SNS de Angola sob a Perspectiva Normativa e Quantitativa

Para identificar as mudanças registradas com o processo de descentralização, o estudo se apoiou como referido na estratégia metodológica, na análise de algumas categorias e elementos selecionados a partir das dimensões da tríade analítica de Donabedian (1980) constituída por “estrutura-processo-resultado” e do triângulo de Carlos Matus (1996) constituído por projeto do governo, capacidade do governo e governabilidade, considerados neste estudo de categorias teóricas.

Considerando que as figuras, gráficos e mapas permitem visualizar a informação mais claramente do que em tabelas, sobretudo quando se pretende fazer comparações, mostrar padrões ou tendências ao longo do tempo, vários dos indicadores analisados foram apresentados, simultaneamente em tabelas e gráficos ou apenas em gráficos.

9.1.1. Dimensões do Triângulo de Matus

O desenvolvimento de cada um dos vértices do triângulo, de acordo com Filgueiras (2008), é essencial para que a gestão social no âmbito local tenha efetividade. Ainda que, o governo central tenha o protagonismo com relação a aspectos centrais de um programa nacional - tais como garantia do fluxo financeiro, definição do desenho da intervenção e fornecimento de instrumentais básicos para sua execução - é uma condição essencial que os governos locais tenham habilidades políticas e gerenciais para a implementação (FILGUEIRAS, 2008). O desenho da intervenção de que a autora refere é retratado no projeto do governo.

A. Do Projeto do Governo

Considerando que o projeto do governo se refere ao conteúdo prepositivo dos projetos de ação que um ator propõe-se realizar para alcançar seus objetivos (MATUS, 1996), para o caso deste estudo, foram objeto de análise, as Bases do Programa do Governo sobre a descentralização em Angola, ou seja, o Plano Estratégico para a Desconcentração e Descentralização e o Estudo sobre a Macro-Estrutura do Poder Local que podem ser considerados como o projeto do governo de Angola para a descentralização. Para além dos dois documentos, faz parte das linhas basilares do projeto, a legislação de suporte produzida. Assim, o projeto do governo da descentralização da administração pública em geral e do SNS, em particular, é constituído pelos referidos instrumentos normativos e legais (leis básicas).

A.1. Instrumentos Normativos (Programáticos)

Desde a independência em 1975, Angola construiu um governo altamente centralizado que inibe a gestão participativa. Grande parte dos serviços públicos básicos é prestada a partir de uma perspectiva central, afastada das necessidades da população mais pobre (UNCDF, PNUD; 2006).

No entanto, a constituição estabelece (art. 145 a 147) que “a organização do estado no nível local compreende a existência de autarquias locais e órgãos administrativos locais” (ANGOLA, 2007a). De acordo ainda com a Lei Constitucional, as autarquias locais são pessoas coletivas territoriais que visam à persecução de interesses próprios das populações, dispondo para o efeito de órgãos representativos eleitos e de liberdade de administração das respectivas coletividades (ANGOLA, 2007a). Assim, apesar do conflito armado, desde o final da década de 1990, o governo introduziu uma importante legislação sobre a descentralização e desconcentração administrativa (Decreto Lei 17/1999 e Decreto Lei 29/2000) (ANGOLA, 1999a, 2000c).

No fim de 2001, o governo aprovou o Plano Estratégico para a Desconcentração e Descentralização. O plano prevê o faseamento e o gradualismo no processo de transferência de competências e atribuições da administração central do estado para os órgãos locais do estado e, mais tarde, destes para os órgãos autárquicos.

O plano prevê ainda a priorização de ações de desconcentração administrativa e de administração periférica interna, sobretudo, em matéria de gestão municipal, seguindo-se a segunda fase, de descentralização administrativa e a institucionalização das autarquias locais.

O princípio fundamental do processo é o estado unitário que respeita a sua organização e funcionamento, a autonomia local, a desconcentração e a descentralização administrativa.

O Estudo sobre a Macro-Estrutura do Poder Local foi aprovado em 2003 pelo conselho dos Ministros (ANGOLA, 2007c). O estudo também fez recomendações para uma reforma sadia da descentralização no país, que foram aprovadas pelo Conselho de Ministros. As principais recomendações relacionam-se às funções dos governos subnacionais, às relações funcionais entre os diferentes níveis do governo local, à parceria local e aos recursos organizacionais, nomeadamente os humanos e financeiros (UNCDF, PNUD; 2006).

De acordo com o estudo (ANGOLA, 2007c), o processo de transferência de competências de administração central para a administração local do estado e, nesta, do governo provincial para as administrações municipais e comunais ou, ainda, da administração central diretamente para os municípios e comunas, e deve ser:

- gradual, para que os órgãos de escalão inferior possam assumir as novas funções de forma não abrupta;
- feita para o nível da administração melhor posicionado para prosseguir com racionalidade e eficácia as atribuições;
- realizada de forma diferenciada para que as funções transferidas tenham em conta as diferenças (em termos de especificidade e importância) dos municípios e comunas;
- de forma a que entre o órgão que desconcentra e o órgão receptor se estabeleçam relações de cooperação e não de conflitualidade.

Estes princípios devem estar associados às garantias e limites do processo de transferência de atribuições e competências. A transferência de funções não pode ser realizada sem a correspondente alocação dos recursos humanos, financeiros e patrimoniais adequados ao desempenho eficaz e eficiente das funções transferidas.

Como mecanismo de desconcentração de funções dos ministérios setoriais para os governos provinciais e administrações municipais, o estudo recomenda o uso de memorandos e protocolos de entendimento entre ministérios setoriais e governos provinciais.

O estudo destaca que a desconcentração deve ser concretizada através de delegação de funções que passarão posteriormente, na sua maioria, para as autarquias locais e outros órgãos do poder local.

No domínio da saúde, o estudo aponta apenas que devem ser transferidas do Governo Central para as autarquias locais e outros órgãos do poder local, quando estes forem institucionalizados, as seguintes funções:

“Assistência à infância e à terceira idade, apoio à construção de creches, jardins de infância, lares ou centros para idosos e deficientes, construção, equipamento e gestão de unidades de cuidados primários de saúde, habitação social, construção, equipamento, gestão e manutenção de postos de saúde, desenvolvimento de campanhas e programas de educação sanitária, de acordo com normas de saúde e higiene públicas dimanadas das autoridades sanitárias” (ANGOLA, 2007c: 88).

As recomendações do estudo foram incluídas em algumas políticas nacionais chaves: o Plano Estratégico para Redução da Pobreza (PRSP), a Estratégia Nacional para o Desenvolvimento de Longo Prazo (2005-2025) e o Plano de Desenvolvimento de Médio Prazo (2005-2011).

Os programas de governo (2003-2004 e 2005-2006) propõem uma visão detalhada para reformas no que concerne à desconcentração e a descentralização (UNCDF, PNUD; 2006).

O Primeiro Encontro Nacional sobre a Administração Local, aberto oficialmente pelo Presidente da República, ocorreu de 30 de Agosto a 02 de Setembro de 2004, com a participação de Ministros do Governo, Governadores Provinciais, Administradores Municipais e Comunas (ANGOLA, 2005a).

Não obstante, falta ao governo de Angola um documento formal da estratégia para descentralização como também planos concretos setoriais e uma programação de tempo para realização de eleições locais (UNCDF, PNUD; 2006).

Contudo, de acordo ainda com o UNCDF e PNUD (2006), na proposta da nova constituição, em discussão, prevê-se a criação de governos locais eleitos com autonomia administrativa e financeira.

A.2. Marcos Legais, Etapas e sua Incidência no SNS

O processo de reforma administrativa em Angola caracterizou-se inicialmente pelo sistema de organização administrativa durante uma fase singular da administração pública marcada pelo fato de não haver distinção clara entre setor público administrativo, setor público empresarial e setor privado.

Este período, cujo início é determinado pela independência do país, em 1975, foi marcado por um sistema concentrado e centralizado de planificação, distribuição e gestão dos recursos públicos, isto é, de toda a administração do estado (PAULO, 2004).

De acordo ainda com o autor, em 1990 o estado angolano deu início a um período de reforma administrativa com a aprovação da lei n.º17/90, Lei sobre os Princípios a Observar pela Administração Pública.

A referida lei teve como objetivo adequar a administração pública à evolução da sociedade, o que exigiria uma reforma gradativa e seletiva, cujo escopo era a melhoria do serviço prestado ao cidadão.

Àquela lei seguiu-se a aprovação de um conjunto de instrumentos legais, quase todos relacionados com a gestão de pessoal do setor público. Pode-se destacar como exemplos, o decreto n.º 22/91 sobre os princípios gerais de recrutamento mediante concurso público, o decreto n.º 24/91, relativo aos princípios gerais sobre o regime de carreiras, o decreto n.º 25/91 sobre a relação jurídica de emprego público e o decreto n.º 33/91 sobre o regime disciplinar dos funcionários públicos e agentes administrativos.

Apesar disso, apenas em 2000 foi aprovado o primeiro Programa de Reforma Administrativa (PREA), tendo emergido da necessidade de sistematizar e desenvolver um plano que traduzisse a política de reforma institucional e modernização administrativa, através de um documento de sentido estratégico. Ao PREA seguiram-se vários outros programas,

todos surgidos da necessidade de adequar a administração do estado à democratização do país, destacando-se, entre vários programas, o de Reforço Institucional da Administração Pública (REFORPA).

Nesta perspectiva, segundo Paulo (2004) os objetivos do PREA eram fundamentalmente:

1. melhorar a administração do estado, ou seja, a sua capacidade administrativa de governar com eficácia e eficiência, voltando a ação dos serviços do estado para o atendimento dos cidadãos;
2. substituir a administração rígida voltada para o controle a priori dos processos pela administração gerencial, baseada no controle a posterior dos resultados, com base em indicadores de desempenho e avaliação de resultados para aferir a realização de objetivos;
3. apoiar o alargamento e o reforço da cidadania, através do fortalecimento de mecanismos que privilegiem a participação da sociedade civil, tanto na formulação quanto na avaliação de políticas públicas, viabilizando o controle social da mesmas;
4. eleger e implantar, como valores básicos da atividade administrativa, a qualidade, a transparência, a eficiência e o sentido pragmático e de resultados no trabalho administrativo.

O REFORPA criado em resposta a um diagnóstico realizado em Agosto de 1999, sobre a administração do estado, visava apoiar a ampliação da capacidade da administração pública angolana para responder às mudanças induzidas pelos processos de modernização da sociedade, da economia e dos serviços públicos.

No quadro do resultado do referido diagnóstico merece destaque, o pacote legislativo aprovado pelo governo angolano inerente, de forma direta ou indireta, à desconcentração e descentralização administrativas. Destacam-se entre outros, os decretos 17 de 29 de Outubro de 1999 (ANGOLA, 1999a), sobre a reforma administrativa do aparelho administrativo do estado e que define a divisão político-administrativa dos governos locais em governos provinciais, municípios e comunais hierarquicamente relacionadas e integradas ao governo central, o decreto-lei 29 de 20 de Abril de 2000, que orienta a transição das delegações provinciais em direções provinciais (ANGOLA, 2000c).

A aprovação e conseqüente publicação do Decreto-Lei nº 17/99 (ANGOLA, 1999a) foi no intuito de adaptar os órgãos locais e serviços locais do Estado à realidade constitucional vigente (a última revisão constitucional data de 1996) e a orgânica de funcionamento da administração pública, estabelecida no Decreto-Lei nº 13 de 1 de julho de 1994, atribuindo-se-lhes maior capacidade deliberativa, decisiva e executiva.

Com o Decreto-Lei nº 17 de 29 de Outubro de 1999 (ANGOLA, 1999a), instituem-se os diversos níveis da Administração Local do Estado, centrados na resolução dos assuntos das comunidades abrangidas por cada um desses níveis (provincial municipal e comunal) (PINTO, 2005).

O referido decreto estabelecia assim a natureza desconcentrada da Administração Local do Estado que implica que os seus órgãos e serviços exerçam, a nível local, as competências dos órgãos e serviços centrais da Administração Pública.

Uma das dimensões da reforma inerente a desconcentração e descentralização, segundo Xirimimbi e Tati, (2000), diz respeito à melhor articulação entre os governos central e provincial, administração do município e da comuna. Assim, se deveria, na opinião dos autores, aprofundar a discussão sobre:

a) Uma melhor distribuição de competências dos governos, central, provincial e administração do município, para acabar com as dificuldades geradas pelas competências concorrentes, que desarticulam a ação do estado e permitem a sobreposição de funções administrativas.

b) Princípio da subsidiaridade: sempre que uma função pública puder ser exercida pelo poder hierarquicamente inferior, não deve ser absorvida pelo poder que está acima.

É neste sentido que Feijó (2000) também destaca que a administração pública burocrática de Angola deveria ceder lugar à administração pública orientada para o cidadão e para os resultados que combata o nepotismo e a corrupção, que seja transparente e aberta, desconcentrada e descentralizada.

A partir do Decreto-Lei nº 17 de 29 de Outubro de 1999 (ANGOLA, 1999a) das 33 delegações e direções anteriormente existentes, restaram treze (13) direções e três (3) delegações provinciais. Para o impulso ao processo de desconcentração foi também aprovado o decreto 27 de 19 de Maio de 2000 que define o paradigma de regulamento e o quadro de pessoal dos governos das províncias e das administrações municipais e comunais.

Os então-delegados provinciais da saúde eram membros dos governos das províncias e dependiam diretamente do Ministério da Saúde e tinham sob sua coordenação as seguintes direções provinciais: de Saúde Pública e Controle de Endemias (DPSPCE), de medicamentos e equipamentos (DPME), dos Recursos Humanos (DPRH) e de Administração e Gestão do orçamento (DPAGO).

O Decreto-Lei nº 17/99, de 29 de Outubro (ANGOLA, 1999a) e o decreto 27/00 de 19 de Maio (ANGOLA, 2000d) permitiram aos governos das províncias conseguir a custa dos ministérios centrais, a descentralização de responsabilidades administrativas, do nível central para o provincial.

Assim, o Decreto 27/00 de 19 de Maio estabelece que o governo da província é um órgão da administração local desconcentrado do poder administrativo central, que visa assegurar, a nível provincial, a realização das atribuições específicas da administração do estado, orientar o desenvolvimento econômico e social e assegurar a prestação dos serviços comunitários da respectiva área geográfica.

De acordo com o mesmo decreto, o governo da província, responde pela sua atividade perante o conselho de ministros sendo acompanhado e controlado á nível central pelo o Ministério da Administração do Território (MAT).

As direções provinciais, por sua vez, dependem a partir do referido decreto, orgânica, administrativa e funcionalmente do governo da província.

Para o nível local, o organograma governativo, de acordo com Decreto 27/00 de 19 de Maio, prevê conselhos consultivos, tanto provincial, como municipal.

Por sua vez, a administração municipal é órgão da administração desconcentrado do poder administrativo central que visa assegurar ao nível municipal a realização das atribuições da administração local do estado, orientar o desenvolvimento econômico e social e assegurar a prestação dos serviços comunitários da respectiva área geográfica.

A partir do mesmo decreto todas as direções provinciais setoriais incluindo da saúde passaram a ser dependentes dos governos de província. Com isto, o diretor provincial da saúde passou a ser nomeado pelo governador da província, sendo este agora seu supervisor direto.

Compete à direção provincial da saúde, participar ativamente do estudo, coordenação e regulamentação da política da saúde; estudar, organizar e coordenar todas as atividades sanitárias a desenvolver na província; propor e executar políticas e estratégias de desenvolvimento das atividades afetas à saúde, a nível da província; elaborar e apresentar propostas e projetos para a realização de investimentos nos domínios de atividades sob sua dependência e exercer as demais funções que lhe forem determinadas superiormente.

Com o Decreto 27/00 de 19 de Maio (artigo 19, pontos 1 e 2), diferentemente das extintas delegações provinciais, as direções provinciais estruturam-se em três departamentos no máximo e duas secções por departamento (ANGOLA, 2000d).

Esta flexibilidade da legislação, segundo resultado da observação direta, fez com que cada província adotasse o seu próprio organograma da saúde, verificando-se direções provinciais com 2 departamentos, de saúde pública e controlo de endemias, e de assistência médico-medicamentosa; com 3 departamentos, de saúde pública e controlo de endemias, de assistência médica e de inspeção e fiscalização de saúde e até direções que mantiveram as antigas 4 direções passando-as apenas para departamentos (vide organogramas - anexo 2).

A dotação orçamental para a saúde e demais direções provinciais integra-se a partir do decreto 2/02 de Maio de 2002 no orçamento do governo das províncias, sem que os respectivos ministérios, incluindo da saúde, participem na sua elaboração ou execução.

No âmbito da referida reforma, a semelhança de outros setores, onde se verificou alguma descentralização orçamental, no setor da saúde ocorreu a descentralização da autoridade e do orçamento, do Ministério da Saúde para os hospitais de cuidados terciários, institutos e hospitais provinciais/gerais e municipais. Neste sentido, todas as responsabilidades pela gestão e pelo orçamento foram retiradas do Ministério da Saúde e transferidas para as direções hospitalares. O planeamento e programação dos cuidados de saúde passaram a ser da plena responsabilidade dos governos de província.

No nível municipal, as antigas secções municipais setoriais foram aglutinadas pelo decreto 27/00 de 19 de Maio, artigo 47º em 5 secções municipais, sendo os seus responsáveis nomeados pelos governadores das províncias sob proposta dos respectivos administradores municipais. O setor da saúde foi deste modo incorporado na secção municipal dos serviços sociais (art. 52º) incumbida de assegurar a execução das atribuições e competências específicas da administração do município em matéria da saúde, educação e cultura, juventude e desportos, assistência e reinserção social, antigos combatentes e veteranos de guerra e família e promoção da mulher. Apesar da sua dimensão, para esta secção não foi prevista qualquer atribuição financeira, enfrentando as próprias administrações municipais, dificuldades financeiras gigantescas já que dependiam dos governos provinciais.

Competia, de acordo com o decreto em causa, à secção dos serviços sociais em matéria de Saúde, ao nível do município:

- propor e executar políticas sanitárias a desenvolver no município;
- organizar todas as atividades sanitárias do município;
- propor formas e métodos de investimentos público e privado na área da saúde.

Com o referido decreto, todos os municípios correspondiam a departamentos funcionais dos governos de província, pois eram poucas as funções atribuídas à essas administrações e, sobretudo porque possuíam escassos recursos financeiros. Estes eram definidos e co-geridos pelos governos das províncias. Analisando especificamente o funcionamento das administrações municipais observa-se que elas não exercem funções relevantes inerentes ao desenvolvimento económico-social dos territórios sob sua jurisdição. Portanto, com o decreto 27/00 de 19 de Maio (ANGOLA, 2000d), toda a rede de cuidados primários, responsável por ações curativas, preventivas e de promoção da saúde foi repassada para a secção municipal de serviços sociais, o que criou vários constrangimentos para o pleno funcionamento dos serviços municipais de saúde. A esse respeito Bech (2002) refere que,

todo serviço de saúde organiza-se com o objetivo de produzir mudanças no quadro ambiental, epidemiológico e nas condições de vida e saúde nas pessoas e não apenas para produzir consultas médicas e ações preventivas. Estes objetivos, sublinha o autor, só são alcançados com os serviços municipais da saúde em pleno funcionamento.

No mesmo sentido o CRA/OMS (2006) menciona que, a promoção e proteção da saúde são essenciais para um desenvolvimento econômico e social sustentado e contribuem para melhorar a qualidade de vida e que os cuidados primários da saúde são uma abordagem com boa relação custo-eficácia e os seus princípios incluem justiça social, equidade, direitos humanos, acesso universal aos serviços, participação comunitária e prioridade às populações mais vulneráveis e desfavorecidas.

Com extinção das secções municipais da saúde e o conseqüente surgimento da “mega-secção” dos serviços sociais, os objetivos mencionados por Bech (2002) dificilmente seriam alcançados. Contudo, algumas províncias cumpriram rigorosa e cabalmente o decreto 27/00 de 19 de Maio, com a exoneração dos antigos responsáveis municipais da saúde, a nomeação dos chefes das referidas mega-secções, sem qualquer conhecimento e domínio do setor da saúde, a maioria ex-chefes do setor da educação nos referidos municípios. Os funcionários das extintas secções foram transferidos para os hospitais provinciais/gerais e municipais. Surgiram, com a implementação do decreto, questões inerentes a tutela da rede municipal da saúde.

Na tentativa de manter funcionais os serviços municipais da saúde com toda a sua rede de unidades de saúde, outras províncias adotaram, de acordo com as observações anotadas no diário de campo do estudo, as seguintes medidas:

1. Exoneração formal do ex-responsável da saúde no município, mantendo-o todavia como responsável por indicação com toda a sua estrutura administrativa. Na prática continuou a funcionar nos moldes das extinta delegação/secção municipal da saúde, com alguma desarticulação dos serviços e desmotivação dos profissionais que se sentiam desprestigiados.
2. Exoneração formal do ex-responsável da saúde no município, mantendo-o todavia como responsável por indicação com toda a sua estrutura administrativa, nomeando-o ou indicando-o para acumulativamente assumir a direção do hospital municipal, caso este fosse um órgão dependente. Esta alternativa na prática permitiu com que os recursos financeiros do hospital fossem extensivos para atender também as necessidades dos demais serviços e unidades de saúde no município.
3. Nomeação dos chefes das secções dos serviços sociais e a exoneração dos antigos responsáveis municipais da saúde. Contudo, os chefes das antigas secções municipais

de saúde passaram designarem-se, por indicação, chefes da área da saúde do município. Assim, conservou-se toda a rede municipal de saúde funcional, embora com escassez de recursos para geri-la, dependendo das Direções Provinciais da Saúde, por sua vez órgãos dependentes dos governos de províncias, em termos financeiros.

Nas duas últimas alternativas, com maior ou menor grau surgiram também dificuldades de coordenação e de funcionalidade dos serviços municipais e a conseqüente desmotivação dos seus profissionais considerando a escassez de recursos e da aparente falta de importância destes serviços para a rede provincial.

Tendo em consideração a necessidade de aprofundamento da reforma e de superação dos constrangimentos verificados, no primeiro trimestre de 2007 foi aprovado o decreto-lei nº 2 de 3 de Janeiro de 2007 (ANGOLA, 2007e).

Com este decreto, as mudanças mais acentuadas registram-se no nível do município onde surgiram as repartições municipais incluindo da saúde, como serviços desconcentrados das administrações municipais, dependentes destas, orgânica, administrativa e funcionalmente, em vez das secções municipais acima referidas. As referidas repartições estruturam-se em duas secções municipais, sendo os seus responsáveis designados por chefes de repartição e nomeados por despacho do Governador da Província.

Vale referir que o Decreto-Lei 2/00 de 14 de Janeiro (ANGOLA, 2000e) que define o Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde, no seu artigo 21.º estabelece que o Departamento Municipal de Saúde é o órgão de orientação e coordenação do sistema municipal de saúde e base de implementação da ação e integra as seguintes estruturas: a) Secção Municipal de Saúde Pública, b) Secção Municipal de Medicamentos e Equipamentos; c) Secretaria; d) Hospital Municipal; e) Secção Comunal da Saúde; f) Centros e Postos de Saúde.

O decreto decreto-lei nº 2 de 2007 (ANGOLA, 2007e), no seu artigo 65º estabelece que, a organização e segmentação interna dos órgãos da administração municipal podem estar sujeitas a modelos diferenciados, tendo em conta a especificidade local, estratégias ou planos de desenvolvimento local, grau ou áreas de desenvolvimento prioritário, tecnologia ou recursos a utilizar, desenvolvimento demográfico e racionalidade orgânico-funcional e de recursos organizacionais.

Assim, abriu-se a possibilidade da estruturação das administrações locais de acordo com as especificidades de cada município. Com a reposição da estrutura local de saúde, surge a possibilidade de potencialização dos serviços municipais de saúde, com um responsável a ser efetivamente nomeado e com competências e atribuições específicas.

No nível da comuna surgem as secções dos serviços económico, social e produtivo e de organização, serviços comunitários e fiscalização.

No tange ao orçamento, o decreto-lei nº 2/07 de 3 de Janeiro (ANGOLA, 2007e) define no seu artigo 83º que, os governos provinciais e as administrações municipais são unidades orçamentais, ressaltando que, consideram-se unidades orçamentais os municípios que forem gradualmente indicados pelo governo sob proposta dos seus órgãos competentes.

Portanto, com este decreto, ficam melhor definidas as atribuições e competências de cada um dos níveis da governação local, as administrações municipais passam a ser unidades orçamentais e institucionalizam-se os Conselhos de Auscultação e Concertação Social como órgão de apoio consultivo dos Governos Provinciais e Administrações Municipais e Comunais.

Cabe destacar que no ano económico 2008, foi iniciado em Angola, a transformação dos municípios em Unidades Orçamentais. Para o efeito, 68 municípios enquadrados nesta experiência com uma cabimentação anual do equivalente a cinco milhões de dólares americanos (SEVERIM DE MORAIS, 2008).

Embora previsto na lei constitucional no seu capítulo VII, artº 145º (ANGOLA, 2007a) e no Plano Estratégico da Desconcentração e Descentralização Administrativa, a transferência de responsabilidades em Angola do nível central para o provincial e municipal não foi acompanhada de introdução de órgãos locais eleitos. Entretanto, segundo UNCDF e PNUD (2006), a criação de autarquias locais não se encerra na realização de eleições. É fundamental que essas autarquias, uma vez instituídas, gozem de um mínimo de autonomia na gestão dos recursos públicos, que deve ser baseada na busca da eficiência e eficácia dos gastos públicos, com vista à maximização dos resultados.

As principais mudanças ocorridas na designação, na dependência dos serviços por níveis administrativos e na administração do Serviço Nacional de Saúde, com as alterações introduzidas pelo processo de descentralização estão representadas na figura nº 8.

Pode-se afirmar, em função da análise da legislação aqui produzida que, o processo conheceu até ao momento três fases distintas.

Na fase inicial (antes de 1999), os serviços municipais da saúde dependiam diretamente da delegação provincial e esta se subordinava exclusivamente do MINSA.

A segunda pode ser subdividida em dois momentos A e B. No momento A (1999-2000), as delegações provinciais transformam-se em direcções provinciais dependentes duplamente do MINSA, mas fundamentalmente dos governos de província. As delegações municipais passaram para secções de saúde dependentes também duplamente, agora das respectivas direcções provinciais e em alguma medida das administrações municipais. O papel

das delegações municipais e das secções municipais era bastante reduzido devido à falta de capacidade institucional, da reduzida quantidade e da baixa qualificação dos técnicos.

No momento B, não houve nenhuma alteração de dependência no nível provincial, enquanto que no nível municipal a secção de saúde foi aglutinada na secção de serviços sociais, perdendo a saúde a este nível, a reprodução no organograma e na funcionalidade da estrutura ministerial.

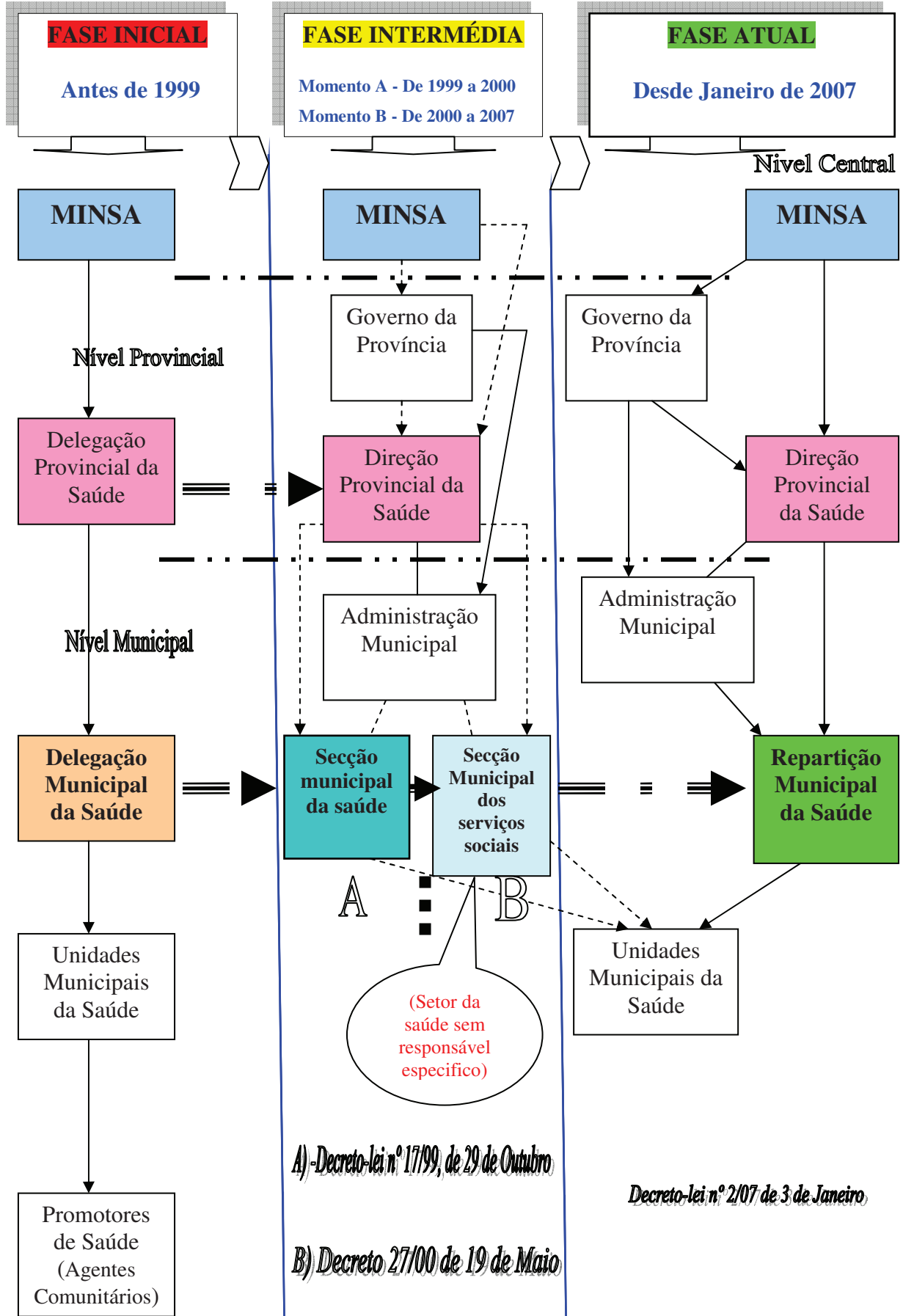
A terceira fase (desde 2007), com incidência apenas no nível municipal, caracteriza-se pelo surgimento da repartição municipal da saúde, com dupla dependência, das direcções provinciais da saúde, mas fundamentalmente das administrações municipais. Abre-se aqui o caminho para a implantação dos serviços municipais de saúde.

O primeiro documento setorial (do MINSA) sobre a saúde local em Angola data de Janeiro de 2008 e intitulava-se “Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde. Para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Infantil” (ANGOLA, 2008b) tendo mudado de título para “Revitalização do Sistema Municipal de Saúde. Para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Infantil” (ANGOLA, 2008c) após ampliação do seu escopo.

A grande oportunidade da revitalização consiste na descentralização municipal em curso no país, assumindo que as administrações municipais atinjam o estatuto de unidades orçamentais e, portanto adquiram autonomia financeira e administrativa, dando assim oportunidade ao setor da saúde de promover abordagens a partir da base e contribui também para a mobilização de recursos adicionais para os cuidados essenciais de saúde. As repartições municipais de saúde deverão responsabilizar-se pelo funcionamento da rede de serviços de saúde do município, através da planificação e gestão do desenvolvimento da saúde, incluindo a integração dos programas de saúde e sociais no município (ANGOLA, 2008b).

De acordo com diversos documentos do MINSA (ANGOLA, 2008b; ANGOLA, 2008c; ANGOLA, 2009b), a revitalização começou gradualmente a ser implementado em 2006-2007, com o apoio do UNICEF, OMS e FNUAP em 19 municípios de 6 províncias seleccionadas: Huila, Bié, Cunene, Luanda, Benguela e Moxico. A revitalização assenta em áreas e subáreas de saúde, na esteira do que dispõe o Regulamento Geral das Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde aprovado pelo decreto-lei nº 54 de 5 de Agosto de 2003 do Conselho de Ministros de Angola.

Figura 8 - Fases e Mudanças Registradas com a Descentralização



Importa destacar que o decreto-lei nº 54/03 de 5 de Agosto (ANGOLA, 2003d), ainda não regulamentado, define no seu capítulo IV, artigo 24º que, as regiões sanitárias são delimitadas tendo em conta fatores demográficos, geográficos e de acessibilidade. De acordo com o decreto, as regiões sanitárias podem ter extensão e população variável, como regra geral as regiões sanitárias não deverão ultrapassar 1.000.000 de habitantes e na maior parte das províncias devem coincidir com a sua divisão político-administrativa. No entanto, nas grandes áreas populacionais e quando as circunstâncias de acessibilidade e demográficas aconselhar a província será dividida em diferentes áreas, devendo em todo caso em cada província ter como mínimo uma região sanitária.

O mesmo decreto destaca ainda que a área de saúde é a demarcação territorial - geográfica e populacional - para a gestão e prestação de serviços sanitários de assistência primária. A área de saúde está vinculada a uma mesma estrutura de direção, gestão e administração. Refere ainda o documento que a área de saúde, salvo em circunstâncias especiais de cobertura, corresponde ao município. Nas áreas de saúde podem-se individualizar subáreas de saúde.

O ponto 2 do anexo I do referido decreto destaca que a região sanitária (ou Área de Referência Hospitalar) é a estrutura territorial fundamental do Serviço Nacional de Saúde que integra a assistência primária e assistência especializada. A região sanitária enfatiza o mesmo decreto lei, salvo em circunstâncias especiais de cobertura e demográficas, corresponde à província (ANGOLA, 2003d).

Do decreto se depreende que a diferença fundamental entre área e região de saúde reside no fato da primeira ser para a prestação de serviços sanitários de assistência primária, enquanto que a segunda, integra, para além da assistência primária, a assistência especializada.

Através do MINSA, o governo de Angola assumiu o compromisso de reverter as taxas de mortalidade materna e infantil para alcançar as Metas de Desenvolvimento do Milênio. Para o efeito, reafirmou a necessidade de acelerar o acesso universal às intervenções essenciais de saúde. Inicialmente a revitalização esteve, portanto voltado para a integração dos Programas de Saúde Pública com a definição do pacote essencial de cuidados e serviços de saúde. Em 2008, os objetivos da revitalização são reafirmados pelo MINSA e incorporados nos objetivos do governo de Angola para o quadriênio 2009-2012 (ANGOLA, 2008d).

O processo de revitalização promove de forma organizada e sistematizada a planificação e a gestão da saúde a nível municipal, a adequação dos recursos, a capacitação dos técnicos de forma eficaz no acompanhamento e tratamento da “mãe e filho”, através dos serviços fixos, móveis e avançados e a participação comunitária dentro de uma área sanitária

devidamente mapeada, permitindo deste modo maior acesso ao pacote essencial de cuidados e serviços de saúde materno-infantil e garantindo a equidade dos serviços de saúde a todas as famílias (ANGOLA, 2008b; ANGOLA, 2008c).

O relatório do MINSA de 2008 (ANGOLA, 2009b) refere que os objetivos principais da revitalização são: 1. reforço do sistema de saúde a nível municipal de forma a aumentar a sua capacidade de oferecer cuidados de saúde a população; 2. Aumentar a equidade e o acesso a serviços de saúde com qualidade, no contexto dos cuidados primários de saúde; 3. consolidar a participação comunitária.

O pacote essencial de cuidados e serviços de saúde materno-infantil é constituído por intervenções integradas de carácter preventivo, reduzindo deste modo o risco de exposição à infecção, ou de carácter curativo para evitar a morte (ANGOLA, 2008b).

O MINSA constitui o quadro estrutural de referência para a coordenação geral do processo de revitalização dos serviços municipais de saúde, através da DNSP.

A coordenação das atividades a nível regional estará sob dependência de um coordenador regional que tem a responsabilidade geral de facilitar o processo de revitalização nas províncias que compõem a região por ele tutelada e coordenar a equipa técnica regional.

Não tendo um espaço administrativo de referência, a atuação no nível de cada região assenta na escolha objetiva de uma capital provincial para congregar todos os participantes da região sempre que houver necessidade de se reunir. Segundo um dos documentos da revitalização (ANGOLA, 2008b), fisicamente a coordenação regional torna-se numa estrutura virtual, que se identifica com o local habitual de trabalho do coordenador regional.

A coordenação do processo de revitalização na província é feita pelo governo provincial, através do Vice-governador para o setor social que será coadjuvado pelo o Diretor Provincial da Saúde, na sua qualidade de chefe da equipe provincial da saúde e de facilitador da integração dos planos operacionais municipais de saúde no plano provincial da saúde.

O administrador municipal constitui o elemento estrutural de referência para a coordenação do processo de revitalização a nível municipal.

A administração municipal implementará esta tarefa através do coordenador adjunto, que é o chefe de repartição municipal de saúde, que será o responsável pela coordenação do processo na qualidade de chefe da equipe municipal da saúde do processo de revitalização (ANGOLA, 2008b; ANGOLA, 2008c).

O segundo documento, de trabalho, com o título “O Sistema Local de Saúde em Angola: Conceitos e Modelo para a Planificação Municipal e Provincial” não se enquadra na série histórica estudada, mas trazida aqui pela sua importância, data de Maio de 2008, contempla ações prospectivas relevantes para o processo de descentralização e regionalização

do sistema de serviços de saúde de Angola. O referido documento elaborado com o apoio do Fundo Europeu de Desenvolvimento (FED) pretende servir como instrumento para acompanhar os responsáveis municipais e provinciais durante todo o processo de elaboração do Plano de Desenvolvimento Sanitário. Pode ser utilizado pelo nível central como um elemento no processo de discussão e revisão dos modelos de prestação de serviços de saúde (ANGOLA, 2008a).

O referido documento representa uma introdução à fase seguinte à dos mapas sanitários, isto é, traduzir a análise de situação na elaboração de um plano de desenvolvimento que permita planificar, a partir da comparação entre a rede necessária e a existente, as ações a realizar em termos de construções/reabilitações/adaptações, formação, recrutamento e colocação de recursos humanos, etc.. A visão que se pretende dar não é sobre como gerir uma unidade sanitária ou uma rede, mas a sistematização dos aspectos mais importantes no desenho de uma rede e a sua operacionalização (Id: 8).

Portanto, o documento em causa vem colocar em pauta para o SNS de Angola a questão dos cenários. Para Godet (1993) “cenário é um conjunto formado pela descrição coerente de uma situação futura e pelo encaminhamento dos acontecimentos que permitem passar da situação de origem à situação futura”. Para ele, um cenário não é a realidade futura, mas um meio de representá-la, com o objetivo de nortear a ação presente, à luz dos futuros possíveis e desejáveis. O autor define três tipos de cenários: os cenários possíveis (todos os que a mente humana poder imaginar), os cenários realizáveis (todos os possíveis de ocorrer e que levam em conta os condicionantes do futuro) e os cenários desejáveis. Os cenários desejáveis encontram-se em qualquer parte do possível e não são todos necessariamente realizáveis.

B. Da Capacidade de Governo

Considerando que a capacidade de governo diz respeito ao capital teórico, instrumental e experiência acumulada que tem um ator e sua equipe de governo para conduzir, gerenciar, administrar e controlar o processo mediante a destreza para conceber e executar estratégias e táticas eficazes para resolver os problemas e aproveitar as oportunidades (Matus, 1996), procurou-se levantar a porcentagem de gestores em saúde com formação em gestão e planejamento em saúde ou em saúde pública e a porcentagem de profissionais contratados através de concurso público. Considerando a inexistência dos referidos dados referentes na série histórica 2000-2007 em todas as fontes consultadas do MINSA e nas Direções provinciais da saúde, descreve-se abaixo, alguns dados de fontes secundárias que permitem ter a percepção da situação, embora em linhas gerais. Os demais dados são discutidos no sub-

capítulo referente aos recursos humanos do SNS de Angola e na descrição do perfil dos entrevistados.

Em geral, de acordo com Fonseca P.L. (2005), tem sido reconhecido nos diferentes estudos sobre a reforma administrativa do estado angolano, que cerca de um terço dos efetivos civis da administração se concentram em Luanda e que apenas cinco províncias (Luanda, Benguela, Huíla, Huambo e Cabinda) absorvem cerca de 64% dos funcionários e agentes administrativos, fato evidenciador duma profunda assimetria na distribuição espacial dos servidores civis do estado. Uma mais evidente assimetria ocorre com os sub-universos do pessoal técnico superior e do pessoal técnico: 72% do primeiro e 81% do segundo encontram-se em Luanda, concluindo-se que é profunda a fraqueza institucional na maioria das províncias do país. Aliás, é nas carreiras de topo da função pública que a irracionalidade na distribuição dos efetivos entre Luanda e as restantes províncias é mais profunda (FONSECA P. L. (2005). Esta distribuição assimétrica dos quadros resulta da organização centralizada prevalente até então.

De acordo com o estudo do MAT e PNUD (ANGOLA, 2007c), o perfil dos recursos humanos da administração local não permite a prestação de um serviço de qualidade à população nem tampouco assegura o exercício de funções de planeamento, formulação de políticas públicas, orçamento e organização. Há uma excessiva concentração de quadros, em termos de quantidade e qualidade, ao nível da sede das províncias. 79% dos efetivos da administração local prestam serviço nos governos provinciais, 19% nas administrações municipais e apenas 1% nas administrações comunais. Do total dos efetivos da administração local, apenas 3% são técnicos superiores, dos quais 97% prestam serviço nos governos provinciais. Mais de 80% dos efetivos dos municípios e comunas estão integrados nas carreiras de pessoal administrativo e auxiliar (ANGOLA, 2007c).

Para Teixeira A. (2005), o perfil do pessoal das administrações municipais não é adequado para o desempenho de funções ligadas ao desenvolvimento local, em especial para a prestação de um serviço de qualidade à população, bem assim para o exercício de funções de planeamento, formulação e implementação de políticas públicas, orçamento e organização.

Segundo o autor, observa-se uma excessiva concentração de quadros ao nível das direções e delegações provinciais (79% do pessoal da administração local presta serviço nas direções e delegações provinciais, 19% nas administrações municipais e 1% nas administrações comunais; apenas 3% do pessoal da administração local têm curso de licenciatura e desses, 97% presta serviço nos governos provinciais. Mais de 80% dos efetivos dos municípios e comunas são funcionários das carreiras administrativas e auxiliar, o que significa oficiais administrativos, escriturários datilógrafos, motoristas, operários, serventes e

peçoal de limpeza. O peçoal auxiliar das administrações municipais e comunais representa mais de 50% do total dos seus efetivos.

Segundo dados da Direção Nacional dos Recursos Humanos do MINSA (ANGOLA, 2009c) apresentados no XX conselho consultivo do MINSA, realizado no primeiro trimestre de 2009, 27 médicos foram especializados em administração hospitalar e 70 em Saúde Pública, no período de 1988 a 2007 (tabela 8), sem, contudo, uma correspondente e adequada colocação, tendo em conta que, como constatado, os referidos especialistas, muitos na prática não têm qualquer vínculo com as áreas em causa. Portanto, parece não haver uma interligação entre a formação e a sua alocação nos serviços. Ademais, o curso de mestrado em saúde pública ministrado pela Escola Nacional de Saúde Pública de Angola com o apoio técnico da ENSP Sérgio Arouca encontra-se paralizado sem qualquer previsão de retomada.

Vários técnicos médios de enfermagem, beneficiaram-se de cursos de capacitação de curta duração (3 meses) em administração hospitalar. Em todas as províncias do interior visitadas, o quadro de peçoal é desprovido de profissionais graduados em administração hospitalar ou em administração, planejamento e ciências contábeis, com a exceção a uma província, onde estava colocado apenas um (1) profissional graduado em administração. Os trabalhadores das áreas mencionadas têm formação básica ou média, sendo que parte significativa é constituída por auxiliares administrativos.

Tabela 8 – Número de Médicos Especialistas Formados para o SNS (1988-2007)

Áreas	Nº de Especialistas Formados
Clínica Geral (Médico de Família)	18
Carreira Hospitalar	248
Administração Hospitalar	27
Saúde Pública (especialista ou equivalente)	70
Total	543

Fonte: ANGOLA (2009c)

Com as reformas introduzidas, desde 2004, com a exceção de médicos estrangeiros não residentes, admitidos do SNS através de acordos bilaterais, 100% de todo o peçoal de saúde para o SNS é recrutado através de concursos públicos.

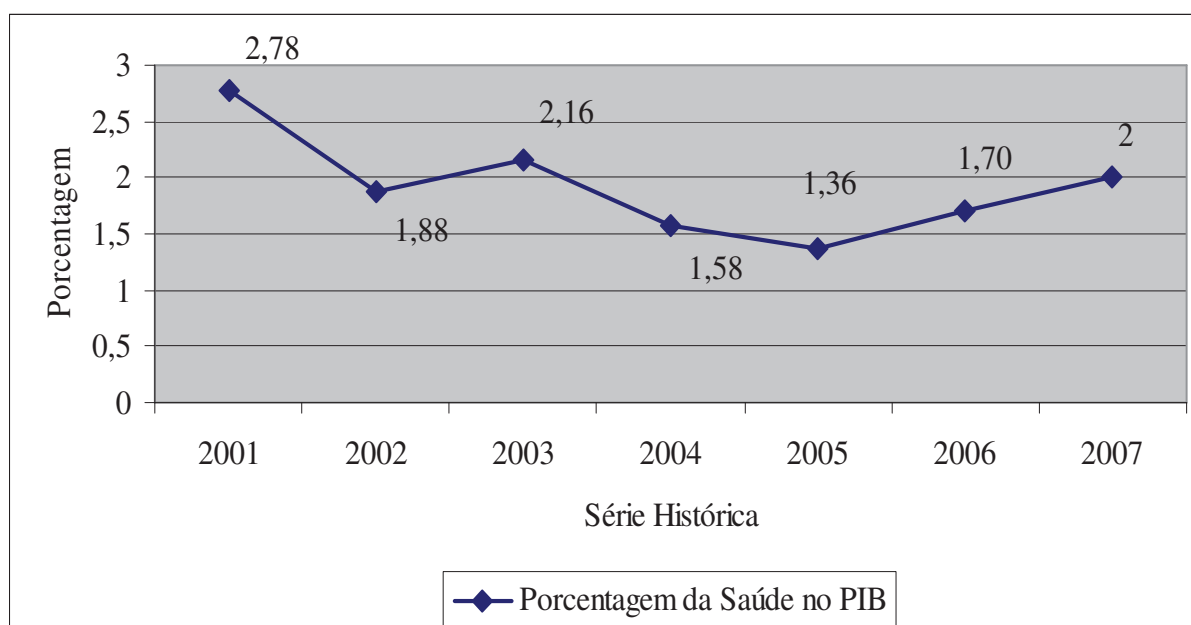
Todos os documentos analisados e disponíveis em Angola sobre a descentralização foram elaborados pelo Ministério da Administração Territorial (MAT) com a assessoria do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o que capacita o MAT para a condução da descentralização no domínio político e técnico.

C. Da Governabilidade

Governabilidade refere-se ao controle de um maior número de variáveis, o que lhe permitirá maior liberdade e possibilidade de ação e controle sobre seus efeitos (MATUS, 1996). No âmbito desta dimensão, foram considerados dois indicadores, o número de unidades com orçamento e de órgãos dependentes e percentagem da saúde no PIB na série histórica.

Segundo dados da Estratégia de Combate à Pobreza (ECP) e do Sistema Integrado de Gestão Financeira do Estado (SIGFE), extraídos de relatórios estatísticos do MINSA, a quota da saúde no PIB, no período de 2000 à 2007 foi em média 2,25%, enquanto que em média, as despesas de saúde representam 4,3% do Produto Interno Bruto (PIB) nos estados do continente Africano (ASSANE D., 2006). Depois de um decréscimo em 2005 quando a percentagem da saúde no PIB em Angola atingiu 1,36%, o mais baixo percentual, registrou-se desde este ano um ligeiro crescimento tendo alcançado 2% em 2007. Contudo, a percentagem atingida é ainda inferior aos 2,78% registrados em 2001 (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Percentagem da Saúde no PIB (2001-2007)



Fonte: Angola (2000a, 2001, 2002, 2003b, 2004, 2005c, 2006); Angola (2007c) e MINFIN (2008)

Analisando os dados da descentralização financeira do setor da saúde, um estudo do GEPE do MINSA (ANGOLA, 2007f), refere que o número de “orçamentos”, definido como o somatório dos UOs e ODs, aumentou durante todos os anos da série história em estudo, sendo em 2002 o ano que houve um maior aumento relativo (tabela 9).

Entende-se por Unidade Orçamental (UO), o órgão do estado, ou conjunto de órgãos ou de serviços da administração do estado, instituto ou fundo autónomo a que são consignadas dotações orçamentais próprias, no quadro da lei nº 9/97. As unidades orçamentais recebem recursos e prestam contas diretamente ao Ministério das Finanças.

Órgão Dependente (OD) é o órgão do estado que tem orçamento próprio, mas que não tem a capacidade de realizar despesas sem a autorização de uma unidade orçamental. Todos os órgãos dependentes são tutelados por unidades orçamentais que autorizam os pagamentos por eles. Salienta-se que a gestão do processo de aquisição é feito pelo órgão dependente (VINYALS L.T, 2002).

Segundo ainda o estudo do GEPE do MINSA (ANGOLA, 2007f), assumindo que ter autonomia na gestão significa poder planificar e executar os recursos correntes atribuídos a unidade sem necessidade de contar com a aprovação explícita de outros, no setor da saúde de Angola apenas existem 41 gestores com esta capacidade, correspondente às unidades orçamentais do setor. Numa definição mais larga do conceito de autonomia, incluindo, portanto aqueles que embora precisem de autorização superior para realizar despesas, contam com alguns recursos consignados diretamente às unidades que gerem e retêm algum certo grau de flexibilidade na gestão (órgãos dependentes), o número de gestores aumentaria para 234 (tabela 9).

Tabela 9 - Evolução do Número de UO por Tipo de Instituição (2000-2006)

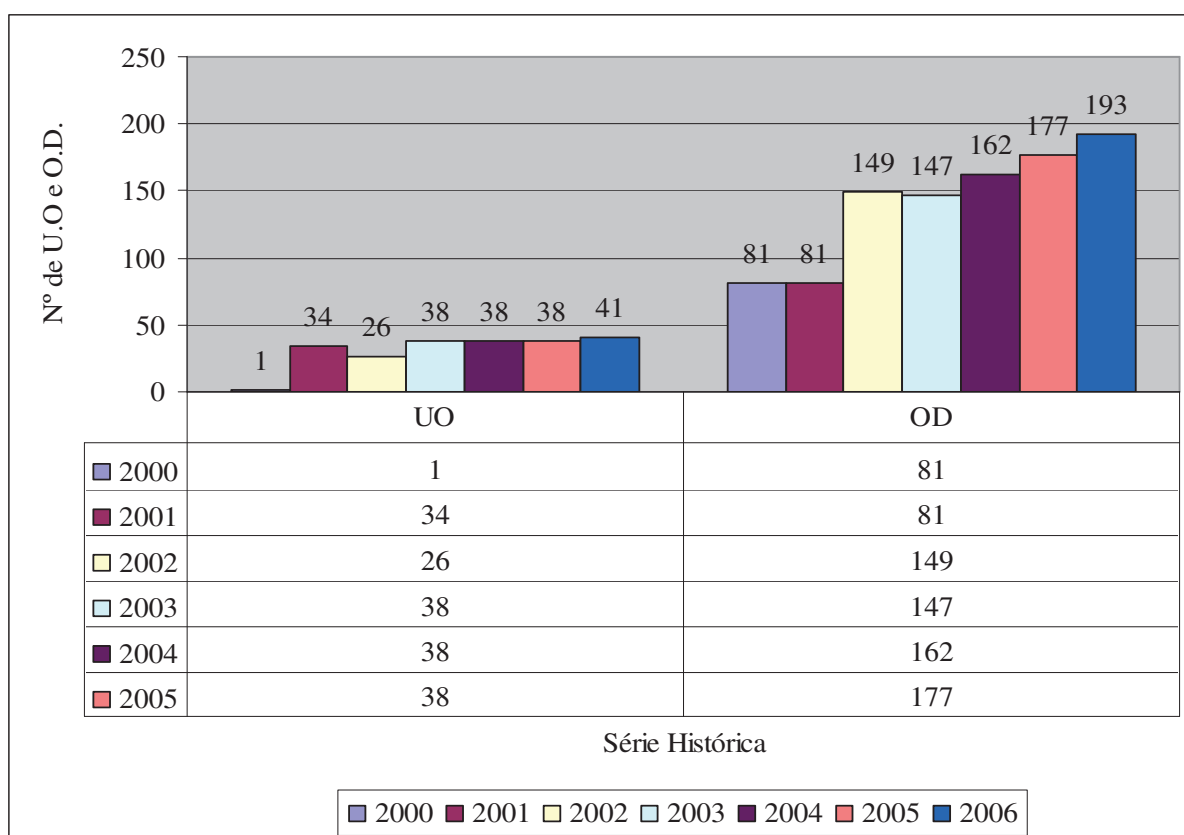
	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	UO	OD	UO	OD	UO	OD	UO	OD	UO	OD	UO	OD	UO	OD
Rede Primária	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1
DPS	0	19	19	0	19	0	19	0	0	19	0	19	1	18
Municipais	0	6	2	31	0	82	3	80	2	94	2	108	2	123
Provinciais	0	17	0	19	0	18	0	19	18	1	18	1	18	2
Nacionais	0	9	0	10	0	12	0	12	11	1	11	1	11	1
Maternidades	0	3	1	4	1	9	1	12	1	15	1	15	1	16
Monográficos	0	8	5	6	1	12	0	15	1	12	1	12	1	13
Ortopédicos	0	3	2	1	0	4	1	4	2	3	2	4	2	4
OC	1	4	0	1	0	1	2	1	1	3	1	3	3	2
Formação	0	12	4	9	4	11	11	4	2	13	2	13	2	13
Total	1	81	34	81	26	149	38	147	38	162	38	177	41	193
Total (UO + OD)	82		115		175		185		200		215		234	

Fonte: Angola (2007b)

Legenda: OC - Órgãos Centrais (MINSA, Institutos Autónomos e Hospitais Centrais)
 UO - Unidade Orçamental
 OD - Órgão Dependente

Observando a tabela se pode afirmar, concordando com o estudo acima referido (ANGOLA, 2007f), que a descentralização financeira, nos últimos anos da série estudada, tem como máximo ponto de “expansão” os hospitais municipais como últimas unidades a afetar recursos dentro da pirâmide de instituições do SNS, sendo que o número de unidades orçamentadas apesar de uma ligeira diminuição em 2002 cresceu de forma significativa transitando de uma unidade em 2000 para 41 em 2006, enquanto que o número de unidades órgãos dependentes oscilou de 81 em 2000 para 193 em 2006 com uma ligeira diminuição para 147 em 2003 (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Número de Unidades Orçamentais e Órgãos Dependentes (2000-2006)



Fonte: Angola (2007c) Legenda: UO - Unidade Orçamental; OD - Órgão Dependente

9.1.2. – Dimensões da Tríade Analítica de Donabedian

De acordo com Pereira (1995), dentre os diversos modelos de abordagens avaliativas em saúde, o de Donabedian é o mais divulgado, organizado e utilizado em todo o mundo. De acordo com o autor, diversas alternativas foram propostas para alterar o modelo, mas o esquema original permanece, até ao momento, por sua utilidade e simplicidade, como se constata pelos resultados deste estudo.

A. Da Estrutura

Desta dimensão, foram levantados dados referentes aos recursos materiais, recursos humanos e financiamento em saúde, tendo-se abordado os seguintes indicadores: números absolutos de médicos e enfermeiros e as razões de médicos/habitante e enfermeiros/habitante; razões centro de saúde/habitante e leito/habitante; despesa total em medicamentos; percentagem da disponibilidade de medicamentos da Lista Nacional de Medicamentos nas Unidades de Saúde; despesas anuais com saúde; peso das despesas totais e com bens e serviços por níveis de atendimento; orçamentado per capita; executado per capita; percentagens da taxa de execução orçamental e da saúde no total das despesas públicas, despesas em medicamentos por províncias e despesas anuais nacionais com medicamentos. Para além dos indicadores, foram analisados os seguintes elementos: número e distribuição espacial da rede sanitária; modelo de aquisição e distribuição de medicamentos e equipamentos e distribuição espacial de equipamentos médico-hospitalares.

A.1. Recursos Humanos em Saúde

A alocação, desenvolvimento e distribuição dos Recursos Humanos para a Saúde apresentam sérias deficiências ao nível de todo o país sendo o problema muito mais complicado no interior e particularmente nas zonas remotas (ANGOLA, 2005d). Esta constatação motivou o Ministério da Saúde a iniciar em 1997 a implementação de um plano de desenvolvimento de recursos humanos (para a década 1997-2007), para corrigir distorções no perfil do pessoal. O objetivo principal do plano era deter as tendências de degradação dos recursos humanos de saúde, e encaminhá-las para uma visão partilhada para o ano 2007.

Desde a independência, em 1975, o MINSA foi obrigado a recorrer à força de trabalho estrangeira para superar as carências de técnicos especializados em determinados serviços de saúde bem como para fazer chegar, em certos pontos distantes do país, uma saúde de qualidade às populações (ANGOLA, 1999b).

Com a reforma administrativa em curso e com o processo de descentralização, a admissão do pessoal de saúde, segundo documentação do XX Conselho Consultivo do MINSA de 2009, deixou de ser unicamente através de contratos e acordos bilaterais, passando a existir os seguintes mecanismos de recrutamento: 1) Concurso público anual (para preenchimento de vagas e reposição); 2) Contrato de provimento (em caso de disponibilidade financeira na instituição e necessidade imperiosa do referido quadro, sendo necessária autorização das instâncias superiores); 3) Contrato de trabalhador estrangeiro não residente e 4) Contrato bilateral entre Angola e outros países (acordos bilaterais).

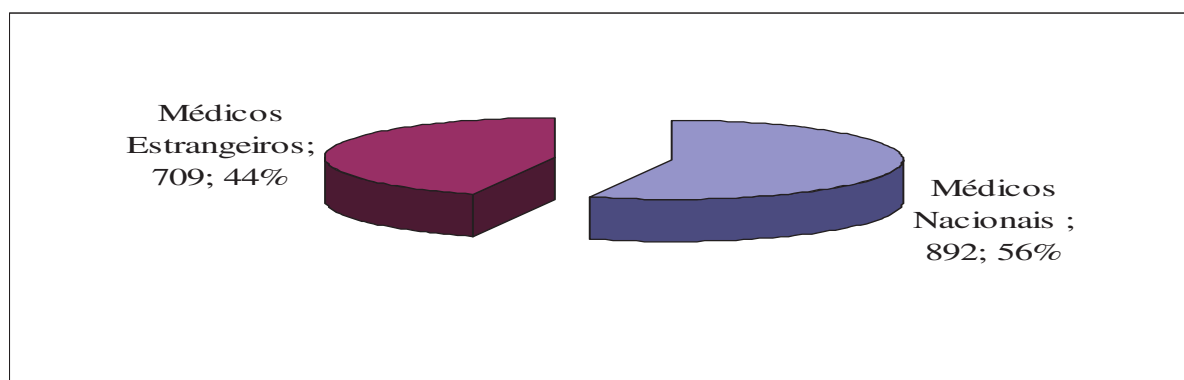
Os concursos públicos anuais para recrutamento de pessoal para os serviços provinciais e municipais são conduzidos fundamentalmente pelos governos provinciais não

tendo, com a descentralização, a Direção Nacional de Recursos Humanos do MINSA papel relevante no processo, considerando a extinção nas Direções Provinciais da Saúde, dos Departamentos/Direções Provinciais dos Recursos Humanos.

Os dados disponíveis indicam que majoritariamente os médicos estrangeiros alocados na rede são não residentes (expatriados) de nacionalidade Cubana, Vietnamita, Egípcia, Coreana e Russa, entre outras.

Para atender a demanda dos serviços de saúde, Angola tem segundo dados estatísticos de 2006 do MINSA, 1.601 médicos, sendo 892 angolanos e 709 estrangeiros (gráfico 5) perfazendo uma razão de 0,56 médicos nacional para cada 10.000 habitantes, sendo que uma parte do total dos médicos nacionais exerce cargos de direção e chefia e outra se encontra regularmente no exterior do país em cursos de pós-graduação inclusive com o patrocínio de algumas direções hospitalares.

Gráfico 5 – Porcentagem de Médicos Angolanos e Expatriados no SNS em 2006



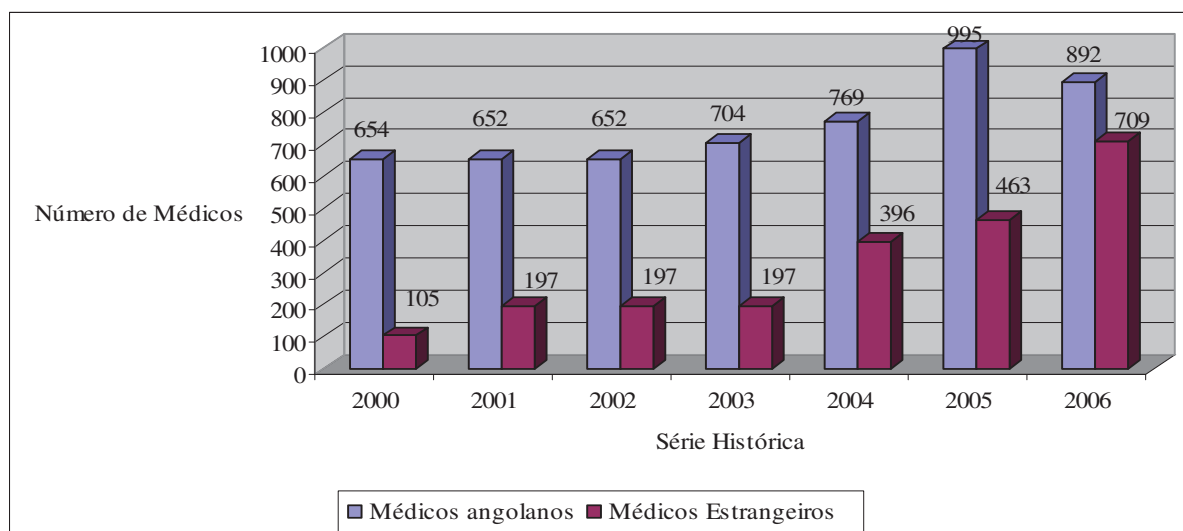
Fonte: Angola (2006)

O número de médicos em geral alocados no SNS registrou um crescimento razoável de 759 médicos em 2000 para 1601 em 2006 fundamentalmente devido à contratação nos últimos anos da série histórica de médicos estrangeiros (tabela 10 e gráfico 6). A razão médico angolano/habitante oscilou muito pouco de 0,49 médicos para 10.000 habitantes em 2000, atingido o nível mais alto em 2005, de 0,64 médicos para 10.000 habitantes em 2005.

Tabela 10 - Médicos alocados no Serviço Nacional de Saúde (2000 – 2006)

Anos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nº de médicos angolanos	654	652	*652	704	769	995	892
Nº de médicos Estrangeiros	105	197	*197	*197	396	463	709
Total de médicos	759	849	*849	901	1.165	1.458	1601
Médico Nacional/10.000 hab.	0,49	0,47	0,47	0,49	0,51	0,64	0,56

Fonte: Angola (2000a, 2001, 2002a, 2003b, 2004, 2005c, 2006, 2007g). * Dados do ano anterior, por inexistência de dados do ano.

Gráfico 6 - Número de Médicos alocados no SNS de 2000 a 2006.

Fonte: Angola (2000a, 2001, 2002a, 2003b, 2004, 2005c, 2006).

Quando se observa a sua alocação no geral (tabela 11 e gráfico 7), se constata que, a sua grande maioria, cerca de 70%, se concentra na cidade capital do país e seus arredores, que possui cerca de 5.000.000 habitantes, 1/3 da população angolana, tendo esta província a média de 2,36 médicos para cada 10.000 habitantes, havendo províncias, como Bié, Malange e Uíge com a média de 0,08 médicos para 10.000 habitantes para a primeira e de 0,09 médicos para cada 10.000 habitantes para a segunda e terceira.

Da análise dos dados da série histórica e particularmente de 2005 e 2006 e focalizando a atenção na distribuição de médicos pelas províncias do país se depreende que 85% dos médicos Angolanos que exercem a atividade médica em Angola estão concentrados em Luanda e em quatro províncias do litoral do país, Benguela, Kwanza-Sul, Namibe e Cabinda, com apenas 1/3 do total da população Angolana (dados do MINSa de 2005) como demonstra o gráfico nº 5. Isto se deve provavelmente ao fato destas províncias terem vivido menos as atrocidades da guerra reunindo assim melhores condições sociais.

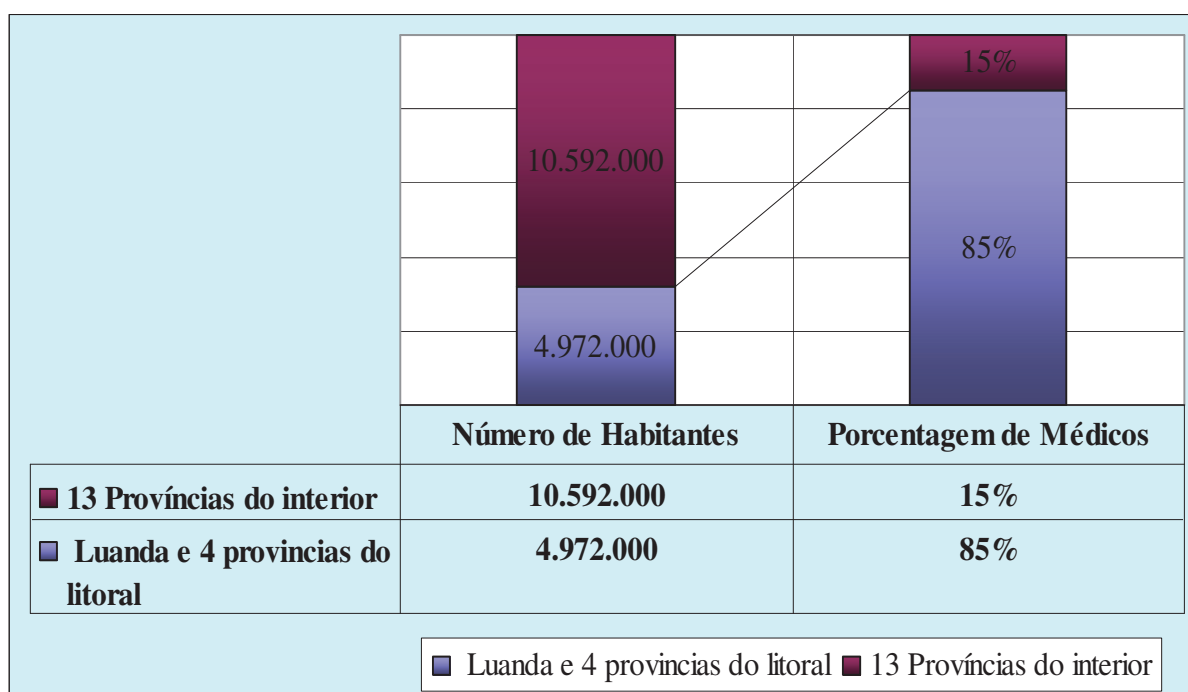
Tabela 11 - Comparação dos Profissionais Alocados em Luanda com as demais Províncias (2005 e 2006)

Ano 2005							
Províncias	Médicos nacionais e estrangeiros					Enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica	
	Quantidade e percentagem					Quantidade	Porcentagem
	Nac.	%	Estrang.	Total	%		
Província de Luanda	680	68,3%	122	802	55%	9287	40,8%
Restantes províncias	315	31,7%	341	656	45%	13474	59,2%
Total	995	100,00%	463	1458	100,00%	22761	100,00%
Ano 2006							

Províncias	Médicos nacionais e estrangeiros					Enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica	
	Quantidade e percentagem					Quantidade	Porcentagem
	Nac.	%	Estrang.	Total	%		
Província de Luanda	642	71,9%	104	746	46,6%	9287	30,4%
Restantes províncias	250	28,1%	605	855	53,4%	21172	69,6%
Total	892	100%	709	1.601	100,00%	30.459	100, 00%

Fonte: Angola (2005c e 2006)

Gráfico 7 - Comparativo de Médicos alocados em Luanda e Províncias do Litoral com as Demais Províncias. Ano - 2005



Fonte: Angola (2005c)

O mesmo se verifica quando se analisa os dados referentes aos enfermeiros que oscilaram de 11,03 para 10.000 habitantes em 2000, para 17,46 profissionais para 10.000 habitantes em 2007 (tabela 12 e gráfico 8), registrando-se no período estudado a média proporcional de 12,95 enfermeiros para cada 10.000 habitantes com uma grande variação entre as províncias, tendo a maioria das províncias do litoral, acima de 20 profissionais para 10.000 habitantes, enquanto que as províncias do interior têm um número muito abaixo desta cifra.

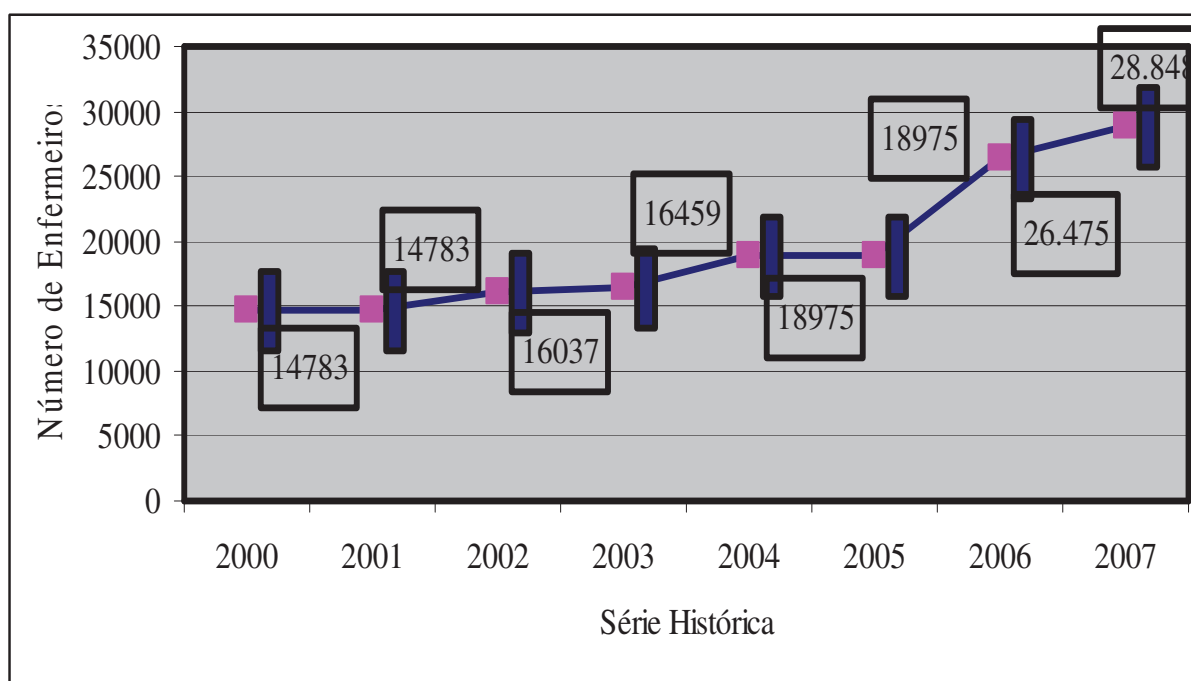
Tabela 12 – Número de Enfermeiros e Razão Enfermeiro/habitante (2000-2007)

Anos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nº de enfermeiros	14783	a)14783	16037	16459	18975	18975	26.475	28.848
Enfermeiro/10.000 Habitantes	11,03	a) 11,03	11,27	11,57	12,56	12,19	16,51	17,46

Fonte: Angola (2000a, 2001, 2002a, 2003b, 2004, 2005c, 2006 e 2007g).

Legenda: a) - Dados do ano anterior

anterior

Gráfico 8 - Enfermeiros alocados no SNS, de 2000 a 2007

Fonte: Angola (2000a, 2001, 2002a, 2003b, 2004, 2005c, 2006, 2007g).

Analisando de forma geral os quadros de enfermeiros e de técnicos de diagnóstico do setor da saúde observa-se que, a província de Luanda concentra cerca da metade deste segmento profissional (tabela 11).

Portanto, da análise dos dados e da observação feita pode-se afirmar que são bastante acentuadas as distorções de distribuição do pessoal o que dificulta a intensificação de intervenções prioritárias de saúde que respondam às necessidades das comunidades locais, particularmente nas zonas mais recônditas.

Para além da má distribuição e da insuficiência de quadros, fenómeno que se regista não só em todas capitais provinciais, mas também e, sobretudo, nos seus municípios, existem outros fatores agravantes da situação.

Constatou-se, por exemplo, da observação direta (diário de campo), que boa parte do pessoal qualificado do subsistema privado nas cidades é o mesmo que trabalha no subsistema público (SNS), com evidentes prejuízos para ambos os lados e com reflexos diretos na qualidade de atendimento aos usuários.

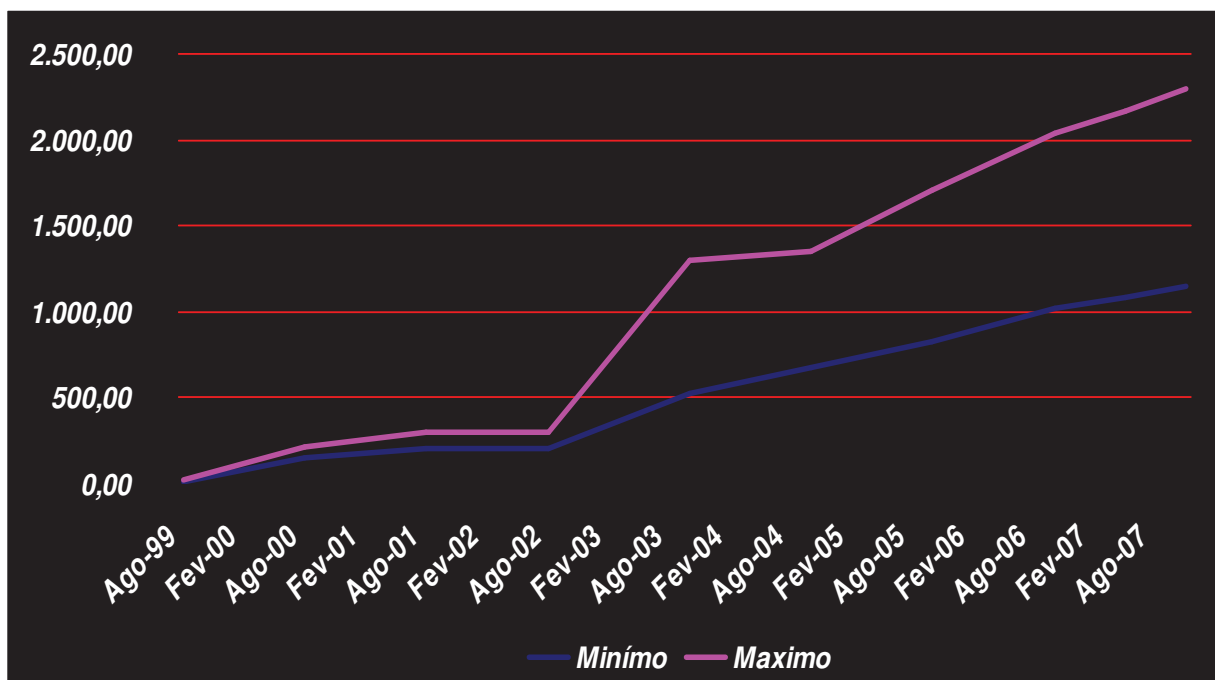
Verifica-se o aumento progressivo dos salários (Gráfico nºs 9 e 10) e esforços para a melhoria das condições de trabalho, com a construção, reabilitação e reequipamento de Unidades Sanitárias inclusive nos municípios do interior visitados. O salário máximo dos médicos variou de menos de USD 100,00 em 2000 para cerca de USD 2.300,00 em 2007 tendo o salário mínimo desta categoria profissional atingido cerca de USD 1.200,00 em Agosto de 2007 (ANGOLA, 2009c)

Os salários dos enfermeiros e dos técnicos de diagnóstico e terapêutica também aumentaram consideravelmente no período 2000-2007 oscilando o salário máximo de menos de 50,00 dólares para USD 2.000,00 (ANGOLA, 2009c)

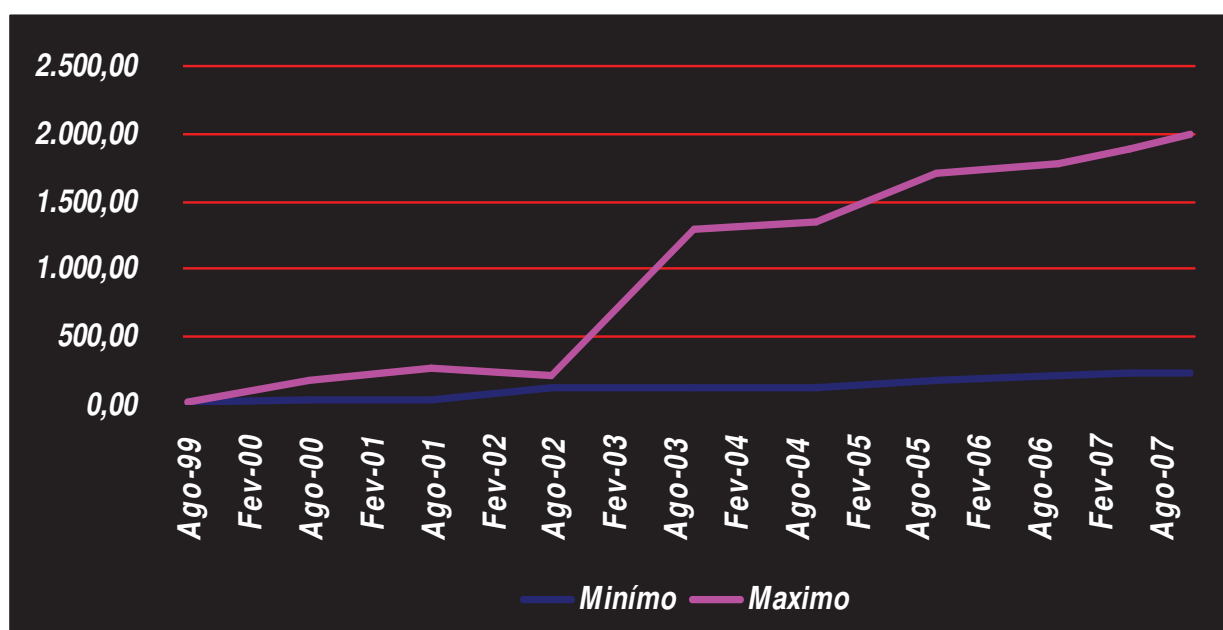
Apesar disso, os salários da maioria de categorias profissionais são ainda baixos considerando o elevado custo de vida verificando-se também atrasos no seu pagamento. Os diretores de hospitais e diretores clínicos têm os mesmos salários que os médicos, ao passo que os responsáveis das secções municipais de saúde têm salários um pouco mais baixos avaliados em 2005, em USD 866,00 (ANGOLA, 2005f). Vale referir que, as diferentes categorias profissionais recebem diferentes tipos de subsídios de acordo com a responsabilidade e desempenho o que acaba sendo um razoável incentivo mensal.

As deficientes condições, sobretudo, no interior e a falta de incentivos condizentes faz que os médicos se concentrem nos hospitais gerais de referência, unidades com melhores condições, com formação *on job* e com possibilidade de troca de experiência entre os profissionais das mais diversas especialidades.

Como observado na província de Cabinda (OLIVEIRA e ARTMANN, 2009a), a indefinição de fluxos de capacitação e formação nos distintos níveis é um problema nacional. Mesmo com iniciativa local, considerando a falta ou a insuficiência do orçamento, os cursos de curta duração nas unidades sanitárias, no exterior e também os de pós – graduação não são extensivos aos profissionais colocados nas regiões do interior.

Gráfico 9 - Evolução Salarial dos Médicos, de 1999 a 2007

Fonte: Angola (2009c)

Gráfico 10 - Evolução Salarial dos Enfermeiros e Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

Fonte: Angola (2009c)

Constatam-se também dificuldades no tocante aos cursos de graduação em medicina, pois o país dispõe apenas de 2 (duas) faculdades de medicina em funcionamento, ambas localizadas em Luanda, sendo uma pública, a Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto (FMUAN), e a outra privada, a Universidade Jean Piaget de Angola

(UNUPIAGET), fundada no início da década de 2000. A faculdade de medicina do Huambo (pública) encontrava-se ainda fechada durante o período do estudo.

Tabela 13 - Número de Concluintes/egressos de Graduação em Medicina em Angola (2001-2007)

Instituição de Ensino	Ano letivo						
	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08
FMUAN	63	46	57	63	54	78	98
UNUPIAGET	N/E	N/E	N/E	N/E	N/E	16	33

Fonte: Angola (2009d)

Legenda: FMUAN - Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho; N/E - Não Existia.
UNUPIAGET – Universidade Jean Piaget de Angola

A pública (FMUAN), forma anualmente, em média, cerca de 70 médicos (tabela 13), número manifestamente insuficiente para atender a demanda do País (ANGOLA, 2009d). A UNUPIAGET formou os primeiros profissionais médicos no ano acadêmico 2006/2007. Considerando esta localização dos estabelecimentos de ensino médico, todos os interessados eram obrigados a recorrer à capital do país (Luanda), com recursos financeiros próprios considerando ainda a incipiência da política de bolsas internas.

Nas províncias visitadas constata-se a quase inexistência de profissionais formados em saúde pública, gestão hospitalar e de sistemas de saúde, bem como de eletrotécnicos para equipamentos hospitalares o que inviabiliza em grande medida a implementação de programas estratégicos de prevenção e controlo de endemias, o reforço das redes locais de saúde e a durabilidade dos equipamentos hospitalares.

As conclusões do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de 2006 a 2008 (ANGOLA, 2005d) quanto ao sub-setor dos Recursos Humanos aponta, dentre outros aspectos, que a gestão do pessoal da saúde no SNS é caracterizada por:

- Ausência de uma política de emprego que assegure uma adequada relação entre a formação e as necessidades: daí advém os vazios entre os perfis de postos e daqueles dos titulares.
- Ausência de descrição apropriada dos postos em todos os níveis;
- Ausência de planos de carreiras rigorosamente seguidos com os procedimentos racionais de promoção, de sanções, e de recompensa.
- Baixa motivação do pessoal tendo em conta os baixos salários em termos reais, a carência de formação contínua e de supervisão e as deficientes condições de trabalho;

- A distribuição desequilibrada do pessoal entre as zonas rurais e urbanas, entre as diferentes regiões geográficas e entre as diferentes categorias das instituições de saúde.

Esta distribuição desequilibrada consubstancia-se, como observado (Diário de Campo), na existência de unidades de saúde, particularmente no nível municipal e comunal, cujo funcionamento é assegurado por técnicos básicos e auxiliares de enfermagem.

Em vários municípios, os responsáveis de saúde (nomeados ou indicados) acumulam diversas funções, por exemplo, de chefe de secção municipal e de diretor do hospital municipal. Em uma das províncias visitadas encontrou-se uma enfermeira básica que acumulava, para além das duas funções já mencionadas, as de diretor clínico do hospital municipal e de diretora de enfermagem. Isto devido, segundo informações recolhidas, a falta de quadros e/ou combinada com a necessidade de orçamento do hospital municipal atender também as preocupações das demais unidades sanitárias do município.

O grupo de promotores de saúde que desempenharam um grande papel junto das comunidades no passado foi extinto com a sua re-qualificação (conversão em técnicos auxiliares, técnicos básicos de enfermagem) (ANGOLA, 2005g), mantendo-se atuante ainda, no nível comunitário, o grupo de parteiras tradicionais, não dependentes do MINSA a quem apenas reportam os dados estatísticos sobre as suas atividades.

A.2. Recursos Financeiros

Os elementos e bases analíticas desta categoria são analisados a partir da abordagem geral sobre as formas de financiamento do Serviço Nacional de Saúde de Angola, com realce para a suportada pelo orçamento geral do estado.

1. Formas de Financiamento da Saúde

O financiamento do Serviço Nacional de Saúde é suportado essencialmente pelo Orçamento Geral do Estado (OGE), como recomenda a Lei 21-B/92 (ANGOLA, 1992a). A mesma lei estabelece também a participação de terceiros no financiamento dos cuidados de saúde. Assim, a co-participação da população nos gastos da saúde e a contribuição de doadores internacionais são as outras duas vias de financiamento do setor da saúde em Angola.

1. Financiamento do SNS pelo OGE

Durante a série histórica estudada, a distribuição de recursos financeiros mudou duma afetação de base setorial (figura 9) para uma de base territorial (figura 10). Se anteriormente os fundos eram alocados do Ministério das Finanças ao MINSA e deste às suas Delegações

Provinciais, presentemente a instituição-chave no processo de transferência de recursos financeiros é o Governo Provincial. Com o processo de desconcentração em curso, as principais Unidades Orçamentais da saúde são, o próprio Ministério da Saúde, os Hospitais Nacionais (Centrais), Hospitais Provinciais (Gerais), e os Institutos Públicos.

No nível provincial (com a exceção dos Hospitais Provinciais/Gerais) os fundos destinados aos serviços de saúde formam parte do orçamento global do Governo da Província que é a Unidade Orçamental. Este aloca os recursos financeiros para os Órgãos Dependentes que são a Direção Provincial da Saúde, a Instituição de Formação em saúde na província (normalmente Instituto Médio da Saúde), Hospitais Municipais e os Centros de Saúde, em alguns municípios, onde estes fazem o papel de hospitais municipais (figura 10). Importa destacar que os salários são pagos diretamente pelo governo da província.

O orçamento atribuído aos hospitais municipais é para o custeio das suas necessidades, enquanto que, grande parte da rede dos Cuidados Primários de Saúde (alguns hospitais municipais, centros e Postos de Saúde) da província é suportada pela Direção Provincial da Saúde, sendo que este é Órgão Dependente do governo provincial com exceção, desde 2006, da Província de Luanda, onde a DPS já é uma Unidade Orçamental. No entanto, os recursos financeiros atribuídos às Direções Provinciais da Saúde são limitados conseguindo cobrir fundamentalmente as suas despesas administrativas.

As secções/repartições municipais, não sendo Unidades Orçamentais, nem Órgãos Dependentes, apesar de serem os responsáveis pela rede primária, não têm nenhuma cabimentação orçamental o que coloca as unidades básicas com enormes dificuldades operacionais.

O financiamento da saúde através do Orçamento Geral do Estado passou por três etapas fundamentais (ANGOLA, 2007f):

1. Período entre 1995 e 1999: Contexto caracterizado pelo sistema de guerra. A gestão era fortemente centralizada no setor e nos governos provinciais. O orçamento era incremental e sem ligação a resultados.
2. Até 2002, a economia e a lógica de guerra continuaram, mas desde o ano 2000 o processo de descentralização começou com a transformação, em primeiro lugar, dos hospitais de referência nacional e provincial e paulatinamente de alguns municipais, em unidades orçamentais.
3. Desde 2004, a descentralização aumentou quantitativamente, com a criação de novos órgãos dependentes para o setor, sobretudo os hospitais municipais, isto é, o número de ODs transitou de 162 em 2004 para 193 em 2006 (Gráfico 4). Entretanto, a descentralização perdeu em qualidade dado que o estatuto de

Unidades Orçamentais (UOs) que tinham recebido alguns hospitais municipais a partir de 2002 foi retirado.

Figura 9 - Esquema de Financiamento do SNS antes da Descentralização

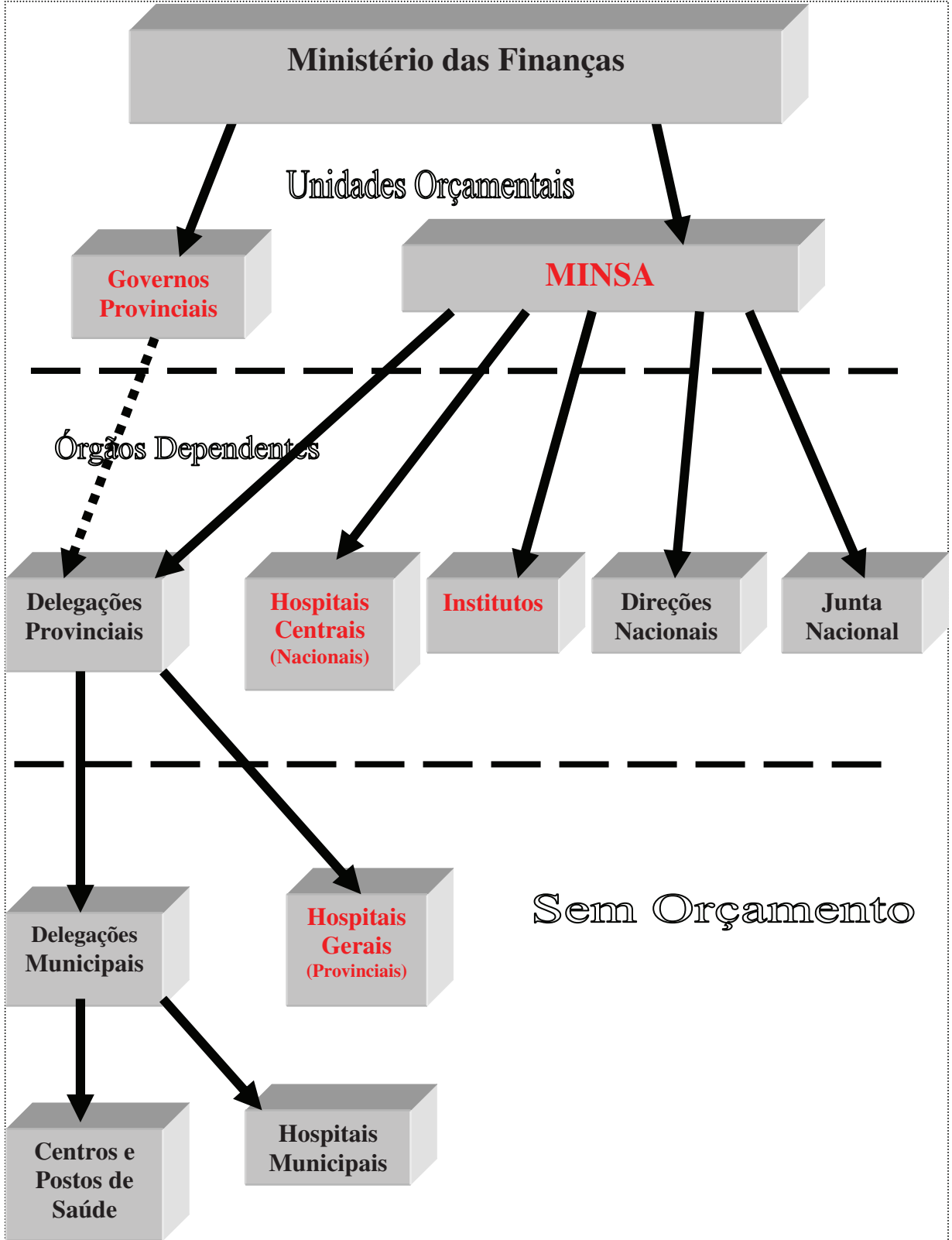
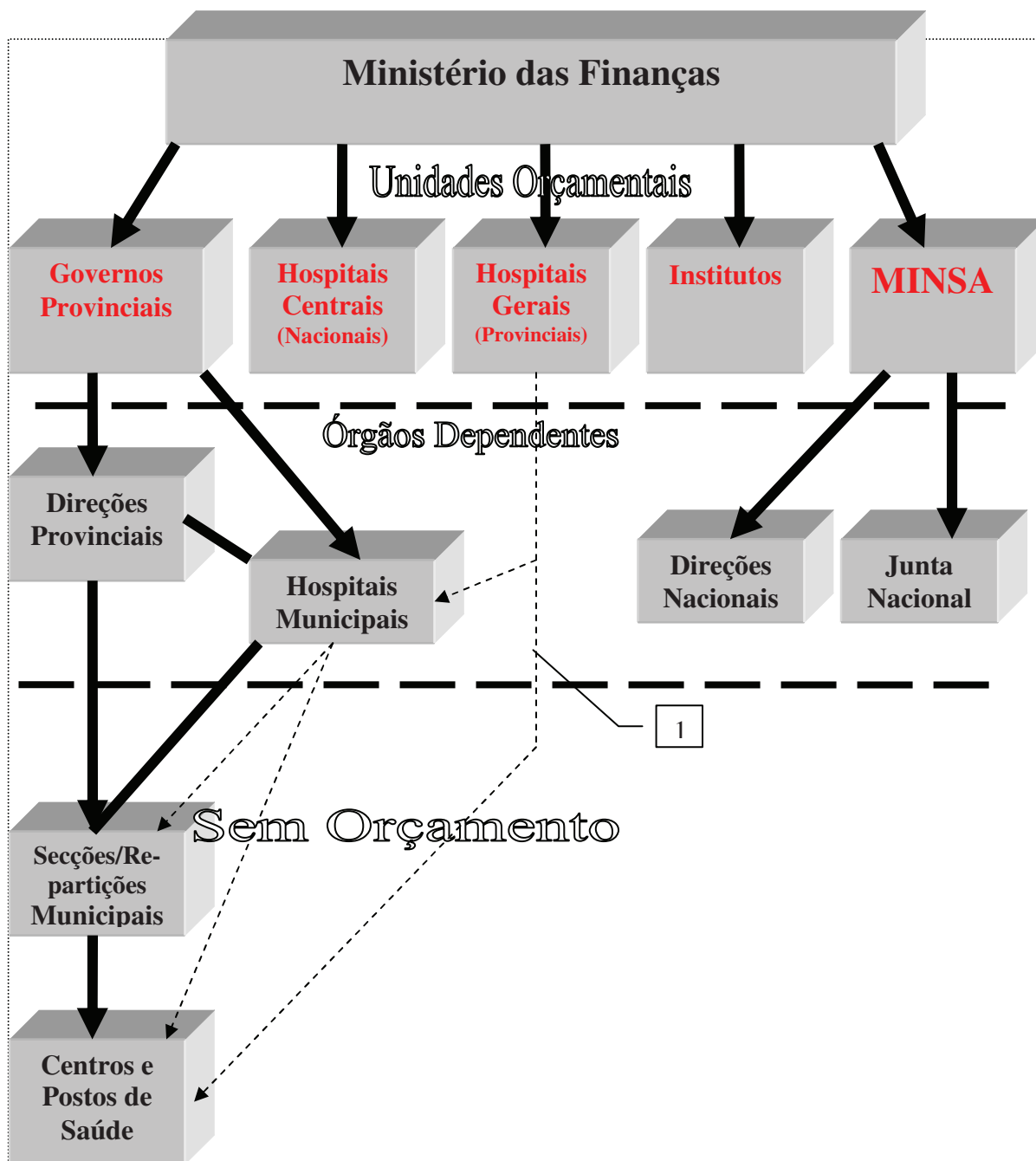


Figura 10 - Esquema de Financiamento do SNS com a Descentralização



Obs. 1.

Do total das despesas públicas do estado angolano, no período compreendido entre 2001 a 2007, segundo dados da Estratégia de Combate à Pobreza (ECP) e do Sistema Integrado de Gestão Financeira do Estado (SIGFE), extraídos de relatórios estatísticos do MINSA, em média, apenas 4,64% foram alocadas à saúde (tabela 14).

¹ Obs: O tracejado refere-se ao mecanismo de fluxo financeiro colateral utilizado na prática para superação das carências das Unidades Periféricas.

Tabela 14 - Dados Orçamentais e de Despesa com a Saúde (2000-2007)

Anos	% da Saúde no Total das Despesas Públicas	Orçamentado per capita	Executado per capita	% da taxa de execução
2000	3,30	19,0	13,3	70
2001	6,01	24,5	19,1	78
2002	3,95	17,2	15,0	87
2003	4,86	27,2	20,4	75
2004	4,42	33,8	20,8	62
2005	4,40	42,7	28,8	67
2006	4,90	71,0	S/D	77
2007	5,30	S/D	S/D	101
Média	4,64	27,4	19,6	77,1

Fonte: Angola (2000a, 2001, 2002a, 2003b, 2004, 2005c, 2006, 2007g); Angola (2007f); MINFIN (2006, 2007h) e Vinyals (2002)

Legenda - S/D – Sem Dados

O Sistema Integrado de Gestão Financeira do Estado (SIGFE) refere-se ao conjunto de procedimentos e sistemas de informação que regulam as receitas e as despesas do estado, integrando-as num sistema único (ANGOLA, 2007f).

Os níveis de execução financeira no setor da saúde foram, em média, cerca de 77,1%, durante o período de 2000-2007 (tabela 14), tendo atingido 101% em 2007.

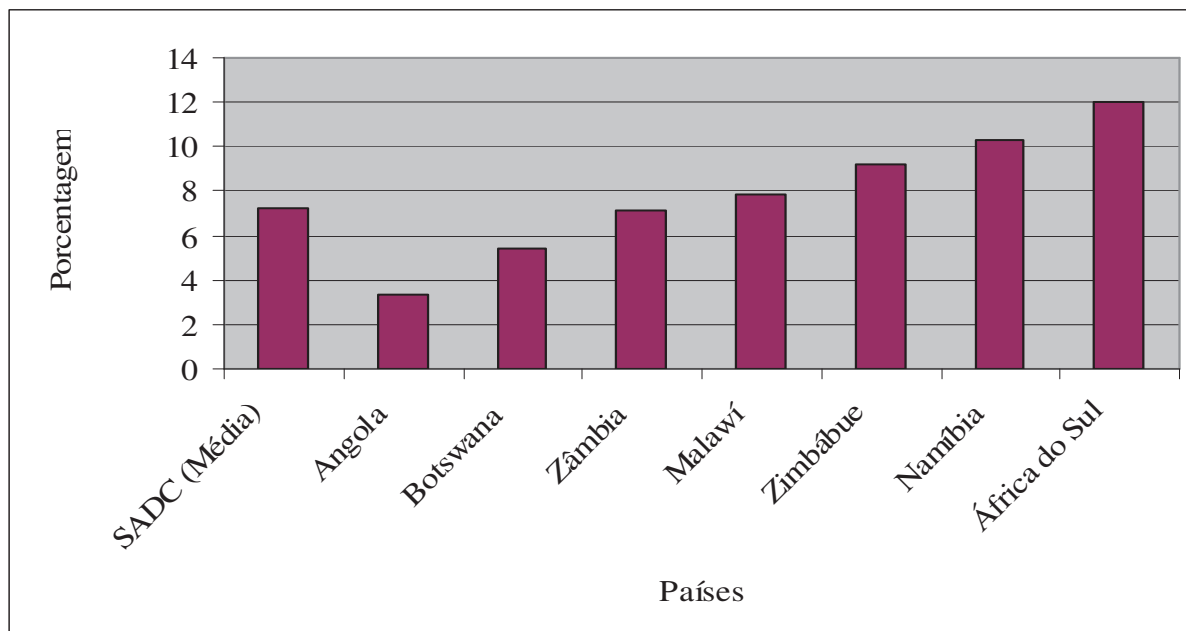
Embora no passado esta situação se pudesse justificar pela prioridade dada a outros setores, como a defesa nacional, hoje este nível de execução pode mostrar uma fraca capacidade de absorção do setor da saúde ou a não disponibilização efetiva dos recursos financeiros (ANGOLA, 2007f). Contudo, destaca a fonte, existem vários fatores que podem distorcer o real significado da referida taxa de execução, como por exemplo, as revisões sistemáticas do OGE durante o período de execução. Outros dados das despesas com a saúde estão também na tabela 14, constatando-se que o valor médio orçamentado per capita foi de 27,4 Dólares dos Estados Unidos de America (EUA), sendo que, o valor médio executado per capita foi de 19,6 dólares dos EUA.

De acordo com Vinyals (2002), entre os possíveis marcos de referência na perspectiva comparativa, o de maior relevância para Angola é a zona da SADC (Sigla em inglês de Comunidade de Desenvolvimento da África Austral), à qual Angola pertence e cujos países membros (à exceção da África do Sul) têm características demográficas, económicas e sociais semelhantes às de Angola. Na região da SADC, Angola encontra-se na pior posição em termos da porcentagem das despesas governamentais efetuadas no setor da saúde.

O governo de Angola destinou em média 3,3% das suas despesas ao setor da saúde no período de 1997 a 2001, enquanto que a média para os países da SADC foi de 7,2% (gráfico 11). Em relação à totalidade das suas despesas governamentais, Angola dedicou assim ao

setor da saúde menos da metade do que os países da região. No entanto, de 2000 a 2007 como já referido a média em causa subiu para 4,6%.

Gráfico 11 - Comparação da Porcentagem do Setor da Saúde nas Despesas Governamentais em Angola e noutros Países da SADC



Fonte: Lluís Vinayls (2002)

Apesar da estagnação em termos relativos, os gastos com a saúde aumentaram substancialmente em termos absolutos, passando de 213 milhões de dólares americanos em 2003 para 447 milhões de dólares em 2005. No entanto, em 2006 verificou-se uma diminuição dos referidos gastos atingindo o nível mais baixo dos últimos três anos da série histórica considerando que em 2007 voltou a verificar-se aumento dos gastos, atingindo no ano, 400,8 milhões de dólares (ANGOLA, 2007f; 2007h; 2008e;) (tabela 15 e gráfico 12).

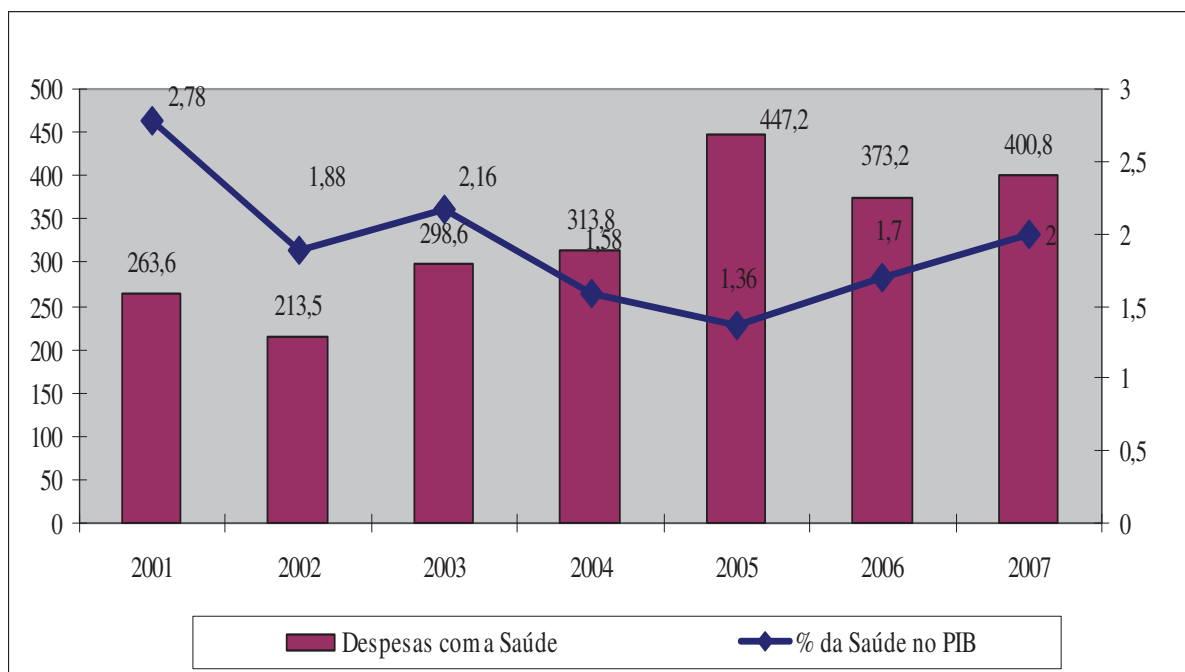
Os valores gastos em 2006 e 2007 em Kwanzas são 30.004.497.747 e 30.743.145.484, respectivamente, sendo que, as taxas de câmbio praticadas foram de 76,7 e 80,4 dólares por Kwanza (ANGOLA, 2007h; 2008e).

Tabela 15 - Despesas com a Saúde em milhões dólares americanos (2000-2007)

2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2007*
263,6	213,5	298,6	313,8	447,2	373,2	400,8

Fonte: Extraído do Angola (2007b)

* Fonte: Angola (2007f, 2008e).

Gráfico 12 - Despesas com o Setor da Saúde de 2001 a 2007

Fonte de Dados: Angola (2007b) e MINFIN (2006,2007).

A análise da despesa pública no setor da saúde demonstra (tabela 16) que a despesa com o pessoal tem sido o principal dispêndio tendo atingido 47% dos gastos totais em 2005 (ANGOLA, 2007f).

Do total da despesa pública no setor da saúde, mais de 50% foram destinados ao nível secundário e a unidades centrais sendo que, menos de 15% foram destinados ao investimento até 2003, tendo esta porcentagem subido progressivamente atingindo até 40% em 2006 (tabela16).

Da análise dos dados se observa a concentração dos recursos no sistema de referência e o aumento gradual dos gastos com a rede primária e hospitais municipais, de 26% em 2001 para 40% em 2006 (tabela 17). O documento-draft sobre a Política Nacional de Saúde (ANGOLA, 2009a) refere também que as despesas com os cuidados primários de saúde têm aumentado progressivamente desde os anos 2000 e 2001.

Segundo o referido documento, o cotidiano das unidades sanitárias deste nível caracteriza-se por rupturas crônicas de medicamentos e falta de condições básicas como a água, eletricidade devido em grande parte à ausência de recursos financeiros para as despesas correntes de funcionamento.

Tabela 16 – Despesas e Orçamento por Categoria, Reclassificando as Transferências, em milhões de dólares e Respectivas Porcentagens (2000-2006).

Categoria	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006	
	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%	Valor	%
Pessoal	79	44%	124	47%	105	49%	120	40%	135	43%	208	47%	475	37%
Bens e Serviços	67	37%	110	42%	97	45%	148	49%	129	41%	163	36%	299	23%
Transfe- Rências	0	0%	0	0%	0	0%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Investi- Mentos	33	19%	29	11%	11	5%	30	10%	50	16%	77	17%	523	40%
Total	179	100%	264	100%	213	100%	299	100%	314	100%	447	100%	1.296	100%

Fonte: Angola (2007b).

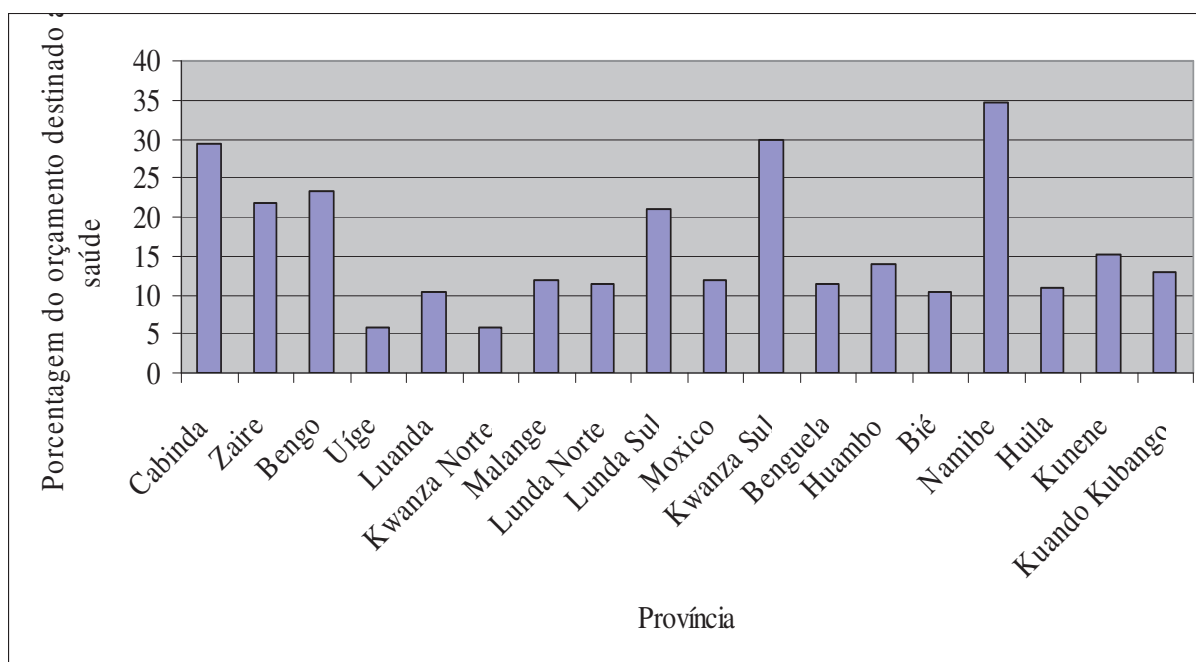
As despesas no Serviço Nacional da Saúde são basicamente orientadas para os cuidados hospitalares, as transferências de pacientes para o exterior do país e a gestão da saúde ao nível central. O peso do sector hospitalar nas despesas do OGE aumentou devido à conversão dos hospitais provinciais/gerais e municipais em unidades orçamentais com uma gestão autónoma (ANGOLA, 2009a).

Tabela 17 - Peso das Despesas Totais e com Bens e Serviços por Níveis de Atendimento (2001-2005)

Nível	Despesas totais					Bens e serviços				
	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005
Rede Primaria e Hospitais Municipais	26%	29%	30%	33%	40%	30%	27%	20%	16%	29%
Nível Hospitalar 2º e 3º nível	51%	55%	49%	51%	44%	42%	62%	42%	46%	44%
Administração e outros	20%	13%	16%	12%	13%	27%	10%	34%	36%	24%
Formação	3%	3%	4%	3%	3%	1%	2%	4%	3%	2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Angola (2007b).

Quanto à distribuição das despesas do OGE por províncias no triênio 2003-2005, observa-se que existe um desequilíbrio em termos geográficos de distribuição das despesas com a saúde (Gráfico 13). As províncias do interior e mais afetadas pela guerra são as que apresentam indicadores abaixo da média nacional, de 16, 1% com oscilação de 5,7% do orçamento da província destinado a Saúde no Kwanza Norte a 34,7 no Namibe.

Gráfico 13 - Despesa per capita com a Saúde por Província (2003 - 2005)

Fonte: Angola (2007b)

No entanto, a maioria dos recursos do setor ainda é gerida nas unidades orçamentais dos órgãos centrais (MINSA, institutos públicos, e hospitais centrais), sendo apenas em 2005 que as províncias, excetuando Luanda, geriram mais recursos. Quando considerada Luanda juntamente com os Órgãos Centrais verifica-se que a maioria dos recursos é gerida na capital do País (tabela 18). O maior peso relativo das províncias no último ano pode dever-se ao aumento substancial dos encargos com os salários, provocado pela admissão de milhares de novos funcionários para o setor (ANGOLA, 2007f)

Quando apenas são considerados os bens e serviços, que são os mais susceptíveis de mudanças nas afetações, o peso daqueles, controlados pelos Órgãos Centrais, é mais elevado, embora as províncias tenham aumentado o seu peso em 2005. Vários fatores podem concorrer para explicar esta distribuição, entre os quais cabe destacar os orçamentos mais avultados, recebidos pelos hospitais centrais e pelo MINSA, e as execuções orçamentais menores nas unidades das províncias. É de salientar o peso relativo reduzido da província de Luanda no que respeita aos bens e serviços. Este fato pode dever-se ao reduzido grau de descentralização de Luanda, onde alguns municípios não tinham nenhuma instituição de saúde com orçamento para bens e serviços (Id.).

Tabela 18 - Porcentagem das Despesas realizadas nas Províncias, Luanda e Órgãos Centrais (2002-2005)

Nível	2002	2003	2004	2005
OGE – TOTAL				
Províncias	43,3%	38,8%	36,1%	46,3%
Luanda	12,5%	11,5%	11%	11,6%
OC	44,2%	49,7%	52,9%	42,1%
Total	100%	100%	100%	100%
OGE – Bens e Serviços				
Províncias	36,9%	23,3%	18,3%	34,4%
Luanda	6,5%	6,5%	4,3%	5,7%
OC	56,6%	70,2%	77,4%	59,9%
Total	100%	100%	100%	100%

Fonte: Angola (2007b)

Legenda: OC - Órgãos Centrais

Analisando a legislação referente ao processo e baseando-se nas nossas constatações resultantes da observação direta podemos afirmar que:

- A atribuição de orçamento aos hospitais municipais transformando-os em Órgãos Dependentes não parece obedecer qualquer critério técnico que garanta a sua uniformidade. Em algumas províncias, Bié, por exemplo, existe em um município mais de um Órgão Dependente (hospital municipal e o antigo hospital missionário), enquanto em outras províncias (como é caso do Zaire), em vários municípios, nenhuma das suas Unidades Sanitárias dispõe de orçamento.
- O orçamento atribuído a todos os níveis apesar do aumento progressivo ainda é insuficiente para atender as necessidades crescentes do setor verificando-se reclamações até básicas nos serviços.
- Considerando a exigüidade de recursos financeiros das Direções Provinciais da Saúde quando comparado com orçamento dos hospitais, embora também insuficientes, na prática, em algumas províncias, existe uma segunda via de fluxo financeiro, não monetário e não oficial, “colateral”, podendo ser considerado “de solidariedade” das Unidades Provinciais às Unidades Municipais para atenuar as dificuldades destas (fig. 9 – esquema tracejado). Esta via consubstancia-se no apoio em bens e gêneros de toda a ordem (alimentação, medicamentos, insumos médicos e material administrativo e de higiene) dos hospitais provinciais/gerais aos hospitais municipais e centros e postos de saúde sem orçamento ou dos hospitais municipais que são órgãos dependentes aos Centros e Postos de Saúde sem orçamento. A existência deste mecanismo faz com alguns dos responsáveis das unidades que concedem o referido apoio se sintam no direito de monitorar e fiscalizar o desempenho das unidades apoiadas, tarefa da competência da Direção Provincial da Saúde. Surge a duplicação de competências e

dificuldades no relacionamento entre o Diretor Provincial, tido como “incompetente” por não ter capacidade de apoiar as unidades sem orçamento e os responsáveis dos hospitais orçamentados, quase sempre, hospitais provinciais/gerais, situação observada em pelo menos 3 províncias.

- Existe indefinição quanto à responsabilidade do financiamento dos serviços municipais de saúde. No cotidiano, isto leva ao “jogo de empurrões” até para se assumir despesas básicas como a compra de gás de butano ou petróleo iluminante (querosene) para cadeia de frio, vivendo os responsáveis municipais em exercício de funções, o dilema de terem que recorrer sempre aos dois organismos na tentativa de resolver os seus problemas e quase sempre com uma resposta negativa ou com a indicação do recurso ao 2º organismo.
- Contudo, a aprovação do decreto Decreto-Lei nº 2 de 3 de Janeiro de 2007 (ANGOLA, 2007e), aumenta a importância da Administração Municipal como instituição que concentra o financiamento das Unidades Básicas de Saúde, ou seja, dos Cuidados Primários de Saúde. Isto se deve ao fato do seu artigo 86 estabelecer que “dos recursos financeiros afetados a cada município, 35% destinam-se a despesas de manutenção e funcionamento dos serviços administrativos, 60% devem ser programados para a cobertura das despesas com as infra-estruturas sociais e econômicas locais, sendo os restantes 5% reservados para intervenções de emergências a ordem da respectiva Administração Municipal”.
- No entanto, até finais de 2007, com poucas exceções, os recursos (financeiros e bens materiais) para garantir a prestação de serviços nas unidades municipais sem orçamento ainda eram canalizados a partir das Direções Provinciais, que são Órgãos Dependentes orçamentalmente, enfrentando estes também um grande *déficit* financeiro. Na prática esta situação leva a dependência das Unidades Básicas de Saúde e dos hospitais municipais sem orçamento, dos hospitais municipais já constituídos em órgãos dependentes e dos hospitais provinciais/gerais, respectivamente, com todas as conseqüências de subordinação e de coordenação da rede.
- Não nos parece claro qual será o mecanismo de financiamento de Unidades Sanitárias que servem mais do que um município ou mais de uma província, como por exemplo, no caso dos hospitais regionais de referência.
- Na ausência, como verificado, de instrumentos ou critérios para orientar a distribuição intra-setorial de recursos, o Ministério das Finanças tornou-se, na prática, líder virtual do setor da saúde, tomando decisões de caráter financeiro, que têm grandes

implicações para o desempenho dos diferentes componentes do setor (VINYALS, 2002).

Sobre o assunto, no plano de desenvolvimento sanitário de Angola de 2006-2008 (ANGOLA, 2005d) menciona-se também que, o processo de mudanças administrativas da década de 90 não foi suficientemente assimilado pelo setor da saúde em geral e pelo Ministério da Saúde em particular. No documento em referencia acrescenta-se que atualmente é o Ministério das Finanças (MINFIN) quem lidera o sistema público de financiamento do setor da saúde. As causas desta situação, segundo a fonte, encontram-se na falta de liderança do MINSA e a limitada capacidade técnica para poder desenvolver e monitorar instrumentos de distribuição de recursos.

Vale destacar que foi observado, em um (1) município, já orçamentado, que a administração municipal assumia toda a responsabilidade no apoio logístico da rede dos cuidados primários, nomeadamente centros e postos de saúde com a recomendação que o orçamento do hospital municipal deveria atender exclusivamente as necessidades deste.

2. Outras Fontes de Financiamento

O segundo mecanismo de financiamento do Serviço Nacional de Saúde existente, aprovado com a promulgação da nova lei de base da saúde, através decreto nº. 36/02 de 2 de Abril de 2002 (ANGOLA 2002c) é a co-participação direta da população usuária nos gastos da saúde (ANGOLA, 2009a). Segundo o referido decreto, apesar de algumas isenções, estariam sujeitos a co-participar todos os usuários que utilizam os serviços de assistência médico-sanitária. O referido mecanismo, entretanto, mostrou-se ineficiente tendo em conta, o não aprimoramento do seu sistema de gestão e controlo de fundos (ANGOLA, 2005d) e a grande resistência dos usuários e da sociedade civil. O mecanismo em causa constituiu-se também em mais um obstáculo ao acesso aos cuidados de saúde, sobretudo para as camadas mais vulneráveis (ANGOLA, 2009a) considerando a elevada taxa de desemprego da população Angolana e o baixo poder aquisitivo do salário, tendo sido já abandonado pela grande maioria das unidades que o implementou.

Neste sentido, um estudo do GEPE do MINSA refere que, de acordo com os resultados do “Estudo da Co-participação dos Utentes nas Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde de 2005”, a co-participação, embora implementada com diferentes preços para cada nível, não motivou um aumento dos recursos públicos para os cuidados de saúde primários. Não existiu uma correlação entre a introdução da co-participação e a mudança de pesos de recursos afetos a cada nível. Para os hospitais municipais e centros de saúde, a co-participação aumentou a descentralização ao converter as receitas num fundo de manejo para fazer face às contingências e adquirir bens no mercado informal. Contudo, não existem

mecanismos de gestão e supervisão que promovam e garantam a boa utilização destes recursos, definida pela lei, como aquela que melhore a qualidade dos serviços e as condições de trabalho. De acordo com o estudo, a prevalência dos pagamentos ilegais vai desde 19% dos entrevistados de Luanda que afirmaram ter pagado gorjetas, chamados em Angola vulgarmente por “gasosas”, até 0% no Huambo e Bié, onde não existe co-participação legal.” (ANGOLA, 2007f).

Uma estimativa das receitas arrecadadas via co-participação dos usuários realizada pelo estudo acima citado, aproximaram a 10 milhões de dólares o montante angariado por todas as unidades sanitárias do país no âmbito da co-participação legal, isto ao abrigo do decreto 36/02. Portanto, o peso atual da co-participação das famílias como fonte de financiamento para o setor público da saúde é residual, mas importante como causa de efeitos não desejáveis sobre as famílias. Este último aspecto é fundamental, sobretudo desde a perspectiva da influência dos co-pagamentos na economia dos agregados familiares num contexto onde 68% da população se situam abaixo do nível de pobreza (ANGOLA, 2007f).

A terceira fonte é a contribuição dos doadores internacionais. É comumente aceite que a comunidade de doadores jogou um papel importante durante o conflito bélico, proporcionando serviços de saúde de emergência em muitas províncias do país (ANGOLA, 2005d; ANGOLA, 2007f). Com o fim da guerra o apoio diminuiu embora de acordo com um estudo recente levado a cabo pela CE, as contribuições dos doadores dos membros do CAD atingiram 47 milhões de Euros em 2005. Estes valores não incluem o apoio financeiro das agências das Nações Unidas através dos seus próprios fundos e do fundo global para a malária, tuberculose e o VIH/ SIDA, o qual tenciona dar uma contribuição adicional anual estimada entre 15 e 20 milhões de dólares (ANGOLA, 2007f).

Assim, calcula-se que as contribuições dos doadores possam ter atingido os 75-80 milhões de USD em 2005. Nesta base, as contribuições dos doadores para o setor representaram cerca de 14% dos gastos totais da saúde (excluindo os gastos privados). É provável que o apoio dos doadores em termos absolutos continue nos próximos anos. Não obstante, considerando os aumentos previstos para o setor por parte do Governo, o peso relativo das contribuições dos doadores provavelmente irá diminuir. As referidas doações são feitas de três maneiras diferentes, nomeadamente:

- Programas verticais - são fundos distribuídos ou geridos diretamente para programas verticais que estão orientados a endemias específicas, como por exemplo, a malária e o VIH/SIDA, embora haja também um apoio crescente para abordagens mais integradas como é o Plano Estratégico Nacional de Redução da Mortalidade Materno Infantil;

- Apoio ao desenvolvimento de capacidades de implementação e desenvolvimento institucional – através do MINSA e governos provinciais no âmbito da assistência técnica e ações formativas no domínio da definição de políticas e estratégias de implementação de programas.
- Serviços prestados (majoritariamente em áreas remotas) - fundos canalizados através de ONG's que prestam serviços diretos às populações. Embora estas ações tendam a ser coordenadas com as autoridades municipais e provinciais, a coordenação com o MINSA é bastante deficiente.

Embora não seja possível definir o destino das contribuições dos doadores no setor por área geográfica, quase metade (48,3%) da ajuda é destinada a instituições de nível nacional. As províncias com mais apoio dos doadores, em termos absolutos, são Huíla, Luanda e Benguela. No outro extremo, as províncias com menores apoios foram Cabinda, Lunda - Norte e Cunene. Note-se, porém que a ajuda total per capita pode dar resultados bem diferentes, dado que as províncias com mais recursos também estão entre as mais povoadas (ANGOLA, 2007f).

Observou-se que a contribuição dos doadores internacionais trouxe benefícios para os programas apoiados que se apresentam melhor estruturados e com maior capacidade de resposta quer em termos de recursos materiais, como cognitivos, considerando a possibilidade de visitas de estudo ou de intercâmbio no exterior. Os programas não apoiados enfrentam muitas dificuldades o que exige do seu pessoal e dos seus responsáveis maior articulação e a busca permanente por soluções alternativas, inclusive para controlar o clima de tensão constatado entre os programas apoiados e os não-apoiados. A seleção dos programas a apoiar e os critérios para o efeito dependem das agências internacionais e organizações apoiadoras.

Quanto a dependência e operacionalidade, se constatou, como registrado no diário de campo, que os referidos programas são conduzidos verticalmente pela Direção Nacional de Saúde Pública (DNSP) e executados em todos os níveis, central, provincial e municipal, o que faz com que as autoridades locais se sintam, muitas vezes, isentas de toda a responsabilidade quanto a execução, monitoramento e avaliação.

O nível central, muitas vezes, executa atividades que deveriam ser da competência dos municípios, estando este nível e o provincial desprovidos de recursos humanos, materiais, financeiros, para o exercício das suas ações.

O quadro 5 demonstra o estado funcional dos diversos programas, sendo que, aqueles que financeiramente dependem do Orçamento Geral do Estado (OGE) estão inoperantes (ANGOLA, 2005d). Alguns, no entanto, funcionam debilmente.

Quadro 5 - Financiamento e Situação Funcional dos Programas de Saúde Pública

Nº	Programa Nacional	Financiamento	Situação Funcional
1.	Programa Alargado de Vacinação	- OGE -Rotary Internacional -ASDI	Funciona não obstante a inacessibilidade de algumas localidades
2.	Programa Nacional de Nutrição	- OGE - UNICEF	Funciona debilmente. Realiza: inquéritos nutricionais em algumas províncias, administração da vitamina A
3.	Programa de Saúde Reprodutiva	- OGE - U.E.	Funciona com dificuldades. As suas ações são limitadas, exceto a província de Luanda com o apoio da ASDI
4.	Programa de Saúde Bucodentário	- OGE	Inoperante
5.	Programa Nacional de Doenças Respiratórias Agudas	- OGE	Inserido no Programa Assistencial Integrado Infantil
6.	Programa Nacional de Partejas Tradicionais	- OGE	Realiza de formação em algumas províncias
7.	Programa Nacional de Emergência	- OGE - OMS	Funciona apenas no nível central
8.	Programa Nacional de Educação para Saúde	- OGE	Funciona debilmente
9.	Programa Nacional de Promotores de Saúde	- OGE	Não Funciona
10.	Programa Nacional de Medicamentos Essenciais	- OGE - U.E.	Funciona
11.	Programa Nacional de Saúde do Trabalhador	- OGE	Não Funciona
12.	Programa Nacional de Saúde Escolar	- OGE	Não Funciona
13.	Programa Nacional de Controle da TB e Lepra	- OGE - OMS	Funciona. Em curso a elaboração do Plano Operacional
14.	Programa Nacional de Doenças Diarréicas Agudas	- OGE	Inserido no Programa Assistencial Integrado Infantil
15.	Programa Nacional de Controle da Malária	- OGE - OMS - UNICEF - USAID	Funciona
16.	Programa Nacional de Controle da Shistosomose	-	Não Funciona
17.	Programa Nacional de Vigilância Epidemiológica	- OGE - OMS	Funciona, mas de forma ineficiente. Precisa de redefinição e reorientação
18.	Programa Nacional de Cobertura Sanitária	- OGE	Não Funciona
19.	Programa Nacional de Reabilitação Física	- OGE - U.E.	Funciona debilmente. Foi elaborado o documento de política e plano operacional
20.	Programa Nacional de Água e Saneamento	- OGE	Funciona, mas com intervenções pontuais

Fonte: Angola (2005d)

Legenda: U.E.- União Européia; O.G.E. – Orçamento Geral do Estado; OMS – Organização Mundial da Saúde; USAID – Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento; UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância;

A.3. Recursos Materiais

Para esta categoria analítica foram considerados elementos referentes a rede sanitária e tecnologias médicas, concretamente, o número de Unidades de Saúde na série temporal; a distribuição espacial da rede sanitária; as razões centro de saúde/habitante e leito/habitante; modelo de aquisição e distribuição de medicamentos e equipamentos; a percentagem de disponibilidade de medicamentos essenciais; percentagem das despesas em medicamentos; forma de distribuição intra-hospitalar de medicamentos, situação de equipamentos médico-hospitalares e serviços de Radiologia, ultrassonografia e de outros equipamentos de alta e média densidade tecnológica.

1. Rede Sanitária

Na rede pública de saúde do país, existiam em funcionamento, de acordo com dados de 2007, 42 hospitais nacionais/centrais e provinciais/gerais, dos quais 9 nacionais situados em Luanda, 132 hospitais municipais, 316 centros de saúde e 1.472 postos de saúde (ANGOLA, 2006, 2009e) (Tabela 19). No entanto, dados do MINSA de 1999 e 2001, apontam que cerca de 65% das infra-estruturas de saúde foram destruídas ou encontravam-se encerradas durante o período de guerra, muitos equipamentos da saúde foram roubados e outros deterioraram por falta de manutenção, em especial nas zonas periféricas. Muitas das unidades em funcionamento sofrem de sérios problemas em consequência, nomeadamente, da falta de profissionais qualificados, da falta de manutenção e da falta de abastecimento regular de medicamentos.

Tabela 19 – Unidades de Saúde em Funcionamento (2003-2007)

Nº	Unidades de Saúde	2003	2004	2005	2006	2007
1.	Hospital Nacional	9	9	9	9	9
2.	Hospital Provincial	33	33	33	33	33
3.	Hospital Municipal	52	116	116	132	132
4.	Centros de Saúde	162	272	272	313	316
5.	Postos de Saúde	696	1.026	1.026	1.468	1.472
Total		952	1.456	1.456	1.955	1.962

Fonte: Angola (2009e)

Dos dezesseis (16) hospitais de Luanda (incluindo os municipais), nove (9) são de âmbito nacional, geridos diretamente pela Direção Central do Ministério da Saúde e apenas quatro (4) são provinciais, sendo uma maternidade e três (3) hospitais de médio porte, com um número reduzido de leitos e os demais, são municipais (tabela 20).

Cada província tem um (1) hospital provincial e vários hospitais municipais, sendo que três (3) províncias (Luanda, Huambo e Lunda-Norte) têm dois (2) hospitais de nível provincial o que totalizaria para o país 21 hospitais provinciais/gerais. Entretanto, os dados analisados apontam freqüentemente números bastante díspares e contraditórios de hospitais, centros e postos de saúde, constatando-se tabelas do MINSA que indicam a existência de até 103 hospitais provinciais/gerais. Isto ilustra a falta de uma classificação padronizada das unidades sanitárias do país ou alguma confusão dos instrumentos de coleta de dados, levando à dificuldades consideráveis e incongruências na análise de dados, bem ainda dificuldades na avaliação das atividades desenvolvidas e no planejamento das ações setoriais.

Quanto a falta de padronização da nomenclatura das unidades sanitárias, nem os centros e postos de saúde, nem os hospitais municipais correspondem a nenhuma denominação estandardizada e um centro de saúde pode ter bastantes leitos e um hospital municipal pode não ter bloco cirúrgico nem pessoal qualificado. Sublinha-se que nas tabelas analisadas, não se identificou qualquer referência a hospitais regionais ou com este caráter, importantes estruturas para a organização descentralizada, hierarquizada e regionalizada de uma rede de saúde (ANGOLA, 2005d).

Constata-se o predomínio de hospitais e centros nacionais polivalentes e especializados, do nível terciário, na capital do país, o que demonstra a excessiva centralização da assistência de especialidades em Luanda. Verifica-se também a falta de unidades de nível primário e fundamentalmente do nível secundário na mesma província o que inviabiliza a operacionalização de um sistema referência e contra-referência e que nos leva afirmar que as unidades de nível terciário têm servido como porta de entrada para o SNS. A este propósito, ao se analisar as admissões no SNS do ano 2005, de acordo com dados do MINSA, as admissões feitas pelos centros e postos de saúde do país representam 2,61% do seu total, enquanto que as admissões hospitalares representam 97,39% (ANGOLA, 2005c).

Tabela 20 – Unidades Sanitárias de Luanda (2007)

Nível	Estrutura	Tipo	Nome Instituição	Leitos
1	Hospitais e Centros Nacionais	Polivalente	Hospital Américo Boavida	800
			Hospital Josina Machel	1.000
			Hospital do Prenda	198
		Especializados	Hospital Psiquiátrico	68
			Hospital Pediátrico D.Bernardino	120
			Hospital Sanatório	*330
			Maternidade Lucrecia Paim	300
			Centro Medicina Física e Reabilitação.	0
			Centro Oftalmológico Nacional	20

			Centro Nacional de Oncologia	*16
2	Hospitais e Centros Provinciais	Polivalentes e especializados	Maternidade A. N'Gangula	140
			Centro Ortopédico da Viana	0
			Hospital N. Bendinha (ortopédico)	86
			Dispensário TBC e Lepra	0
			Hospital Geral de Luanda	*120
Hospitais Municipais	Polivalentes	Hospital Especializado de K. Kiaxi	*150	
		Hospital dos Cajueiros	120	
		Hospital Divina Providência	104	

Fonte: Angola (2007c); Angola (2000a); MINSA (2008c)

* Dados do Checklist do estudo

A situação de guerra que o país atravessou fez com que o governo investisse muito pouco na construção de infra-estruturas de saúde. Em contrapartida a população continuou a crescer tendo oscilado, de acordo com dados do MINSA (tabela 3), de 13.398.000 habitantes em 2000 para 16.527.000 em 2007 estando, deste modo, atualmente muitas das infra-estruturas sub-dimensionadas face ao grande número de usuários e as suas necessidades de saúde.

Assim, no âmbito da extensão e melhoria dos serviços básicos de saúde, os investimentos do sector na componente de reabilitação e construção de unidades sanitárias e a aquisição de equipamentos médicos e hospitalares, constituíram a componente fundamental do programa de desenvolvimento do sector no âmbito do Programa de Investimentos Públicos (ANGOLA, 2009b). Desde 2003 verifica-se, em muitas províncias do país, a reabilitação e o reequipamento de unidades de saúde, quase sempre localizadas nas capitais das províncias, em sedes municipais ou comunais, permanecendo ainda muitas estruturas de saúde, em estado obsoleto de conservação ou danificadas.

Entre as províncias, verifica-se uma grande variação quanto à média das populações servidas pelos centros de saúde (OMS, 2005b). Por exemplo, para a província de Cabinda, segundo dados de 2002, a razão é de 21.000 pessoas por centro, enquanto que para a província do Bié é de cerca de 212.143 pessoas por centro (ANGOLA, 2002a). No entanto, a média nacional calculada é de 49.852 habitantes por centro de saúde, sendo que seis (6) províncias têm a media acima de 50.000 habitantes por cada centro de saúde. No entanto, Luanda tem a média 69.000 habitantes por cada centro. Este dado, aliado ao *déficit* de hospitais de nível secundário e de unidades da rede primária naquela província demonstra as dificuldades que a população tem para ter acesso aos serviços públicos de saúde, a excessiva centralização do atendimento na rede terciária e justificam a grande expansão da rede privada de saúde, cobrindo assim o vazio deixado pela rede pública.

Apesar disso e no âmbito da reconstrução, a oferta de unidades sanitárias aumentou exponencialmente no período de 2003 a 2007. De um total de 52 hospitais municipais em

funcionamento em 2003, registrou-se 132 hospitais municipais em 2007. Os centros e postos de saúde funcionais aumentaram de 162 e 696 em 2003 para 313 e 1.468 em 2007 respectivamente (Tabela 21).

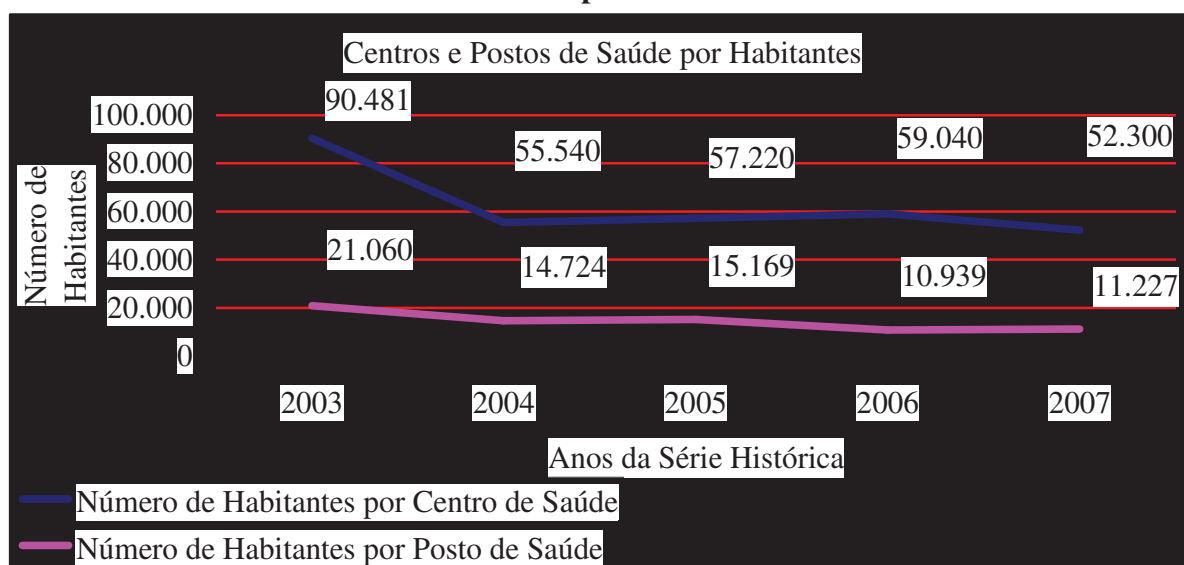
As razões centro e posto de saúde por habitante melhoraram consideravelmente tendo a razão centro de saúde/habitante transitado de um(1) centro para 90.481 habitantes em 2003, para um (1) centro para 52.300 habitantes em 2007, enquanto que a razão posto saúde/habitante passou de um(1) posto para 21.060 habitantes em 2003 para um(1) posto para 11.227 habitantes em 2007 (Gráfico 14).

Quanto à cobertura hospitalar constata-se uma média nacional de 0,9 leitos para 1.000 habitantes em 2001 tendo oscilado para 0,8 leitos em 2005 (tabela nº 21), verificando-se em todas as províncias visitadas um grande *déficit* de leitos consubstanciado na internação de mais de um paciente por leito, particularmente nos serviços pediátricos e gineco-obstétricos.

Da análise dos dados se constata que Luanda e quatro (4) províncias do litoral, com 4.712.260 habitantes dos cerca de 16 milhões de habitantes de Angola, segundo dados de 2005 (da tabela 3), têm cerca da metade do total dos leitos do país, 46,1% (gráfico 15), aliada à fatores como a falta de um sistema referência e contra-referência operacional, a inoperância dos cuidados primários de saúde e a grande disparidade da despesa de saúde per capita por província (gráfico 13) pode evidenciar uma assimetria na distribuição dos leitos hospitalares.

Por conseguinte, existem províncias do interior com mais 1 milhão e 200 mil habitantes, como são os casos de Bié, Huambo, Malange e Uíge, com uma baixa cobertura em termos de unidades de saúde e de leitos hospitalares.

Gráfico 14 - Razão Centro e Posto de Saúde por Habitante

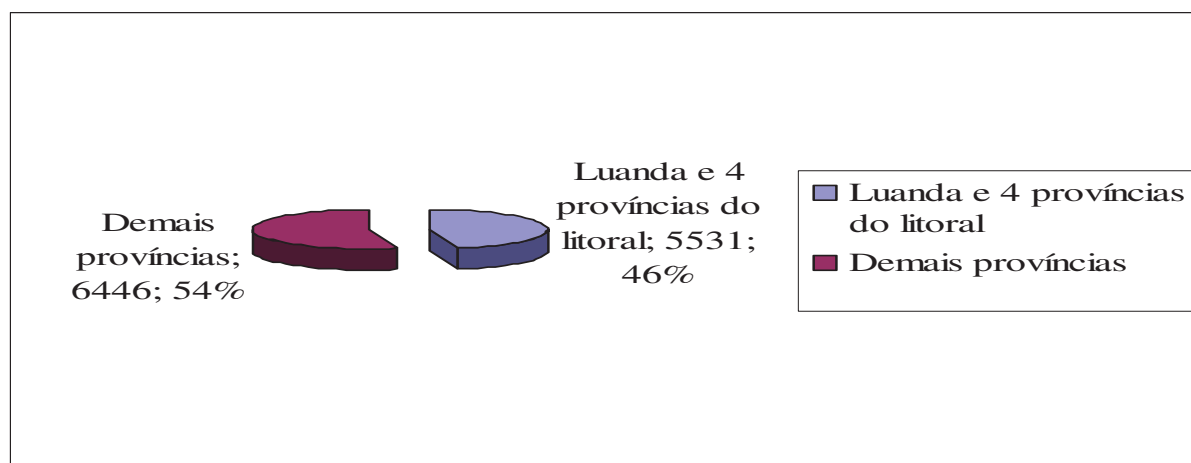


Fonte: Angola (2007g) e Angola (2009c)

Tabela 21 – Leitos Hospitalares (2001-2006)

Anos	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nº de leitos	10105	11996	11293	11675	12271	11977	16.662
Leitos por 1000 habitantes	0,75	0,87	0,79	0,80	0,81	0,77	1,04

Fonte: Angola (2000a, 2001, 2002a, 2003b, 2004, 2005c, 2006).

Gráfico 15 - Distribuição de Leitos Hospitalares entre Luanda, Províncias do Litoral e demais Províncias (2005)

Fonte de dados: Angola (2005c)

Observa-se que no geral, segundo ainda os dados de 2005 (ANGOLA, 2005c), as sedes das províncias têm 63,7% do total de leitos do país quando comparadas com as localidades do interior, com apenas 36,3% (tabela 22). É nas sedes das províncias, que se localizam as principais infra-estruturas de saúde, hospitais de nível secundário, para onde são transferidos, de forma direta, os pacientes provenientes de todos os municípios, mesmo no caso daquelas províncias com dimensões territoriais enormes, como são os casos das províncias de Moxico, Lunda-Norte e Kuando Kubango, grande dispersão espacial e elevado número de municípios (tabela 1) e baixa densidade demográfica (tabela 22), demonstrado uma centralização dos cuidados secundários nas capitais das províncias.

Tabela 22 – Comparativo de Leitos entre Sedes de Províncias e Restantes Áreas e Densidade Demográfica Provincial (2005)

PROVÍNCIAS	Total de Leitos		Total Geral	Leitos por 1000 habitantes	Densidade Hab./Km ²
	Sede Provincial	Restantes Áreas			
Bengo	73	0	73	0,29	7,91
Benguela	576	1.272	1.848	1,97	29,54
Bié	558	0	558	0,33	23,81
Cabinda	213	140	353	1,36	35,76
Huambo	1.432	527	1.959	0,87	66,00

Huíla	360	0	360	0,29	16,64
Kuando Kubango	184	0	184	1,01	0,91
Kwanza Norte	116	83	199	0,35	23,77
Kwanza Sul	252	679	931	1,00	16,67
Cunene	90	364	454	1,36	3,73
Luanda	1.940	0	1.940	0,73	1093,47
Lunda Norte	412	445	857	2,05	4,07
Lunda Sul	99	0	99	0,46	4,73
Malange	204	90	294	0,22	13,67
Moxico	221	0	221	0,47	2,11
Namibe	330	129	459	2,28	3,46
Uíge	419	506	925	0,72	21,94
Zaire	160	103	263	0,77	8,55
TOTAL	7.639	4.338	11.977	0,77	12,48
Porcentagem	63,7%	36,3%	100%		

Fonte: Angola (2005c).

No que concerne ao sistema de referência, realça-se a reabilitação e o reequipamento dos hospitais nacionais/centrais ou hospitais de referência, no âmbito do Programa de Melhoria da Capacidade de Resposta dos Hospitais Centrais (PMCRHC).

O referido programa foi instituído pela Resolução nº 87/05 de 28 de Dezembro do Conselho de Ministros com a finalidade geral de melhorar a resolutividade dos serviços hospitalares para reduzir as transferências de doentes para o exterior (ANGOLA, 2008f). O mesmo entrou efetivamente em execução em 2006 e a sessão de 4 junho de 2007 do despacho coletivo do Conselho de Ministros reviu e aprovou os seus cinco grandes objetivos.

Para além dos dois já mencionados passaram a ser considerados como objetivos, o alcance das Metas e Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (MDG), Organização e Redimensionamento dos Serviços Prestados e a Criação do Serviço de Emergência Médica Nacional (SEMN). Para promover o desenvolvimento harmonioso do SNS e a sustentabilidade das ações implementadas no nível central, o MINSa enquadró no processo a construção de 20 unidades sanitárias periféricas e a reabilitação e reequipamento dos hospitais gerais de referência de Malange, Huambo, Benguela e Huíla.

O Programa de Melhoria da Capacidade de Resposta dos Hospitais Centrais (PMCRHC) permitiu ampliar, diferenciar e qualificar até Setembro de 2008, parte da rede sanitária, nomeadamente o nível central, que passou a oferecer tratamento que anteriormente só eram possíveis no exterior (ANGOLA, 2008f).

Segundo o documento, antes do início do PMCRHC havia 2037 doentes aguardando transferência para o exterior na Junta Nacional de Saúde (organismo do MINSa responsável transferência e acompanhamento de doentes no exterior do país com o apoio financeiro deste). Com o programa o número reduziu para 400 doentes. Das oito especialidades causadoras da

grande maioria das transferências, cinco (5) delas (Nefrologia, Ortopedia, Neurologia, Cirurgia Maxilo-Facial e Otorrinolaringologia) praticamente deixaram de transferir, considerando que passou a ser possível a assistência localmente.

Embora previsto na definição, muitas unidades municipais de saúde (hospitais, centros e postos) de todo o país, estão desprovidos de laboratórios de análises clínicas, como se pode depreender da análise da tabela 23. Em outros casos, estes espaços existem, mas sem as devidas condições de trabalho, tanto infra-estruturais como materiais. Segundo Silva F.G. (2009) estão previstos no sistema de saúde do país, cinco (5) tipos de laboratórios, escalonados por ordem hierárquica da seguinte maneira:

- Laboratório nacional de referência (nível 5) - especializado, dedicado fundamentalmente à prevenção, investigação e estudos epidemiológicos através de técnicas de epidemiologia molecular, genética e biossegurança.
- Laboratório de hospitais nacionais/centrais (nível 4) - serve os hospitais centrais com especializações diferentes. Para além de coletas diferenciadas, dedica-se à microbiologia, bioquímica, hemtaologia, imunologia e análise de água.
- Laboratório de hospital provincial (nível 3) – são laboratórios polivalentes, instalados em hospitais com alguma diversidade de especialidades. Dedicam-se à hematologia, bioquímica, imunologia básica, microbiologia e análise de água.
- Laboratório de hospital municipal (nível 2) – atendem às necessidades típicas de 2º nível e servem de referência para os centros de saúde com exames diretos, testes rápidos, hematologia básica, bioquímica básica, análises de ambiente básicas (testes rápidos). Cuida também do envio das coletas ao laboratório designado.
- Laboratório de centros de saúde (nível 1) – São básicos devendo realizar análises relativas às necessidades do primeiro nível. Fundamentalmente procede às coletas e envio de material para o laboratório designado.

Apesar desta hierarquização teórica não existe um sistema operacional funcional de referência e contra-referência dos serviços laboratoriais. Dos documentos analisados e das observações feitas registradas no diário de campo não se identificaram quaisquer serviços laboratoriais com dimensão ou com carácter regional.

Os dados da tabela 23 referem-se fundamentalmente a laboratórios de nível 1, 2 e 3, localizadas, portanto, dentro de unidades sanitárias de 9 províncias visitadas. No período 2000-2007 registrou-se o aumento progressivo dos referidos laboratórios não tendo este crescimento acompanhado na mesma dimensão o aumento de unidades sanitárias, isto quando comparado o número de laboratórios com o de unidades sanitárias das respectivas províncias.

Tabela 23 - Laboratórios em Unidades Sanitárias das Províncias Visitadas (2000-2007)

PROVINCIA	Número de Laboratórios							
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cabinda	8	13	14	15	14	17	16	16
Zaire	3	3	4	5	7	9	13	14
Malange	2	2	2	2	3	3	3	4
L. Norte	4	4	4	4	4	4	4	5
Benguela	S/D	S/D	12	12	12	15	19	20
Bié	3	3	3	3	7	14	14	14
Namibe	7	8	8	9	10	10	13	13
Cunene	2	2	2	4	4	6	6	6

Fonte: Checklist estudo

Legenda: S/D - Sem Dados

Por conseguinte, de acordo com a OMS (2005b), a rede privada tem crescido muito rapidamente verificando-se a concentração das que oferecem melhor qualidade de assistência nos grandes centros urbanos, particularmente em Luanda, sem, no entanto, qualquer regulação do estado. Entretanto, a qualidade dos serviços, em muitas destas unidades é questionável, não exercendo o estado praticamente ações de realce de avaliação e controle das referidas unidades. Ademais, os preços aí praticados não são acessíveis para a grande maioria da população (OMS, 2005b). A acreditação da referida rede não existe (por exemplo, de fato só 18,5% das unidades sanitárias de Luanda estão registradas no MINSAs). Os mecanismos de inspeção e controle da qualidade e de regulação dos preços não estão estabelecidos. A obrigatoriedade das ações preventivas e o fornecimento mínimo de dados não estão estabelecidos (ANGOLA, 2005d).

2. Tecnologias em Saúde

As tecnologias de saúde são uma componente estruturante, e como tal indispensável, aos sistemas de saúde. As bases tecnológicas da prestação de cuidados aumentaram drasticamente ao longo do último século, particularmente no que diz respeito à equipamentos, dispositivos médicos e medicamentos, tendo a sua disseminação colocado, ao mesmo tempo que gerava inequívocos ganhos em saúde, a questão da sustentabilidade financeira dos sistemas (MARQUES, 2008). Aí reside a importância crescente da avaliação das tecnologias em saúde entendidas, como todo o tipo de medicamento, material e equipamento, assim como todo o sistema de apoio no campo de cuidados em saúde (Brasil, 2006). O enfoque deste estudo centrou-se no sistema de aquisição de aquisição e distribuição medicamentos e equipamentos médico-hospitalares, bem como na análise da sua disponibilidade.

a) Aquisição, Distribuição e Disponibilidade de Medicamentos

A organização da subárea de medicamentos está definida na Lei de Bases de base da saúde (ANGOLA, 1982). Cabe ao MINSAs o papel de organização, regulamentação e controle das atividades farmacêuticas.

A distribuição de medicamentos no país foi centralizada desde a independência (em 1975) até início dos anos 90 quando todos os medicamentos para o SNS eram adquiridos com recurso ao orçamento geral do estado pelo MINSA e distribuídos para todo o país (MOURA, 2008). Em uma primeira fase os usuários tinham acesso aos medicamentos através das farmácias internas dos hospitais, gratuitamente, e através das farmácias externas (nacionalizadas pelo o estado) onde os medicamentos eram vendidos a preços muito bonificados. Em 1981 é criada a Direção Nacional Medicamentos e Equipamentos (DNME), com as funções de definir as necessidades nacionais de medicamentos e de abastecer todo o Serviço Nacional de Saúde e as farmácias externas foram posteriormente privatizadas.

Com a criação desta direção nacional, os medicamentos para o SNS continuaram ser adquiridos com recurso ao orçamento geral do estado pelo MINSA com responsabilidade técnica da DNME, como até ao momento, mas passaram a ser distribuídos por esta direção para todos os hospitais centrais (nacionais) e depósitos provinciais adstritos aos Departamentos de Medicamentos e Equipamentos das extintas Delegações Provinciais da Saúde e destes para os hospitais provinciais/gerais e depósitos municipais de medicamentos como demonstrado na figura 11.

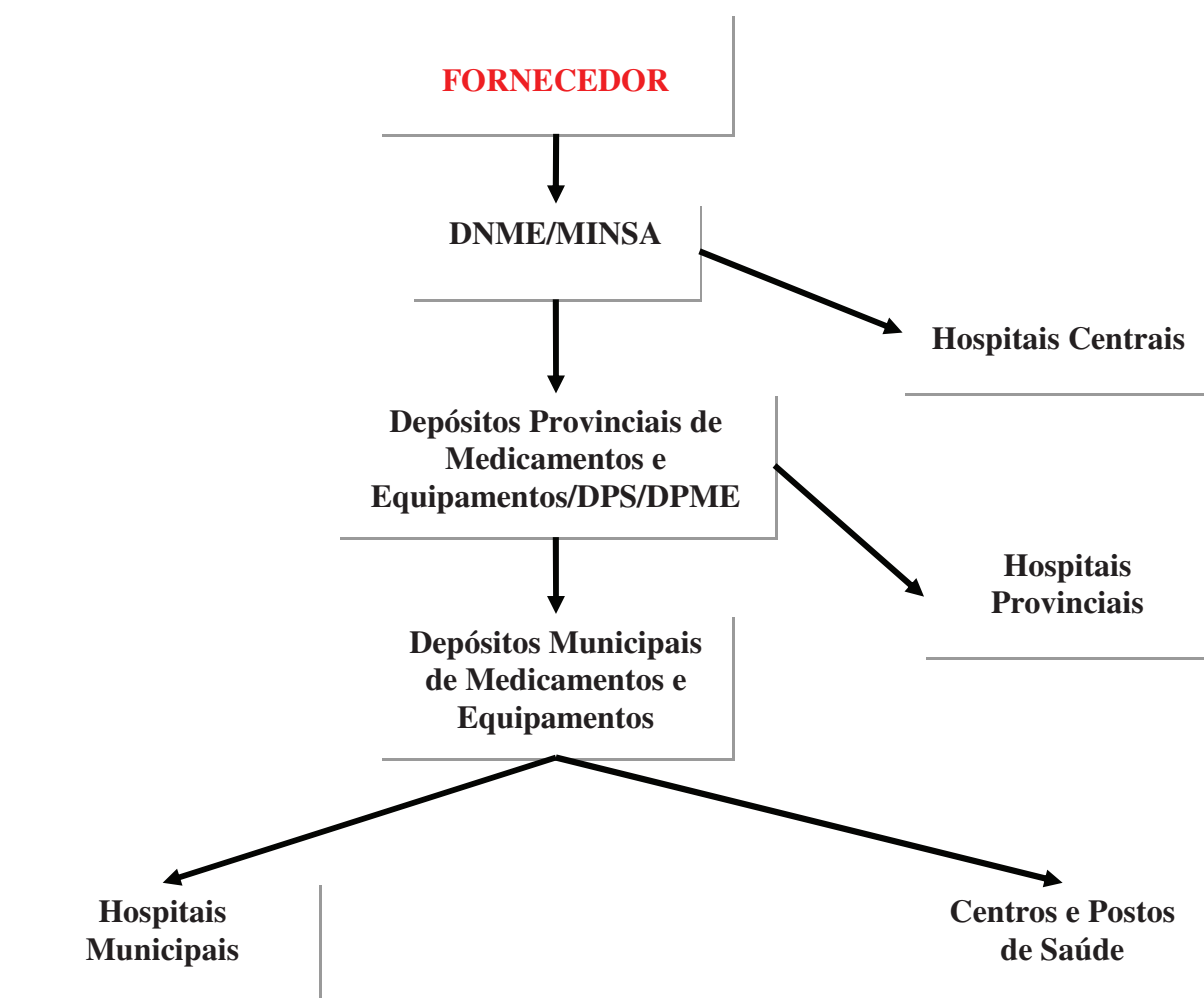
A descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos iniciou nos anos 90 com a transição gradual das responsabilidades com aquisição e distribuição para os governos das províncias. Com a transformação das Direções Provinciais da Saúde, hospitais nacionais/centrais, provinciais/gerais e municipais em Unidades Orçamentais e/ou em Órgãos Dependentes, a aquisição de medicamentos, insumos e equipamentos de baixa densidade tecnológica passou a ser feita por estes organismos e unidades de saúde, surgindo deste modo uma grande diversidade de pólos ou pontos de aquisição e de fornecedores, como demonstra a figura 12.

Entretanto a partir de 2006, parte importante deste processo voltou a ser centralizada na tentativa de se eliminar algumas distorções e desequilíbrios entre províncias e entre municípios (MOURA, 2008) considerando que a percentagem do orçamento das províncias destinada à aquisição de medicamentos é bastante heterogênea (tabela 24). Procurou-se também com a medida atenuar ou resolver o problema da falta de medicamentos essenciais ao nível dos cuidados primários de saúde cuja responsabilidade pela aquisição e distribuição passou assim a ser novamente do nível central.

Assim, o governo assume-se como o principal importador de medicamentos para o Serviço Nacional de Saúde (ANGOLA, 2008g). Para o efeito foi criada a Unidade Logística da DNME. Os produtos farmacêuticos comprados centralmente são recepcionados no país de forma regionalizada através de três portos (Luanda, Lobito e Namibe).

Deste modo, com as reformas registradas, a responsabilidade pela aquisição e distribuição de medicamentos, ainda aquém das reais necessidades, já não é só do nível central do MINSA através da DNME, mas também dos governos provinciais e das unidades locais e centrais orçamentadas ou órgãos dependentes do Ministério da Saúde (direções provinciais da saúde e um número significativo de hospitais de nível secundário e terciário, ou seja, nacionais, provinciais e municipais). O fornecimento de medicamentos e outros produtos farmacêuticos aos pacientes internados é gratuito em todas as unidades do Serviço Nacional de Saúde.

Figura 11 - Modelo Inicial de Aquisição e Distribuição de Medicamentos e Equipamentos

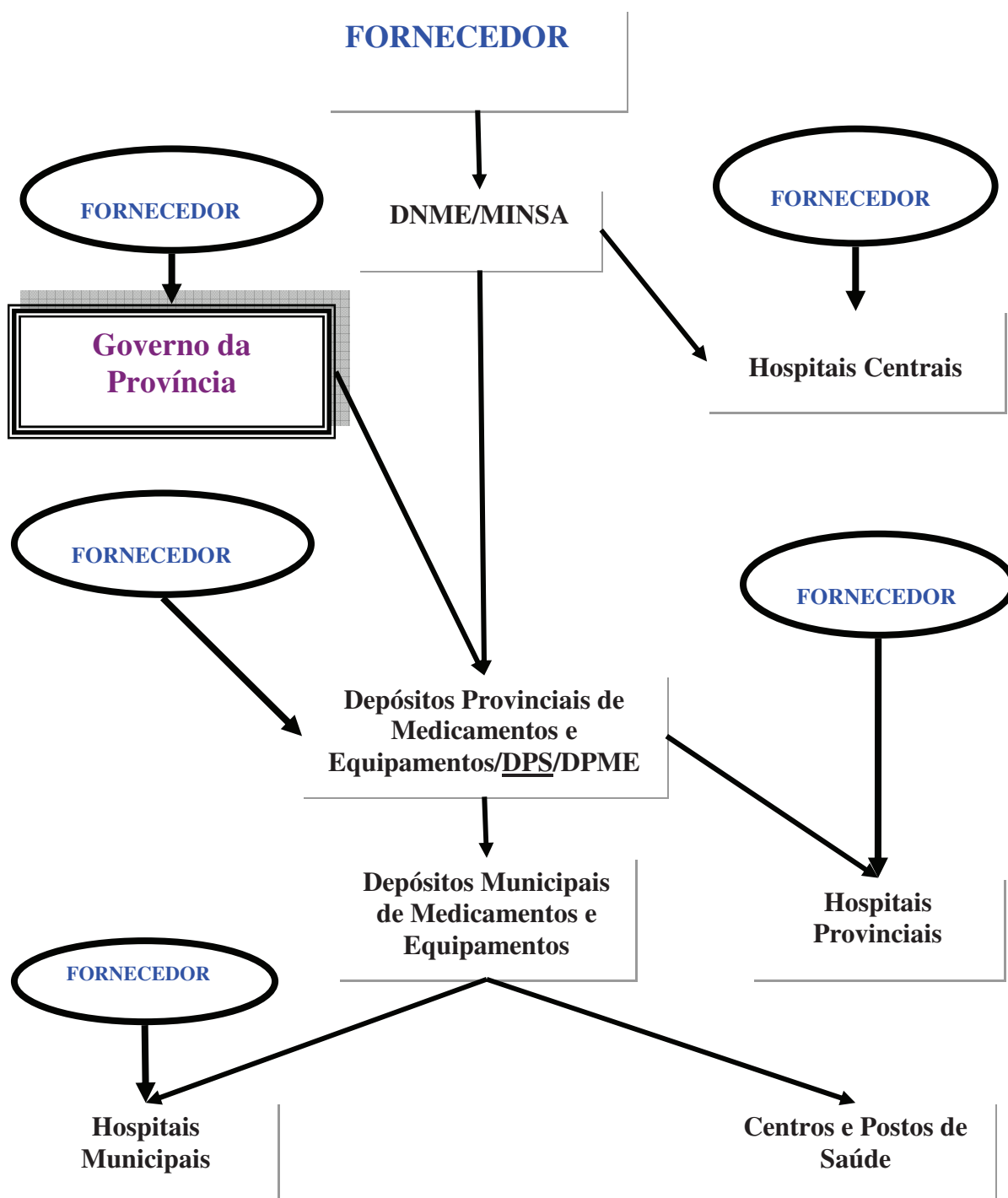


Legenda: DNME – Direção Nacional de Medicamentos e Equipamentos; DPME – Departamento Provincial de Medicamentos e Equipamentos; DPS – Direção Provincial da Saúde.

O quadro de existência de muitos fornecedores e de múltiplos agentes responsáveis pela compra de medicamentos e de inexistência de normas técnicas destinadas a assegurar a racionalidade e a transparência dos procedimentos de aquisição de fármacos, faz com que os mesmos sejam importados, como constatado, por instituições não vocacionadas para o efeito,

obtendo-os de qualquer fonte, a preços e com prazos de expiração não controlados, e sem mecanismo algum que salvaguarde a sua boa qualidade (ANGOLA, 2007i). Segundo o documento, as práticas referidas redundam numa ineficiente utilização dos recursos financeiros, num volume muito menor de meios adquiridos e, por consequência, numa mais reduzida disponibilidade de medicamentos e de qualidade questionável.

Figura 12 - Modelo II de Aquisição e Distribuição de Medicamentos e Equipamentos



Legenda: DNME – Direção Nacional de Medicamentos e Equipamentos; DPME – Departamento Provincial de Medicamentos e Equipamentos; DPS – Direção Provincial da Saúde

Outro fenômeno observado resultante da existência de múltiplas instituições responsáveis pela compra de medicamentos combinado com a ausência de normas técnicas é a existência nos depósitos hospitalares, municipais e provinciais e a sua conseqüente utilização, de medicamentos já não recomendados pelos protocolos de tratamento de doenças elaborados pelos programas de controle das referidas endemias, como por exemplo, a utilização do quinino em gotas, entre outros fármacos.

Não existe ainda uma Política Nacional Farmacêutica (PNF). O texto da PNF concluído em 1998 e adotado pelo Conselho de Direção do MINSa em 2001, ainda não foi oficialmente aprovado (ANGOLA, 2008g). Assim, não existe nenhum documento normativo sobre os medicamentos, em geral e de especialidade, em particular.

A utilização de medicamentos essenciais no SNS é orientada pela Lista Nacional de Medicamentos Essenciais (LNME) que define os níveis em função da rede sanitária (tipo de unidade sanitária) e do pessoal prescritor nela colocada e pelo Manual de Procedimentos de Gestão e Controlo Destinado às Unidades Sanitárias.

A OMS define medicamentos essenciais como aqueles que satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade. Este conceito responde as necessidades do setor farmacêutico e sanitário, para melhorar o acesso, equidade e qualidade, assim como a eficiência dos sistemas de saúde, por meio da redução de gastos desnecessários. Ele não deve ser estático e procura considerar os novos conhecimentos sobre os medicamentos e os tratamentos (BRASIL, 2007).

O Programa Nacional de Medicamentos Essenciais (PNME) foi criado com o objetivo de garantir a disponibilidade e a acessibilidade dos medicamentos essenciais nas unidades sanitárias de nível primário e o seu uso racional. Os referidos medicamentos são embalados e fornecidos em caixas fechadas denominadas de kits (ANGOLA, 2005h).

Segundo o manual, um kit define-se como uma embalagem cujo conteúdo em medicamentos essenciais é previsto para tratar um número determinado de doentes em função de padrões epidemiológicos pré-definidos. São utilizados três (3) tipos de kits (Quadro 6):

Quadro 6 – Tipos de Kits de Medicamentos Essenciais Utilizados no SNS			
Unidade Sanitária	Designação do Kit	Nº de consultas abrangidas	Nível de qualificação do pessoal clínico
Posto de Saúde	Kit – OS	1000	Técnico de Medicina
Centro de Saúde	Kit – CS	1000	
Hospitais Municipais*	Kit-Complementar**	500	Médico

Fonte: Angola (2005h)

* Cuidados Primários de Saúde

** Complementa o Kit - CS para as consultas realizadas por médicos.

A distribuição dos Kits é realizada pelos Depósitos Provinciais, sendo o número de Kits fornecidos a cada unidade sanitária determinado após elaboração de um plano de distribuição, em função da qualificação do pessoal clínico presente, e do número médio mensal de consultas externas realizadas. Por conseguinte, a distribuição do “kit complementar” depende do número de consultas externas realizadas por médico (ANGOLA, 2005h).

A composição atual dos kits de Medicamentos Essenciais utilizados para Centros e Postos de Saúde, bastante contestada pelos profissionais dos CPS, por não atender as necessidades da demanda das unidades sanitárias, está no anexo 8.

Assim, estão ainda em fase de projeto a versão atualizada e reajustada da Lista Nacional de Medicamentos Essenciais (LNME) e o Formulário Nacional de Medicamentos (ANGOLA, 2008g).

A distribuição dos medicamentos e outros meios médicos pelo país tem sido dificultada, em algumas províncias e seus municípios, pelas más condições das vias rodoviárias e pela carência em transportes (Id.).

Segundo o documento, a pouca disponibilidade de medicamentos no SNS, conjugado com os preços excessivos praticados na rede de farmácias privadas, contribuem para que os doentes internados e seus familiares optem pelo recurso ao mercado informal.

De acordo ainda com o referido plano Estratégico, dados de 2005 apontam que, as despesas per capita em medicamentos foram de 1,2 dólares americanos contra os 10 a 15 dólares/per capita que a OMS recomenda.

Um estudo também de 2005 que analisou os custos unitários das Unidades Sanitárias do SNS aponta que os gestores das unidades com orçamento (UO e OD) dão maior prioridade à aquisição de medicamentos e à alimentação para os doentes internados em detrimento de outros bens e serviços, representado estes dois itens mais de dois terços do total do orçamento para bens e serviços. Os gastos com medicamentos e material médico cirúrgico representam 44,37% nas Unidades Orçamentais e 40,42% nos órgãos dependentes (ANGOLA, 2007f).

O padrão do destino das despesas com os medicamentos pelas DPS não é homogêneo, como demonstra um estudo do GEPE do MINSA de 2007 (ANGOLA, 2007f). O estudo em causa refere-se à nove províncias de todas as regiões de Angola, tendo sido constatada uma variação de 0% em Luanda a 44% na província do Kwanza Norte (tabela 24). As Direções Provinciais da Saúde das províncias da Huíla, Kwanza Norte e Namibe, são as que destinaram maior percentagem do seu orçamento a aquisição de medicamentos. Isto pode dever-se ao fato de serem províncias pouco descentralizadas e deste modo têm maior demanda no apoio as unidades do nível periférico.

Tabela 24 - Porcentagem das Despesas em Medicamentos realizadas pelas DPS (2005)

Nº	Província	Porcentagem
1.	Namibe	31%
2.	Malange	30%
3.	Uíge	11%
4.	Kwanza Norte	44%
5.	Luanda	0%
6.	Huambo	9%
7.	Huíla	23%
8.	Benguela	19%
9.	Bié	9%
Média		20%
Desvio Padrão		11%

Fonte: Angola (2007b).

Analisando as despesas com setor da saúde por programas no período 2000-2005, o referido do GEPE do MINSA sobre a despesa pública no setor da saúde no período 2000-2007(ANGOLA, 2007f) demonstrou que de 2001 a 2005 as despesas com medicamentos aumentaram progressivamente a partir 2002, como ilustra a tabela 25.

Tabela 25 - Despesas anuais nacionais com Medicamentos em milhares de dólares (2001-2005)

2001	2002	2003	2004	2005
12.556	4.091	8.972	15.275	18.163

Fonte: Extraído de Angola (2007f)

Com o apoio da OMS, foi feita uma avaliação do setor farmacêutico em Agosto de 2007, para analisar o acesso das populações aos medicamentos essenciais, bem como a qualidade e a utilização dos medicamentos (tabela 26). Do estudo se concluiu que nas Unidades Sanitárias Públicas a Duração Média de Rupturas de Estoque (DMRE) é de oito (8) dias por ano, a Disponibilidade de uma lista Básica Pré-definida de Medicamentos Essenciais é de 51,8%, em média, enquanto que nos depósitos provinciais, a DMRE é de 39,3 dias por ano (ANGOLA, 2007i; ANGOLA, 2008g).

Tabela 26 – Disponibilidade de Medicamentos Essenciais nas US e Depósitos Provinciais (2006-2007)

Unidades Sanitárias Públicas		
Variáveis	Média	Mediana
Disponibilidade de uma lista Básica Pré-definida de Medic. Essenciais	51,8%	56,5%
Porcentagem de Medicamentos Prescritos realmente administrados aos pacientes	42,1%	41,5
Duração Média de Rupturas de Estoque (dias por ano)	8,0	0,0
Depósitos Provinciais		

Disponibilidade de Uma lista Básica Pré-selecionada de Medicamentos Essenciais	49,7%	56,5%
Duração Média de Rupturas de Estoque (dias por ano)	39,3	0,0

Fonte: Angola (2008g)

b. Equipamentos Médico-Hospitalares

Os equipamentos médico-hospitalares são adquiridos no período de construção ou reabilitação das unidades sanitárias. O mecanismo de reposição dos referidos equipamentos assemelha-se ao da distribuição de medicamentos sendo que, com a desconcentração e descentralização um papel cada vez mais ativo no processo jogam os governos provinciais.

Observou-se que a maioria dos hospitais municipais, centros e postos de saúde, unidades da rede primária, debate-se com insuficiência de equipamentos básicos para o seu funcionamento, como esterilizadores, balanças e mini-arcas (mini-freezer), alguns dos quais estão danificados ou carecem de manutenção por falta de recursos financeiros ou de técnicos com a respectiva formação ou porque os equipamentos em causa não dispõem de especificações técnicas ou as existentes estão em línguas estrangeiras, como se constata também da entrevista do Diretor do Hospital Geral de Luanda a agência Angolana de Noticias (ANGOP, 2009a) aos 14 de Abril de 2009 referindo-se ao laboratório do seu hospital:

“O laboratório de análises clínicas funciona, mas com algumas debilidades por falta de manutenção do seu equipamento. Os aparelhos são provenientes da China e não está fácil conseguir-se técnicos que entendam a língua”.

Constatou-se a falta de padronização na aquisição de tecnologias encontrando-se nas unidades sanitárias uma grande diversidade de equipamentos médico-hospitalares de diferentes marcas, modelos e origens o que dificulta não só a manutenção, como também o intercambio de insumos.

Os equipamentos de média e, sobretudo de alta densidade tecnológica encontram-se concentrados na província de Luanda levando á transferências de doentes do interior para a capital, com todas as conseqüências na falta de um sistema de referência e contra-referência destacando-se a permanência de familiares sem acomodação em torno dos hospitais. O mesmo também se verifica nas sedes das províncias e municípios.

Enquadram-se nestes equipamentos, Tomógrafos, Ressonâncias Magnéticas, Vídeolaparoscópios, Ecógrafos com Doppler, equipamentos para hemodiálise, biopsia, entre outros.

A grande maioria das províncias tem apenas equipamentos de média densidade referentes a laboratórios de análises clínicas, serviços de radiologia e de ultra-sonografia em número bastante reduzido como se pode concluir da tabela 27 referente ao levantamento feito nas províncias visitadas, para o período em análise.

Todas as unidades sanitárias visitadas inclusive de nível provincial e nacional carecem de meios de transporte e de comunicação. As ambulâncias existentes são insuficientes e a grande maioria danificada, sem peças de reposição no mercado, segundo a observação direta.

As ambulâncias servem não só para transporte de doentes, mas também para apoio aos serviços administrativos e aos programas de saúde pública, em alguns casos. No entanto, o Regulamento Geral das Unidades Sanitárias do SNS (ANGOLA, 2003d) estabelece que o transporte sanitário é um dos serviços a prestar pelo centro de saúde da área de saúde, devendo existir em cada centro desse nível um veículo sanitário com as características elementares para o transporte de doentes. Por dentro deve existir um veículo sanitário e mais outro para cada 25.000 habitantes e deve fazer o transporte: a) referência de doentes de urgência; b) referência de doentes para hospitalização entre níveis.

Tabela 27 - Serviços de Rx, USG e Equipamentos de A.M.D.T nas Províncias Visitadas (2000-2007)

PROVINCIA	Serviços ou Equipamentos	Série Histórica							
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cabinda	Radiologia	4	4	5	5	5	4	5	5
	Ultrassonografia	1	1	1	1	1	1	1	1
	Outros de A.M.D.T	0	0	0	0	0	0	0	0
Zaire	Radiologia	3	3	3	4	4	4	4	4
	Ultrassonografia	0	0	0	0	1	1	2	3
	Outros de A.M.D.T	0	0	0	0	0	0	0	0
Malange	Radiologia	0	0	1	1	1	1	1	1
	Ultrassonografia	0	0	0	0	0	0	1	1
	Outros de A.M.D.T	0	0	0	0	0	0	0	0
L. Norte	Radiologia	2	2	2	2	2	2	3	4
	Ultrassonografia	0	0	0	0	0	0	0	1
	Outros de A.M.D.T	0	0	0	0	0	0	0	0
Benguela	Radiologia	S/D	S/D	3	3	4	4	3	4
	Ultrassonografia	0	0	0	0	0	1	1	1
	Outros de A.M.D.T	0	0	0	0	0	0	0	0
Bié	Radiologia	3	3	3	3	3	3	5	5
	Ultrassonografia	0	0	0	0	0	0	0	0
	Outros de A.M.D.T	0	0	0	0	0	0	0	0
Namibe	Radiologia	2	2	2	2	2	2	2	2
	Ultrassonografia	0	1	1	1	1	1	1	1
	Outros de A.M.D.T	0	0	0	0	0	0	0	0
Cunene	Radiologia	2	2	2	2	2	2	2	1
	Ultrassonografia	0	0	1	1	1	1	1	2
	Outros de A.M.D.T	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Checklist do Estudo

Legenda: S/D – Sem dados; A.M.D.T – Alta e Média Densidade Tecnológica; RX – Radiologia e USG – Ultrassonografia (Ecografia)

B. Do Processo

Considerando que as estatísticas das unidades de saúde são muitas vezes incompletas e por vezes confusas, quantitativamente apenas foi analisada a cobertura vacinal, pois o Programa Alargado de Vacinação (PAV) abrange todo o território nacional e possui instrumentos de coleta de dados padronizados.

Cobertura Vacinal

O Programa Alargado de Vacinação recomenda que todas as crianças até aos 12 meses de idade tenham a vacinação completa contra a DTP, Tuberculose, Sarampo, Febre Amarela e Poliomielite antes de atingirem um ano de idade (quadro 7) (ANGOLA, 2003a).

Quadro 7 - Calendário Nacional de Vacinação de Angola	
Idade de administração da vacina	Tipo de Vacina
0 Mês	BCG e dose inicial de pólio (Pólio 0)
2 meses	1ª dose de DTP (DTP 1) e 1ª dose de pólio (Pólio 1)
4 meses	2ª dose de DTP (DTP 2) e 2ª dose de pólio (Pólio 2)
6 meses	3ª dose de DTP (DTP 3) e 3ª dose de pólio (Pólio 3)
9 meses	Sarampo e Febre Amarela

Fonte: Angola (2003a)

No grupo etário em referência (de até 12 meses) a cobertura vacinal melhorou consideravelmente de 2000 à 2007 quer com as ações de rotina quer com as jornadas organizadas em resposta a situações específicas como as de poliomielite.

A cobertura, em 2007, durante as jornadas de vacinação contra a Poliomielite cujo início foi 1996 atingiu os 95% e a qualidade das mesmas melhorou da 1ª para a 3ª fase o que resultou melhoria dos indicadores de vigilância epidemiológica das Paralisias Flácidas Agudas (PFAs) e da taxa de detecção de PFAs não pólio e de amostras oportunas (ANGOLA, 2009e).

A cobertura de vacinação de rotina no grupo etário em análise aumentou consideravelmente tendo, com a exceção da Febre Amarela, todos os demais antígenos, em todas as províncias, atingido acima de 80% em 2007, quando em 2000 a cobertura, praticamente não atingiu os 50%, como mostra a tabela 28 e o gráfico 16.

Apesar disso, as doenças imunopreveníveis continuam a apresentar cifras elevadas no quadro epidemiológico do país. A mortalidade por sarampo é ainda elevada, sendo de 7000 a 15000 óbitos por ano (OMS, 2006). A poliomielite ressurgiu em 2005 com a notificação de

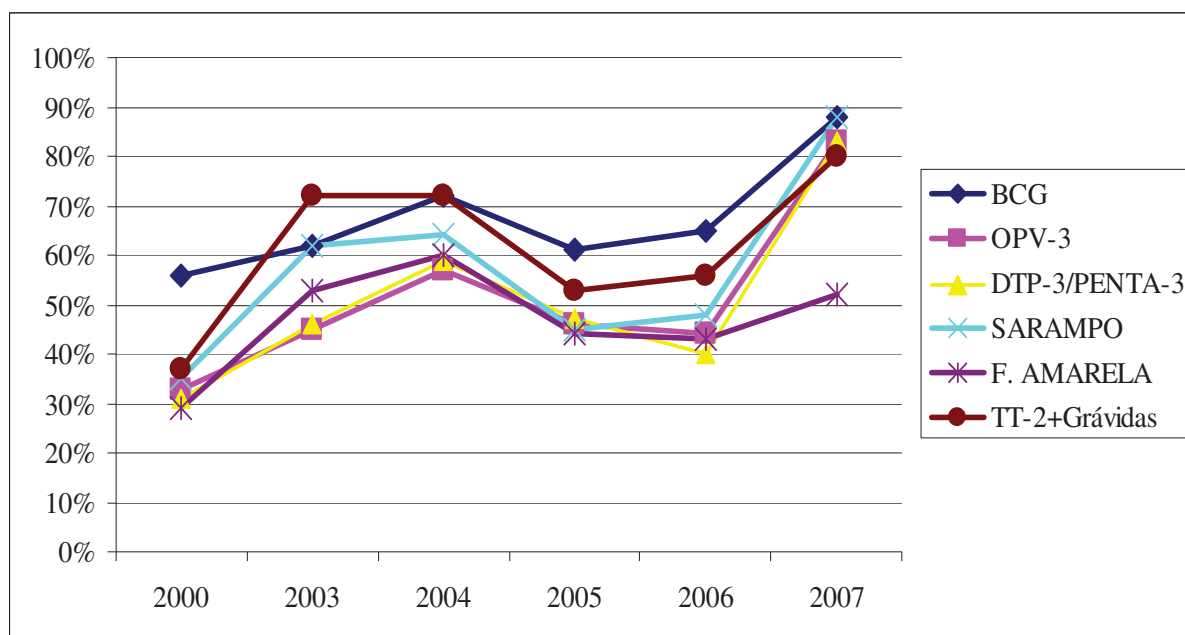
um caso de uma estirpe de vírus da pólio selvagem diferente da que circulava no país e o tétano neonatal foi a 3ª causa de morte entre as doenças potencialmente endêmicas (ANGOLA, 2008d).

Tabela 28 - Cobertura Vacinal de Rotina em menores de 1 ano (2000-2007)

Vacina	2000	2003	2004	2005	2006	2007
BCG	56%	62%	72%	61%	65%	88%
OPV-3 (VOP)	33%	45%	57%	46%	44%	83%
DTP-3/PENTA-3	31%	46%	59%	47%	40%	83%
SARAMPO	35%	62%	64%	45%	48%	88%
F. AMARELA	29%	53%	60%	44%	43%	52%
TT-2+Grávidas	37%	72%	72%	53%	56%	80%

Fonte: Angola (2000a); Angola (2008d); Angola (2009f).

Gráfico 16 - Cobertura Vacinal de Rotina em menores de 1 ano (2000-2007)



Fonte: Angola (2000a) e Angola (2009f)

C. Dos Resultados

Para esta categoria teórica da tríade de Donabedian foram considerados para análise, como refletido nos quadros 2 e 3, considerando a justificação apresentada no capítulo da estratégia metodológica dois indicadores, o coeficiente de letalidade por malária e o coeficiente de letalidade por tuberculose.

Importa inicialmente destacar que, as características geomorfológicas e os fatores socioeconômicos de Angola predispõem a existência de fatores epidemiológicos favoráveis à disseminação das doenças transmissíveis (ANGOLA, 2000e). De acordo com os dados estatísticos analisados, destacam-se como principais endemias do país, a malária, as Doenças Respiratórias Agudas (DRA), as Doenças Diarréicas Agudas (DDA), Tuberculose Pulmonar (TB), a tuberculose, e as Infecções Sexualmente Transmissíveis que representam cerca de 92% do total de doenças notificadas (ANGOLA, 2009f).

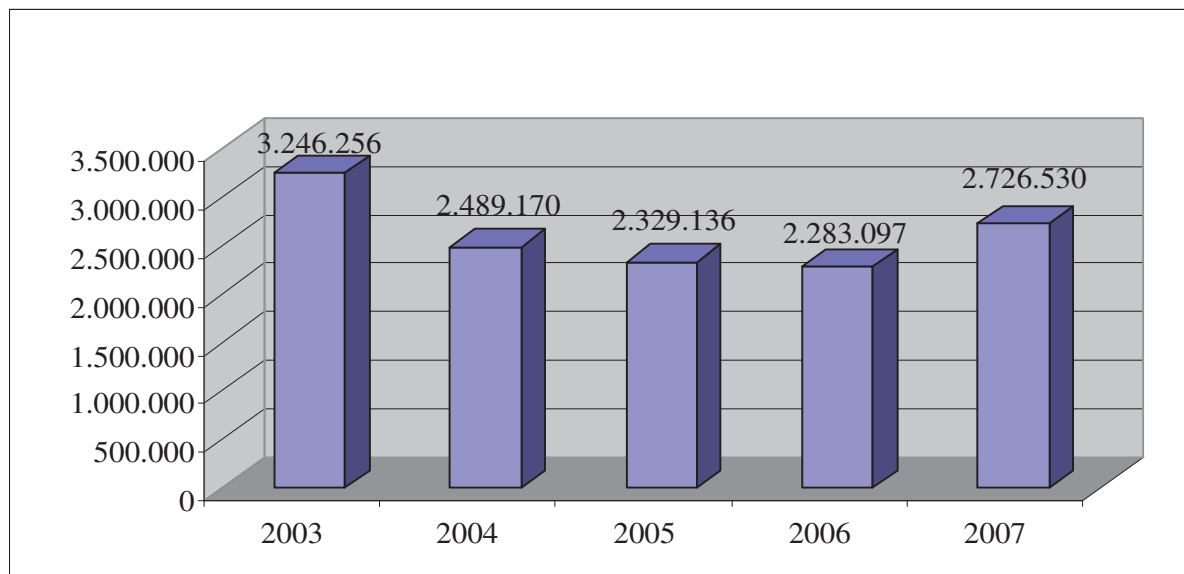
Neste sentido, considerando os propósitos do estudo, vale referir que a estimativa de incidência e de prevalência possibilita o melhor conhecimento da situação e conseqüentemente o direcionamento adequado das ações, no que tange a reorganização de serviços, a implantação de novos programas, ao cancelamento de atividades ou às mudanças a introduzir no orçamento (PEREIRA, 2005). Deste modo, antes da análise dos indicadores de letalidade e com o fito de se ter uma percepção da situação epidemiológica, em linhas gerais, faz-se uma breve abordagem sobre a incidência e prevalência.

A malária representa 50% da demanda dos cuidados de saúde sendo endêmica em toda a extensão territorial de Angola com diferentes graus de endemicidade com uma taxa de letalidade que varia de 1,2 em 2003 para 0.3 em 2007. É hiper-endêmica no norte e nas terras baixas da costa atlântica, tendo menor incidência nas terras altas do centro e sul do país. No período em análise registrou-se uma redução de casos de malária atingindo o nível mais baixo em 2006 como demonstra a tabela 29 e o gráfico 15. O seu coeficiente de letalidade (gráfico 18 e tabela 29) também decresceu de 1,2% em 2003 para 0,3% em 2007 em todo país e em todos os grupos etários, o que possivelmente refletiu na taxa de mortalidade geral (ANGOLA, 2009f).

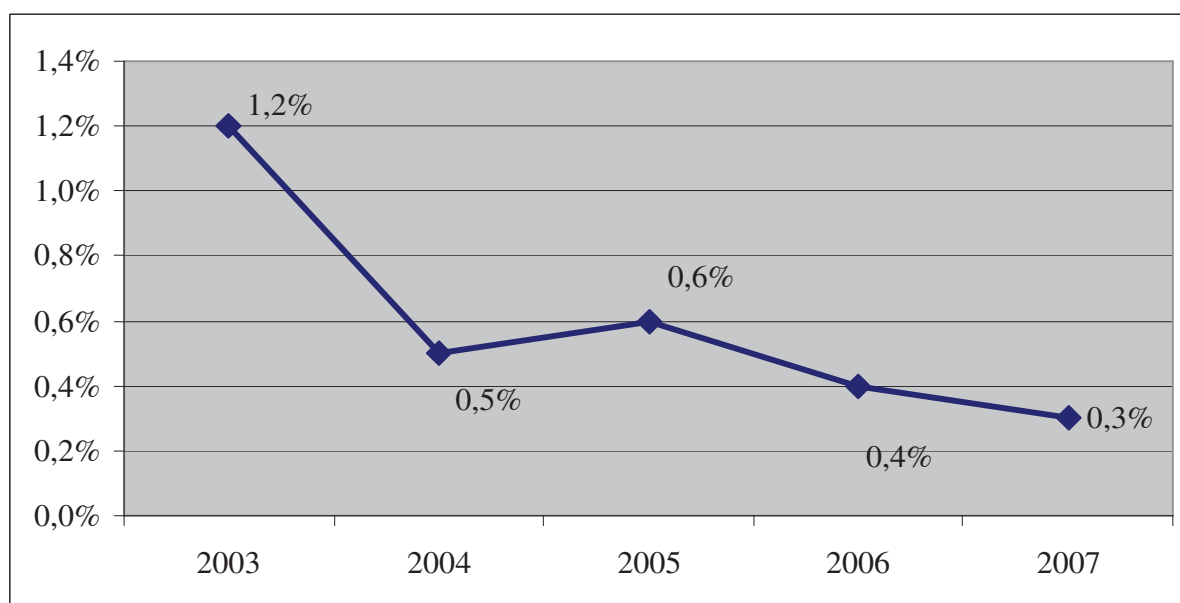
Tabela 29 – Casos e Taxas de Letalidade por Malária (2003-2007)

Casos e taxas	Anos				
	2003	2004	2005	2006	2007
Casos notificados	3.246.256	2.489.170	2.329.136	2.283.097	2.726.530
Taxa de letalidade	1.2%	0.5%	0.6%	0.4%	0.3%

Fonte: Angola (2009f)

Gráfico 17 - Prevalência da Malária em Angola (2003-2007)

Fonte: DNSP (2009)

Gráfico 18 - Coeficiente de Letalidade por Malária (2003-2007)

Fonte: DNSP (2008)

As Doenças Respiratórias Agudas (DRAs) passaram a ocupar desde 2005 o segundo lugar entre as doenças notificadas, com um número crescente de casos e de óbitos. São uma das primeiras causas de mortalidade em crianças menores de cinco (5) anos e de consulta nas unidades sanitárias (ANGOLA, 2009f).

De acordo ainda Plano Executivo do MINSA de 2009 (ANGOLA, 2009f), as Doenças Diarréicas Agudas (DDAs) são após da malária e as DRAs desde 2005 a terceira causa de

morbidade e a segunda causa de mortalidade entre as doenças notificadas. As diarreias refletem as dificuldades de acesso à água potável, a insalubridade do meio, entre outras.

A tuberculose constitui um enorme problema para a economia nacional devido à incapacidade que provoca nas pessoas infetadas se não for convenientemente tratada. Fatores como a elevada concentração populacional, a deterioração da situação socioeconômica, a retração da rede sanitária, a associação ao vírus do HIV/AIDS, estão na base do agravamento da situação da tuberculose no país. Em 2007, último ano da série histórica em análise, foram notificados 42383 casos, sendo que anualmente são diagnosticados cerca de 7000 casos novos, dos quais cerca de 6000 da forma pulmonar, em que 70% são BK+ (ANGOLA, 2009f; ANGOLA, 2008d)(tabela 30 e gráfico 19).

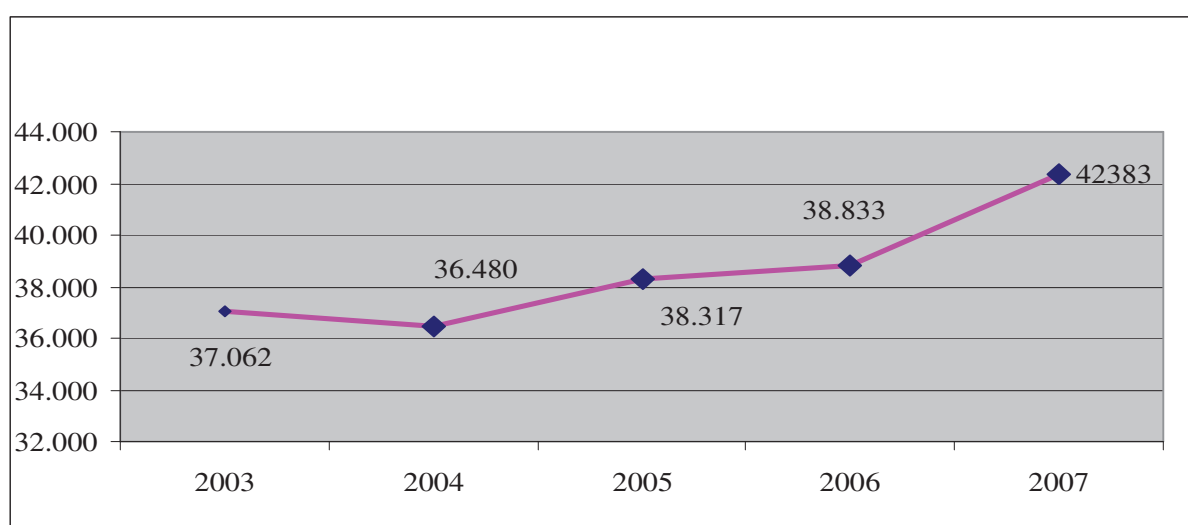
Apesar do aumento da incidência e prevalência, o coeficiente de letalidade decresceu tendo passado de 3,2% em 2004 para 2,7% em 2006 e em 2007 para 2,4% (gráfico 20), o que também pode ter influência na mortalidade geral, embora pouco significativa (ANGOLA, 2009f).

Tabela 30 - Evolução de casos de Tuberculose (2003-2007)

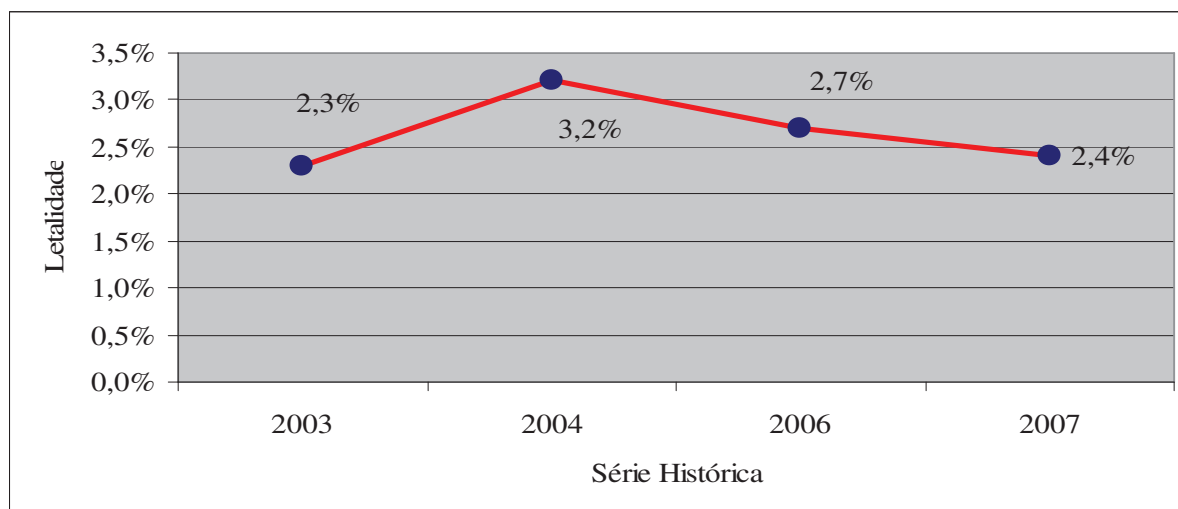
Casos	Anos				
	2003	2004	2005	2006	2007
Casos notificados	37.062	36.480	38.317	38.833	42383
Casos novos com BK+	18.971	20.301	20.410	21.499	21.422

Fonte: Angola (2009f)

Gráfico 19 - Prevalência da Tuberculose em Angola (2003-2007)



Fonte: ANGOLA (2009f)

Gráfico 20 - Coeficiente de Letalidade por TB Pulmonar (2003-2007)

Fonte: ANGOLA (2009f)

A soroprevalência para o HIV é comparativamente mais baixa em relação à observada nos restantes países da África Austral. Dados da vigilância sanitária (sentinela) do HIV em mulheres grávidas em consulta pré-natal nas 18 províncias mostraram uma soroprevalência de 2,8%, espelhando a situação excepcional da epidemia em Angola com relação aos países da África subsahariana onde a prevalência é sempre superior a 10% (ANGOLA, 2005b).

Esta conclusão pode ser questionada considerando o fato da cobertura dos serviços de saúde e o acesso aos mesmos serem baixos, bem como a baixa adesão as consultas pré-natais. Assim, a amostra que serviu de base para formulação da conclusão pode não ser representativa para estimar a real situação do HIV/AIDS na população Angolana. Nesta perspectiva, parece haver necessidade de estudos com amostras significativamente mais representativas.

No entanto, se observa o aumento de doenças não transmissíveis, crônicas e degenerativas, perturbações mentais e traumas resultantes de acidentes de trânsito e de violência doméstica que têm contribuído para o aumento da carga da doença e da incapacidade. As doenças crônicas como a hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, *diabetes mellitus* e as neoplasias têm apresentado um acréscimo acentuado (ANGOLA, 2009f). Apesar disso, não existem dados estatísticos a respeito quer a nível central como ao nível das províncias. Os modelos existentes para a recolha de dados são omissos quanto à este grupo de doenças.

9.2. O Processo de Descentralização do SNS de Angola Sob a Perspectiva Qualitativa

9.2.1. Resultado das Entrevistas

Conforme exposto no capítulo referente à estratégia metodológica, foram entrevistados 11 gestores nacionais, 25 gestores provinciais e municipais, 15 gestores de unidades sanitárias e 45 profissionais médicos e enfermeiros, através questionários semi-estruturados, de acordo com os roteiros pré-determinados constantes do anexo 4. Foi entrevistado um (1) perito da UNICEF, considerado com informante, obedecendo ao roteiro do questionário aberto elaborado para os grupos focais.

Por opção dos entrevistados quer por assim sentirem-se mais a vontade como, por indisponibilidade de tempo no período diurno ou nos horários agendados para as entrevistas, 13 questionários foram respondidos por escrito.

Do total dos 97 entrevistados, 51 são médicos, 29 dos quais com pós-graduação e 41 são enfermeiros. Do total de enfermeiros, 11 são graduados, 25 técnicos médios de enfermagem e 5 técnicos básicos. Inserem-se entre os entrevistados, 5 profissionais de outras áreas do saber, entre economistas, psicólogos, pedagogos e engenheiros sanitários, inseridos no estudo pelos cargos de direção e chefia que ocupam.

Os dados de identificação levantados nas entrevistas foram agrupados por categoria profissional e identificados diversos elementos que permitiram a caracterização do perfil dos entrevistados (tabelas 7 e 8) descritos detalhadamente a seguir.

De acordo com os dados do quadro 8, o tempo médio no cargo para gestores nacionais e provinciais foi avaliado em 6 anos. Dos 20 gestores nacionais e provinciais entrevistados, apenas 35% encontrava-se no cargo por mais de 5 anos. Quanto a idade dos entrevistados, 79 do sexo masculino e 18 do sexo feminino, 82,4% tinham mais 40 anos e 49,5% tinham mais de 45 anos de idade (quadro 8).

O tempo médio de formação dos entrevistados foi calculado em 14 anos, sendo que 61,8% dos entrevistados estavam formados há mais de 10 anos na categoria profissional do momento das entrevistas (quadro 9). Considera-se importante destacar que muitos dos entrevistados ingressaram no SNS numa categoria profissional tendo depois feito outra formação que lhes permitiu transitar para uma segunda categoria profissional. Por exemplo, admitidos como enfermeiros, depois da graduação em medicina transitaram para a classe médica.

O tempo de médio de trabalho no SNS, ou seja, de presença no setor foi de 19 anos, sendo que 84,5% dos entrevistados encontravam-se colocados há mais 10 anos (quadro 9), o

que permite afirmar que a maioria vivenciou todas as fases do processo e toda a série temporal do estudo.

Quadro 8 - Perfil Profissional dos Entrevistados										
MÉDICOS			ENFERMEIROS				OUTROS PROFISSIONAIS			
Com P.G.	Sem P.G.	Total	Graduados	T.M.E.	T.B.E.	Total	Graduados		T.M.	Total
							Com P.G.	Sem P.G.		
29	22	51	11	25	5	41	2	2	1	5

Legenda: P.G. – Pós-graduação

T.M.E. - Técnicos Médios de Enfermagem

T.B.E. - Técnicos Básicos de Enfermagem

T.M. - Técnicos Médios

Quadro 9 - Caracterização Geral dos Entrevistados						
Sexo			Idade (Grupo etário e nº de entrevistados)	Tempo de Formação (Anos de formação e nº de entrevistados)	Tempo de Trabalho no SNS (Anos de trabalho e nº de entrevistados)	Tempo no Cargo (Gestores Provinciais e Nacionais)
Masculino	Feminino	Total				
79	18	97	30-35 anos -5 entrevistados	0-5 anos -21 entrevistados	0-5 anos -6 entrevistados	0-5 anos -13 entrevistados
			36-40 anos - 12 entrevistados	6-10 anos – 16 entrevistados	6-10 anos – 9 entrevistados	6-10 anos – 2 entrevistados
			41-45 anos - 32 Entrevistados	11-15 anos – 20 entrevistados	11-15 anos – 14 entrevistados	11-15 anos – 0 entrevistado
			46-50 anos - 24 entrevistados	16-20 anos – 22 entrevistados	16-20 anos – 23 entrevistados	16-20 anos – 5 entrevistados
			51-55 anos - 17 entrevistados	21-25 anos -7 entrevistados	21-25 anos -20 entrevistados	
			56-60 anos - 7 entrevistados	26-30 anos -7 entrevistados	26-30 anos -17 entrevistados	
				31-35 anos – 4 entrevistados	31-35 anos – 7 entrevistados	
					36-40 anos – 1 entrevistado	
Média			46 anos	14 anos	19 anos	6 anos

Do total dos 25 gestores provinciais e municipais (9 diretores provinciais e 16 chefes de secções municipais da saúde e/ou chefes de secções de serviços sociais), 22 gestores provinciais e municipais foram recrutados para o quadro de pessoal do MINSA através de contratos individuais de serviço e posteriormente reconvertidos e 3 gestores provinciais e municipais foram recrutados por concurso público direto, sendo que os primeiros encontram-se nas instituições ou serviços transferidos de outras áreas do SNS. Dos 16 gestores municipais, apenas 4 estavam nomeados oficialmente, como chefes das secções dos serviços sociais ou com chefes de repartições municipais da saúde. Os demais ocupavam os cargos por indicação.

Dos 15 gestores hospitalares entrevistados, 12 foram recrutados para o MINSA através de contratos individuais de serviço, depois reconvertidos no âmbito da reconversão de carreiras do funcionalismo público. Destes, 4 encontravam-se já a trabalhar não nos seus locais iniciais de contratação, mas foram transferidos de outras unidades ou serviços do SNS. Do total apenas 3 foram recrutados através de concurso público. Entretanto, a totalidade exercia os cargos por nomeação.

Entre os 45 profissionais entrevistados, 36 foram recrutados para o SNS através da modalidade até recentemente mais praticada, o contrato após encaminhamento da instituição de formação e somente 9 através do concurso público. Entre os 36 contratados do total da amostra (45 profissionais) já não se encontravam no serviço ou instituição sanitária onde tinham sido colocados no momento da contratação. Estavam a trabalhar em outros serviços ou unidades por transferência interna e somente 5 permaneciam no local inicial.

Dos 15 gestores hospitalares apenas 3 têm formação em gestão hospitalar ou em saúde, sendo que 7 referem ter conhecimentos práticos, enquanto 5 declararam ter participado de algum curso de capacitação ou seminário de capacitação em gestão em saúde.

No grupo dos gestores nacionais, figuram 10 diretores nacionais, diretores de programas nacionais de saúde pública e/ou gestores políticos do MINSA e 1 gestor político do MAT, cujo posicionamento é apresentado no final de cada abordagem agrupada dos gestores nacionais do MINSA.

A semelhança do capítulo anterior, os resultados são apresentados de forma agrupada, pelas respectivas categorias analíticas.

A. Dimensões do Triângulo de Matus

A. 1. Do Projeto do Governo

Na análise do projeto do governo foram considerados os seguintes elementos e bases de análise: 1. Clareza dos objetivos da descentralização do SNS; 2. Consideração das especificidades do setor da saúde na legislação sobre a descentralização; 3. Conhecimento sobre a Descentralização do SNS; 4. Pertinência e prioridade da Descentralização do SNS.

1. Consideração das especificidades do setor da saúde na legislação sobre a descentralização: A consideração das especificidades do setor da saúde na legislação, nomeadamente; a necessidade da saúde estar presente em todos os níveis administrativos incluindo na comuna, o que exige uma ampla rede de cuidados primários de saúde, que dê resposta as necessidades fundamentais da saúde da população; o fato de grande parte de ela ser pobre e sem possibilidade de recurso ao setor privado, muitos percorrem longas distâncias em busca da assistência e o fato de nas organizações de saúde o poder estar concentrado nos profissionais; não foram levadas em consideração pela legislação produzida inerente a descentralização, na opinião de 7 dos 10 gestores nacionais do MINSA. Argumentam que para além da falta de legislação complementar, parte da legislação já produzida carece de aprimoramentos, outra carece de regulamentação e outra ainda de clarificação. No que tange ao sistema de informação em saúde, por exemplo, não está definido quem reporta para quem e com periodicidade. O mesmo se pode questionar em relação ao financiamento em saúde. Neste domínio, não está definido de quem é a responsabilidade do financiamento da saúde no nível municipal, bem como a fonte dos recursos financeiros. Foi também colocada a questão da nomenclatura de chefe de secção ao nível municipal. Na opinião destes gestores nacionais, a nomenclatura de chefe de secção e até mesmo de chefe de repartição impõe sérios limites para a pessoa agir. Pela importância da saúde, o Administrador Municipal deveria no seu município, ter um delegado ou um diretor da saúde ou um assistente para a saúde, pois a saúde é uma área que cruza transversalmente todas as áreas. Não há serviços de educação sem saúde, não há serviços inerentes a juventude e desportos sem saúde. Portanto, perdeu-se, com o processo de desconcentração e descentralização, a capacidade de intervenção do setor da saúde no município e a possibilidade de uma adequada assessoria ao administrador municipal.

Destacam também o pouco envolvimento dos profissionais e dos gestores de nível local na elaboração da legislação. Somente assim se explica a diminuição do número de departamentos nas direções provinciais e a extinção das secções municipais de saúde e as dificuldades vivenciadas pela rede primária de saúde.

Todos os aspectos enumerados fazem com que, na opinião deste grupo de gestores nacionais, hoje a saúde no município dependa da sensibilidade do administrador e leva a existência de um sistema de saúde com diferentes estágios desenvolvimento e com regras que variam de província para província, o que dificulta a igualdade de acesso e utilização dos serviços de saúde em todo o país, considerando o desnivelamento que se verifica.

Entretanto, para 3 gestores nacionais, a legislação considera as especificidades do setor da saúde tendo em conta que, o Ministério da Saúde tem contribuído na elaboração da legislação referente à desconcentração e descentralização do SNS o que motivou o MINSA a pensar no programa de revitalização dos cuidados primários da saúde.

A falta de acesso ou o não domínio da legislação sobre a descentralização, fez com que 13 gestores provinciais e municipais do total dos 25 entrevistados não conseguissem responder a questão. Por conseguinte, 5 gestores provinciais e municipais consideram que a legislação produzida não vai de encontro com as especificidades do setor da saúde, tendo em conta as dificuldades que se registram na gestão municipal e comunal dos serviços de saúde e porque os programas de saúde pública não foram contemplados no processo continuando com uma filosofia ainda muito verticalizada. A saúde comunitária não foi considerada também no pacote. A não auscultação dos profissionais que funcionam nas localidades, explica o vazio que se registra, em sua opinião. No entanto, no entendimento de 7 dos 25 gestores provinciais e municipais, a legislação considera as especificidades da saúde pecando apenas na aplicação prática e na falta de preparação de mecanismos para que o processo tivesse êxitos e fosse compreendido a curto prazo.

O desconhecimento da legislação, fez com que 8 dos 15 gestores hospitalares não conseguissem responder a questão. Por sua vez, 4 gestores de unidades hospitalares consideram que a legislação produzida não leva em conta as especificidades da saúde, fato que pode ser confirmado, na sua visão, pelo choque de competências entre o MINSA e outros ministérios em muitos domínios e pelo fato de somente depois de 7 a 9 anos, desde o início da implantação da descentralização é que se começa pensar na gestão municipal da saúde e no enquadramento da rede periférica (Centros e postos de saúde) no processo de descentralização. No entanto, para 3 gestores de hospitais, as especificidades da saúde foram consideradas na legislação produzida. Argumentam que o pacote legislativo é inerente a todo o território nacional e a todos os setores, o que é bom, sendo que, neste caso o problema reside na discordância entre a teoria e prática, isto é, o pensamento concebido não é implementado adequadamente.

Para 20 dos 45 profissionais, as especificidades do setor da saúde não foram levadas em conta na legislação produzida, inerente à desconcentração e descentralização do SNS, pois

ela é demasiadamente generalista, não dispondo o governo ainda de um programa de desconcentração e descentralização do SNS. Os decretos produzidos não contemplam os aspectos específicos do setor da saúde. No nível municipal, verifica-se a indefinição de muitos aspectos de gestão e financiamento deste nível. Referem que existe um distanciamento entre os legisladores e os executores. É necessário o envolvimento multisetorial na definição de programas, políticas e da legislação o que em sua opinião não aconteceu estando inclusive o SNS a assumir uma tendência essencialmente curativa. O ministério da saúde deveria ter um papel mais interventivo nas discussões. O MINSA deveria estabelecer as regras do jogo da descentralização do SNS. Não se pode ficar com as linhas gerais. Entre os 45 profissionais entrevistados, 13 não conseguiram responder a questão por desconhecerem a legislação. No entanto, 12 consideram que as especificidades do setor da saúde foram levadas em conta na legislação sendo que o problema reside na falta de formação dos intervenientes principalmente a nível local e na falta de regulamentação da legislação existente.

2. Clareza dos objetivos da descentralização do SNS - Quanto à clareza dos objetivos da desconcentração e descentralização no setor da saúde apenas 3 dos 10 gestores nacionais consideram-nos claros, sendo que para 4 gestores nacionais não são claros e para 3 gestores nacionais, os objetivos são parcialmente claros. Os depoimentos dos gestores nacionais que consideram os objetivos não claros ou parcialmente claros fundamentam o seu posicionamento com o fato do processo político-administrativo ter avançado muito e positivamente, no entanto, a saúde ficou defasada, porque o MINSA não acompanhou o processo, apesar de ser extremamente pertinente, pois são as províncias e os municípios que conhecem e vivem no cotidiano os problemas. Não está definida a hierarquização das competências entre o MINSA e os níveis provincial e municipal. Hoje já há muitos aspectos dos quais não se sabe de quem é a responsabilidade para resolvê-los. Não está definido quem nomeia quem. Os cargos e perfil dos seus ocupantes não estão descritos, não se sabendo que requisitos o profissional ou o funcionário deve reunir para desempenhar um determinado cargo. Na opinião destes gestores nacionais, parece que a saúde está a ser arrastada neste processo. Não estão acauteladas muitas conquistas referentes a gestão da saúde no país. O MINSA ao transferir as suas atividades às administrações municipais, não sabe se estas vão corresponder satisfatoriamente. Nesta falta de clareza, o MINSA passou a ter um papel semelhante ao da OMS; apenas como mero conselheiro. Acrescentam ainda que os administradores municipais não entendem quais são as suas responsabilidades quanto a saúde, o que dificulta o diálogo entre estes e o MINSA. A falta de definição de competências e atribuições em documento formalizado poderá tornar o processo pouco efetivo. O documento em causa deveria definir as atividades a serem desconcentradas ou

descentralizadas e o cronograma do processo. A indefinição que se registra com a falta de clarificação destes aspectos, deixa os gestores em todos os níveis confusos e com algum baixo entusiasmo. É importante clarificar como é que o usuário poderá usar a rede de saúde ao nível de todo o território nacional, pois parece que se está a caminhar para uma fragmentação da rede, portanto, com diversas sub-redes. Para os 3 gestores nacionais que consideram os objetivos claros, a dificuldade que se verifica deve-se aos constrangimentos inerentes a implementação, pelo que deverão ser corrigidos os erros cometidos nesta fase.

Para 8 dos 25 gestores provinciais e municipais, os objetivos da descentralização do SNS são claros no sentido de que permite a transferência de competências e facilita a resolução de problemas locais. Contudo, são de opinião que as dificuldades residem na implementação por déficit de todo o tipo de recursos.

Na opinião de 7 dos 25 gestores deste grupo, os objetivos não claros, pois por exemplo, não se sabe em que fase se encontra o processo. De igual modo, não se sabe, quais são os constrangimentos existentes. Destacam ainda, que com a descentralização, o cenário do desenvolvimento será o município. Apesar disso, os municípios ainda não foram preparados no tocante a gestão e planificação em saúde. O grupo também reclama da falta de documentos orientadores do processo. Estas mesmas razões foram apontadas por 10 dos 25 gestores provinciais e municipais que consideram os objetivos da descentralização do SNS parcialmente claros. Acrescentam que a pouca clareza verificada deve-se ao fato da base não ter sido ouvida no momento em que definiu a intenção. A definição do processo deveria envolver muito mais a base que conhece e vive os problemas. Na opinião deste grupo de gestores provinciais e municipais, outro aspecto relevante é que houve um grande esforço, louvável, na transformação dos hospitais em Unidades Orçamentais ou em Órgãos Dependentes, unidades pertencentes à saúde curativa, o que contrasta com os objetivos do MINSA e do governo que definem a assistência preventiva como prioritária. A rede de cuidados primários de saúde e os programas de saúde não têm orçamento definido no sentido de fazer funcionar a assistência preventiva e de promoção o que demonstra, em sua opinião, a pouca clareza do processo.

Apesar de falta de contato com a documentação inerente a descentralização, 7 gestores hospitalares consideram os seus objetivos claros, 5 ponderam os objetivos como parcialmente claros e 3 os avaliaram como não claros. Foi destacado que não têm conhecimento da existência de um plano programático da descentralização do SNS e se existe não é conhecido. Os gestores hospitalares destacam ainda que se desconhece como será implementado e avaliado o processo.

Somente 8 dos 45 profissionais entrevistados consideram os objetivos da descentralização em saúde claros apesar de nunca terem participado de nenhum evento formativo ou informativo, como seminário, simpósio ou de qualquer encontro de gênero sobre a temática, acompanhando a discussão apenas através da imprensa ou através de conversas informais. Destacam que a clareza deve-se a inovações já ocorrem nas unidades sanitárias, inerentes à desconcentração. Para 20 profissionais, os objetivos não são claros, enquanto que para 17 são parcialmente claros. Os objetivos são parcialmente claros porque, com o processo, introduziu-se uma grande confusão no SNS quanto à dependência das direções provinciais e repartições municipais. Reclamam da pouca informação, da falta de manuais, de instrumentos normativos e de muito mais conhecimentos sobre o processo.

Aqueles que referem que os objetivos não são claros sustentam o seu ponto de vista considerando a falta de instrumentos normativos, de informação clara e objetiva, de intervenção metodológica do MINSA e a indefinição quanto a responsabilidade pela equipe de saúde municipal, pelo financiamento da saúde municipal e ainda a falta de divulgação dos aspectos setoriais do plano de desconcentração e descentralização. Consideram que é necessário definir a delimitação do processo no SNS para que se saiba os seus passos seguintes e se consiga maior adesão dos profissionais da saúde ao processo. Acrescentam que existe um pensamento errado no SNS quanto à descentralização. A percepção é de que a descentralização tem a ver apenas com a compra de medicamentos e equipamentos e construção de infra-estruturas quando não é somente isso. São todos os elementos que compõem o sistema de saúde e não somente as aquisições. No SNS é necessário delimitar bem as balizes. Por exemplo, mesmo quanto às aquisições, quem compra o que? Quais são os medicamentos que podem ser comprados pelo governo de uma província? Quem deve comprar o petróleo de iluminação para a cadeia de frio? Enfim, são aspectos que carecem de definição.

3. Conhecimento sobre a Descentralização do SNS – Na Conceção de 19 dos 25 gestores provinciais e municipais, o seu conhecimento sobre a descentralização do SNS é regular. Estes argumentam que existem muitos aspectos não conhecidos sobre a descentralização do SNS, pois a priori, dever-se-ia saber se o processo é ou não faseado, a duração do mesmo e o fim (aonde se quer chegar). As tarefas de cada uma das fases deveriam ser do conhecimento de todos, o que não acontece. Por exemplo, passados já alguns anos desde o início do processo, muitos ainda dizem que são funcionários do MINSA, quando no âmbito da descentralização, são funcionários dos respectivos governos provinciais. Estes gestores referem que a deficiente implementação do processo que se observa, dificulta o entendimento e o conhecimento do processo. Reclamam ainda da falta de acesso a

documentação. Algumas vezes se consegue ter acesso a alguns Diários da República, mas nunca tiveram acesso a documentação do MINSA sobre o processo. Neste sentido, foi mencionado que se verifica também a falta de documentação sobre a revitalização nos municípios e se são os municípios que a devem implementar, então estes não podem estar desprovidos desta documentação que serviria como ferramenta de trabalho.

No entendimento de 4 gestores provinciais e municipais, o seu nível de conhecimento sobre o processo é bom, considerando que acompanham o processo com interesse, conversando com as pessoas entendidas e lendo os Diários da República que publica a legislação que é aprovada no país. No entanto, 2 gestores provinciais e municipais consideram o seu conhecimento sobre a descentralização do SNS como ruim, porque não têm acesso a documentação e informação sobre o processo e porque a descentralização ainda não chegou na sua localidade.

O conhecimento sobre a descentralização em curso na saúde é avaliado como regular por 11 dos 15 gestores hospitalares, enquanto que 2 avaliam o seu conhecimento como ruim e outros 2 consideram o seu nível conhecimento sobre o processo como sendo bom. Todos reclamam da falta de acesso e disponibilidade de documentação específica. Reclamam também do pouco debate em torno do processo, o que permitiria alavancar a capacidade dos diversos atores envolvidos e até motivar o envolvimento de novos atores.

Apenas 6 profissionais consideram ter um bom conhecimento sobre o processo, sendo que 3 deles são profissionais alocados no nível central. Para 14 dos 45 profissionais, o seu conhecimento é insuficiente e 25 avaliam o seu conhecimento como regular, pois existe muito pouca informação e documentação sobre o plano de descentralização do SNS.

4. Pertinência e prioridade da Descentralização do SNS: Todos os gestores nacionais concordam com a pertinência e urgência da descentralização do Serviço Nacional de Saúde considerando os benefícios, muitos dos quais já visíveis nesta fase de implementação do plano.

A totalidade dos gestores provinciais e municipais é de opinião que o aprofundamento da descentralização é de alta prioridade, pois facilitaria a gestão da rede de serviços de saúde, o acesso da população aos cuidados de saúde e a responsabilização. Contribuiria para uma melhor planificação, execução e avaliação de metas e ainda racionalização dos recursos.

A efetiva descentralização do SNS poderia também conferir capacidade para a mensuração dos custos dos serviços de saúde e do ato médico no posto, centro de saúde, município e província e sua comparação, o que poderia auxiliar na definição do melhor mecanismo de afetação de recursos.

Contudo, de acordo com a opinião dos gestores provinciais e municipais, o líder da rede sanitária municipal deveria ser o administrador municipal. A repartição municipal de saúde pode ser transformada em unidade orçamental ou em órgão dependente e caso o administrador municipal tiver recursos, as condições sociais nos municípios melhorariam consideravelmente e assim provocaria uma competição salutar, entre os municípios pela melhoria dos indicadores socioeconômicos e de saúde em particular.

Em geral, referem ainda os gestores provinciais e municipais, que “a real” descentralização permitiria o melhoramento das condições de vida da população nas localidades, influenciando os determinantes da saúde, o que permitiria melhorar dos indicadores de saúde. Contudo, o processo deveria ser mais participativo, dever-se-ia discutir mais alguns dos seus aspectos para se colher mais subsídios. Só assim, se poderia considerar melhor a realidade das localidades.

Na concepção de 14 dos 15 gestores hospitalares, a descentralização efetiva do SNS é de alta prioridade e deve ser abrangente contemplando todos os níveis de administração do estado, incluindo os programas de saúde pública considerando que o recrutamento passaria a ser feito pelas instituições de trabalho, o orçamento atribuído aos hospitais seria o mais próximo da realidade, tornaria os serviços mais acessíveis e menos dependentes, facilitaria a resolução pontual dos problemas. A circulação de informação da base para o topo também seria facilitada. No entanto, do total dos gestores de hospitais, 1 não soube responder a questão.

A efetiva descentralização é de média prioridade para 10 dos 45 profissionais sugerindo que, é necessário primeiro, formar e informar para que, todos os atores conheçam as suas tarefas e responsabilidades. Sugerem também uma mais ampla discussão no SNS gerando consensos e participação de todos os atores. Em contrapartida para 35 profissionais, a efetiva descentralização é de alta prioridade considerando que: 1) Ajudaria em termos de gestão local de recursos; 2) Poderia facilitar o funcionamento das unidades sanitárias e dos serviços; 3) Facilitaria o acesso da população aos serviços, sobretudo especializados; 4) Permitiria racionalizar os já escassos recursos, o que poderia resultar na melhoria das condições de trabalho; 5) Aumentaria a responsabilização e conseqüentemente melhoria a qualidade dos serviços prestados pelas unidades sanitárias, pois estaria em causa a imagem dos próprios gestores locais; 6) Diminuiria a transferência de doentes para as unidades provinciais e centrais; 7) Contribuiria e aceleraria a revitalização dos serviços municipais da saúde; 8) Facilitaria a hierarquização das unidades sanitárias deixando os hospitais secundários e terciários de desempenhar o papel de centros de cuidados primários de saúde e 9) Permitiria a efetiva autonomia do nível local.

A.2. Da Capacidade de Governo

No que tange a Capacidade do Governo foram abordadas: 1. Correspondência dos recursos humanos do nível central com as exigências e necessidades da descentralização; 2. Correspondência dos RH dos níveis locais com as necessidades e exigências da descentralização; 3. Satisfação com a formação e capacitação; 4. Estratégia de alocação e retenção de profissionais nas províncias e municípios; 5. Aceitação de transferência para o interior e condições para o efeito; e 6. Uso de práticas de planejamento e de avaliação.

1. Correspondência dos recursos humanos do nível central com as exigências e necessidades da descentralização: Na concepção de 6 dos 10 gestores nacionais, os recursos humanos, incluindo os gestores do MINSA não correspondem com as exigências e necessidades da desconcentração e descentralização do SNS, enquanto 4 gestores nacionais avaliam esta correspondência como regular. Argumentam que registra-se insuficiência de recursos humanos com formação em gestão, planejamento, monitoria e avaliação em geral e em saúde, em particular o que dificulta também a implementação de ações prioritárias referentes a revitalização dos Cuidados Primários da Saúde.

No entendimento do gestor do MAT, naquele ministério, os recursos humanos existentes não correspondem também com as exigências e necessidades da descentralização considerando a dimensão territorial de Angola e fato dos longos anos de guerra terem afetado todo um processo de formação e treinamento de recursos humanos. Contudo, o MAT conta com parcerias do PNUD e de outras organizações internacionais no trabalho inerente à descentralização.

2. Correspondência dos RH dos níveis locais com as necessidades e exigências da descentralização: Nos níveis provincial e municipal a situação é pior. A totalidade dos gestores nacionais considera que os recursos humanos destes dois níveis não atendem as necessidades do processo. As limitações em recursos humanos acentuam-se na medida em que se transita para os níveis mais periféricos e quanto mais se caminha para o interior, por falta de incentivos locais que possam atrair os quadros. A concentração do pessoal nas cidades deve-se também as deficientes condições sociais nas províncias, inclusive de habitabilidade. Acrescentam que, muitas vezes, quando há casas, não há luz, internet, escolas para os filhos, bibliotecas, etc. Chega a faltar até onde gastar o dinheiro. Sintetizam destacando que a carência de mais profissionais com formação em gestão e planejamento em saúde e de mais capacidades é algo que afeta todos os níveis.

O gestor do MAT destacou que tendo em vista este fato, todo o processo de implementação da descentralização é acompanhado nos níveis locais por ações de formação em gestão hospitalar.

Para 20 dos 25 gestores provinciais e municipais, os recursos humanos existentes nas províncias e municípios não correspondem com as necessidades e exigências do processo de descentralização, enquanto 1 gestor do grupo dos gestores provinciais e municipais considera que os recursos humanos existentes correspondem com as necessidades e exigências da descentralização, para 4 gestores provinciais e municipais, esta correspondência foi avaliada como regular. Foi destacado que o déficit do pessoal é inerente à todos os profissionais em saúde, médicos, enfermeiros, gestores, planificadores em saúde, analistas laboratoriais, etc. Mesmo com vagas disponíveis e através de concursos públicos não se consegue fazer o recrutamento. Em algumas províncias do sul e leste do país, os gestores referiram que inclusive não se consegue recrutar técnicos básicos e médios de enfermagem, pois a formação destes profissionais continua vetada pelo MINSA. Foi destacado que em alguns municípios do centro, sul e leste de Angola, 90% do pessoal são enfermeiros com formação básica. Esta situação explica o recurso permanente aos quadros do ministério para suprir problemas locais. No entanto, com a descentralização, se a uma província, por exemplo, em situação de epidemia local, caso não solicitar ajuda do ministério, este não pode enviar os técnicos, ficando a província embaraçada com o seu problema. Foram apontados, duas soluções, para além do recurso da contratação da mão estrangeira: a) descentralização da formação, por regiões e de algumas profissões, descentralizar para todas as províncias, e b) “aliciamento” com condições e incentivos financeiros de quadros formados que se encontram na capital, alguns dos quais nas capitais de províncias, mas que recusam a alocação nas localidades do interior, alegando falta de condições.

3. Satisfação com a formação e capacitação: Dos 25 gestores provinciais e municipais, somente 8 estão satisfeitos com a formação e capacitação para o cargo que exercem. Do referido número, 6 são técnicos superiores e outros 2, são técnicos médios. Estão insatisfeitos com a formação e capacitação com o cargo que exercem, 5 gestores provinciais e municipais; parcialmente satisfeitos 12 dos 25 gestores provinciais e municipais. Os dois últimos grupos reclamam por cursos de pós-graduação nas respectivas especialidades técnicas ou por cursos de formação e capacitação em gestão, planeamento, avaliação em saúde e/ou formação em saúde pública.

Vale referir que 12 dos 16 gestores municipais estão insatisfeitos ou parcialmente satisfeitos com a formação.

A satisfação com o nível de formação e capacitação para a função exercida foi manifestada por 9 gestores de hospitais, 7 dos quais com formação superior. Manifestaram-se parcialmente satisfeitos 4 gestores hospitalares, 2 dos quais técnicos superiores e 2 do total dos gestores de unidades sanitárias mostraram-se insatisfeitos com o seu nível de formação.

Os últimos dois grupos (dos parcialmente satisfeitos e dos insatisfeitos) declararam necessidade de cursos de pós-graduação nas respectivas áreas técnicas de formação e de gestão e planejamento em saúde.

No entanto, somente 13 dos 45 profissionais entrevistados estão satisfeitos com o seu nível de formação e capacitação para as atividades que exercem, pois têm sabido corresponder as necessidades laborais cotidianas, 16 estão parcialmente satisfeitos, reclamando por mais formação, enquanto igual número de profissionais (16) está insatisfeita almejando maior diferenciação profissional.

4. Estratégia de alocação e retenção de profissionais nas províncias e municípios:

Somente 5 gestores provinciais entre os 25 gestores provinciais e municipais utilizam alguma estratégia para colocação e retenção do pessoal nas localidades no interior, isto contando sempre com a sensibilidade do governador, atribuindo residências, meio de transporte e algum esforço adicional na melhoria das condições de trabalho. A visita regular dos quadros no interior, a advocacia junto das autoridades administrativas e tradicionais para apoio e aceitação dos profissionais e formação de profissionais colocados na rede, são outras estratégias utilizadas.

Para o caso de Luanda, esta situação não se coloca considerando a concentração de profissionais na referida província.

Os demais 20 gestores provinciais e municipais não utilizam nenhuma estratégia por falta de recursos financeiros e materiais para o efeito.

5. Aceitação de transferência para o interior e condições para o efeito:

Apesar da grande insatisfação com a formação, 28 dos 45 profissionais aceitariam uma transferência para as localidades desde que fossem garantidas condições: sociais (residência, transporte, alimentação, assistência sanitária), de trabalho, presença de recursos humanos, incentivo financeiro e acesso a internet. Foi apontado em média 3 anos, o tempo razoável de permanência nas referidas localidades. Apurou-se que 17 profissionais não aceitariam a colocação tendo mencionado as seguintes razões para o seu posicionamento: ter já cumprido a periferia, falta de condições sociais e de trabalho nas referidas localidades, falta de possibilidade de desenvolvimento profissional e a idade avançada.

6. Uso de práticas de planejamento e de avaliação: Considerando a importância do planejamento para a gestão e avaliação, foi referido por 19 gestores provinciais e municipais que o planejamento é uma prática obrigatória dos seus serviços apesar as limitações inerentes ao déficit de recursos humanos qualificados e sobretudo com domínio de gestão. A complicação maior é com a avaliação porque falta de especialistas. No entanto 6 gestores municipais dos 25 dos gestores provinciais e municipais referiram que não fazem qualquer

planejamento ou avaliação, pois tudo é feito na Direção Provincial da Saúde. A falta de quadros e de conhecimento também contribui, em sua opinião, para a situação vivenciada.

A grande maioria dos gestores de unidades de saúde, no caso 14, declarou fazer uso de práticas de planejamento operacional no seu cotidiano de gestão. Do total, 9 gestores de hospitais declararam fazer uso também de ferramentas do planejamento estratégico. Reconhecem, em ambos os casos, que são utilizadas apenas ferramentas básicas. Por conseguinte, 1 gestor hospitalar declarou não fazer uso nem do planejamento estratégico, nem normativo e tampouco, planos operacionais. Todos foram unânimes em afirmar que a avaliação somente é feita através de relatórios trimestrais, semestrais ou anuais, sem, contudo, o uso de instrumentos de avaliação quer por limitação técnica, como por não ser exigido das instâncias superiores. Vale, contudo destacar que solicitado pelo pesquisador, em muitos casos, os referidos planos não foram localizados, em outros o plano em causa, resumia-se ou agenda de trabalho do gestor ou da direção ou a planos operacionais sem estruturação completa.

A.3. Da Governabilidade

No concernente à governabilidade foram abordados os seguintes elementos analíticos: 1. apoio político ao processo; 2. reação do ministério, províncias e municípios ao processo; 3. preparação e disponibilidade dos órgãos centrais para transferência de atribuições e responsabilidades; 4. relacionamento entre gestores provinciais e municipais com gestores hospitalares; 5. ações desenvolvidas para o aprofundamento da descentralização; 6. fatores facilitadores; 7. fatores que dificultam a descentralização e 8. Apoio e participação dos profissionais.

1. Apoio político ao processo - A totalidade dos gestores nacionais refere que a descentralização do SNS conta com forte apoio político. Neste caso cabe ao MINSA acompanhar a dinâmica do processo que envolve toda a administração do estado. A iniciativa do processo é do governo e o chefe do governo é o presidente da república. É um plano do interesse total do governo que cuidou da aprovação do pacote legislativo específico e o plano de desconcentração e descentralização administrativa (ANGOLA, 2007b). Consideram que o partido no poder tem a maioria absoluta no parlamento, o que pode contribuir positivamente para o êxito do processo. Destacam que os partidos da oposição e a sociedade civil também apóiam o plano.

Na percepção do gestor do MAT, a descentralização do SNS conta um forte apoio político, sobretudo na caracterização dos centros de saúde e hospitais como estabelecimentos públicos e a alocação de verbas para o efeito.

Todos os gestores provinciais e municipais são unânimes de que a descentralização do SNS e em geral conta com o apoio político, sendo forte na avaliação de 16 dos 25 gestores provinciais e municipais e parcial para 9 gestores do grupo. Aqueles que consideram o apoio como forte destacam que trata-se de uma iniciativa de cima para base. É uma decisão do partido no poder, ou seja, do próprio governo e conta inclusive com apoio dos partidos da oposição. Os órgãos das administrações locais do estado estão todos a favor da descentralização.

Aqueles que consideram o apoio como parcial, referem que se fosse forte, percorridos mais de 6 anos desde o início do processo já teria atingido o nível comunal.

Foi referido que o apoio dependerá sempre da posição que a pessoa ocupa na escala hierárquica do poder. Se for um alto responsável do MINSA pensará que está a perder capacidade de decisão e de intervenção. Se for um governador da província, dará todo o apoio. Os administradores municipais, por deixarem de ser meros vendedores de terreno, passando a ser gestores e líderes municipais, apoiarão o processo.

Importa referir que, de acordo com o UNCDF e PNUD (2006), há no Parlamento, no Governo e na sociedade civil de Angola, um amplo e contínuo apoio para as reformas da descentralização e para o desenvolvimento de autoridades municipais autônomas, dentro de uma estrutura unitária do Estado. A fonte acrescenta que mesmo com a ausência de Autarquias, há um Gabinete para Assuntos Autárquicos no Ministério da Administração do Território, o que demonstra um forte compromisso do Governo com a descentralização

2. Reação do Ministério, Províncias e Municípios ao Processo - Na percepção de todos os gestores nacionais, o Ministério da saúde, as províncias e os municípios têm reagido positivamente ao processo. Os municípios reagem bem porque estão a sair da condição de expectadores passando a atores chaves da cadeia do S.N.S. o que melhora o seu grau de satisfação, pois poderão ver a população mais satisfeita. É o momento de conseguirem autonomia que lhes permite atender as necessidades das populações locais. Para o MINSA é uma oportunidade de responsabilização dos níveis hierárquicos inferiores, enfatizaram. A mesma avaliação é corroborada pelo gestor do MAT.

3. Preparação e Disponibilidade dos Órgãos Centrais para Transferência de Atribuições e Responsabilidades - Na opinião de 6 dos 10 gestores nacionais, os órgãos centrais estão preparados e disponíveis para transferir atribuições e responsabilidades para os níveis hierárquicos locais. Contudo, as mudanças geram receios, particularmente da eventual falta de competência dos níveis locais para o exercício das funções e atividades que estão a ser transferidas. Foi também colocada a preocupação inerente à falta dos termos de referência do processo em saúde, estando indefinidas as funções e tarefas a serem transferidas e com que

recursos financeiros serão executadas e como será o mecanismo de financiamento. Por sua vez, 4 gestores nacionais acreditam que os órgãos centrais não estão preparados nem disponíveis para a transferência de atribuições e responsabilidades porque é sempre difícil perdê-los até por razões de ordem cultural considerando que por muito tempo Angola teve um estado muito centralizado. Justificam também o seu posicionamento pela falta de uma ampla sensibilização sobre o processo, pela cultura enraizada de concentração e centralização e devido à pouca confiança aos quadros alocados nas províncias, à falta de planos operacionais provinciais e municipais e ainda o déficit de recursos, inclusive humanos.

Na percepção do gestor do MAT, o governo está preparado e disponível para a transferência de atribuições e competências para os níveis locais. Para o efeito elaborou, aprovou e está a implementar o Plano de Desconcentração e Descentralização Administrativa.

4. Relacionamento entre gestores provinciais e municipais com gestores hospitalares - Analisando o relacionamento entre os gestores provinciais em saúde e os diretores dos hospitais provinciais/gerais e municipais já orçamentados, 6 dos 10 gestores nacionais consideram-no ruim, tenso e conturbado, enquanto para 4 gestores nacionais, o relacionamento é regular. Para os gestores nacionais, dependendo do caso, é normal o hospital ter um orçamento relativamente maior quando comparado com o orçamento da província, apesar do descontentamento dos diretores provinciais. Foi destacado ainda, pelos gestores nacionais que o que deve existir é a clarificação dos papéis através do fortalecimento das disposições legais, a definição das normas de gestão financeira, a hierarquização clara do SNS, a atribuição de um orçamento adequado as direções provinciais, a transformação das DPS em unidades orçamentais, a orçamentação da rede dos cuidados primários de saúde, retirando esta responsabilidade dos diretores provinciais. Deve também existir respeito dos governadores pelos níveis hierárquicos do setor da saúde.

O relacionamento entre Diretores Provinciais e gestores hospitalares e entre responsáveis municipais da saúde e gestores de hospitais municipais, de acordo com 20 dos 25 gestores provinciais e municipais, varia de muito bom a conturbado. Depende das pessoas e do clima de entendimento que se estabelece. Referem que, em muitas localidades, a articulação chefe-subordinado ficou prejudicada. A direção provincial é órgão dependente financeiramente, enquanto, no município, o responsável não está, na maioria dos casos, nomeado oficialmente para o cargo e não tem orçamento. Por sua vez, o diretor do hospital está nomeado e tem orçamento. Esta situação tem provado com que as pessoas se abdicuem inclusive do cargo de responsável municipal da saúde, preferindo o de diretor do hospital. Assim, foi sugerido que o responsável municipal deveria ser um médico e acumular a direção do hospital, como alternativa.

Foi destacado, que embora seja normal, em muitos casos, o hospital ter mais recursos, a falta de orçamento nas secções municipais, enquanto que muitos hospitais municipais o têm, provoca atos de insubordinação. É freqüente o diretor do hospital não ir sequer ao despacho junto do responsável municipal da saúde, o que dificulta o acompanhamento e a fiscalização.

O desnível dos orçamentos cria problemas, se não houver entendimento. Por exemplo, a direção provincial pode ter dificuldades com a manutenção do gerador de energia, enquanto o hospital não tem este problema. O mesmo se pode falar sobre outros bens e serviços. Não havendo harmonização começam os conflitos. Havendo diálogo o hospital pode até suportar algumas necessidades inadiáveis da direção provincial. A solução passa por atribuir orçamento de acordo com a especificidade de cada instituição e definir-se devidamente as competências e atribuições de cada nível.

Vale referir que 5 gestores municipais (do total os 25 gestores provinciais e municipais) não responderam a questão por falta de experiência prática.

Na percepção de 7 dos 15 gestores de estabelecimentos hospitalares, o relacionamento entre estas duas entidades é bom. Depende do bom senso das pessoas e de cada um desempenhar o seu papel, pois o hospital deve ter mais recursos financeiros por atender a média e alta complexidade que é muito mais custoso. Por conseguinte, 8 gestores hospitalares consideram que o relacionamento varia de um clima tenso ao razoável, havendo mesmo casos de conflito por não observância dos papéis de cada um. Foi mencionado que tem se verificado situações de inveja do diretor provincial em relação ao seu subordinado, por insuficiência ou falta de recursos financeiros e de logística na Direção Provincial da Saúde, levando esta situação, o diretor provincial ao descontentamento. Consideram ser necessário clarificar melhor as competências e a linha hierárquica. Foi também destacado que o diretor provincial, com a descentralização, é uma figura sem autoridade mesmo junto dos diretores nacionais. O próprio ministério da saúde passou a colocar o diretor provincial em segundo plano, segundo o relato de alguns gestores hospitalares. Foi sugerido por um (1) gestor hospitalar que os hospitais provinciais/gerais por serem unidades de referência não deveriam depender dos diretores provinciais. Deveriam ser uma espécie de institutos públicos com autonomia financeira, patrimonial, técnica e administrativa.

5. Ações desenvolvidas para o aprofundamento da descentralização - Os gestores nacionais indicam que o MINSA está a desenvolver várias ações que podem ou poderão contribuir para o aprofundamento da descentralização do SNS, nomeadamente, formação de diretores e de quadros dirigentes da saúde nas províncias, advocacia junto dos governos provinciais e outros órgãos afins para a criação de condições de recepção de novos quadros e apoio aos quadros já residentes nas províncias, apoio aos concursos públicos, apoio ao

concurso de mobilidade interna, relançamento das escolas de formação com caráter regional e criação de núcleos de formação permanente polivalentes. As demais ações são, apoio ao processo de criação de escolas médicas, preparação de instrumentos normativos, reguladores e de gestão, por exemplo, manual (guião) de planificação e gestão municipal, mapa sanitário, desenvolvimento do sistema de informação e elaboração de modelos de unidades sanitárias. Destacam ainda a revitalização dos serviços municipais de saúde, o estabelecimento de parcerias com outros ministérios e órgãos que interagem em torno do processo, supervisão às províncias e municípios, elaboração de normas nacionais de condução de programas e reforço institucional no nível provincial e municipal.

O MAT, de acordo com as suas responsabilidades no processo, na opinião do seu gestor entrevistado, está a desenvolver ações formativas para todos os administradores municipais e gestores setoriais locais e está a trabalhar na criação do fundo de gestão municipal que vai permitir a alocação a cada município, anualmente, cinco milhões para resolução de alguns problemas elementares nos domínios da água, energia elétrica e saúde.

Considerando que o processo depende dos níveis hierárquicos superiores, 20 dos 25 gestores provinciais e municipais referem que não estão a desenvolver qualquer ação que poderia contribuir para o aprofundamento e fortalecimento da descentralização.

O treinamento e a capacitação dos profissionais de todas as áreas, particularmente em gestão e planeamento foi mencionado por 3 dos 9 gestores provinciais e 1 dos 16 gestores municipais. Um gestor provincial destacou o desenvolvimento na sua província, com ajuda da cooperação europeia, das seguintes atividades: Mapeamento dos municípios em termos sanitários e a elaboração de planos de desenvolvimento sanitário municipal.

6. Fatores facilitadores: Os gestores nacionais apontaram como fatores facilitadores, a vontade política, a paz, o clima político, a existência da legislação sobre a desconcentração e administração administrativa, o desenvolvimento do processo democrático, a introdução paulatina da cultura de gestão e planeamento em saúde e o envolvimento dos atores nos três níveis de administração pública. Indicaram também como fatores que facilitam a descentralização no SNS, a disponibilidade de recursos financeiros, a expansão da rede bancária, a melhoria do acesso a informação com a melhoria do sinal da telefonia celular, da internet e da televisão, a abertura e a recuperação das vias rodoviárias o que facilita a circulação de pessoas, serviços e bens, o início do processo do mapeamento das áreas de saúde, a desconcentração administrativa e financeira em curso e o bom senso dos atores em todos os níveis.

No entendimento do gestor do MAT, os fatores facilitadores são, a paz e a livre circulação de pessoas e bens.

Os fatores que facilitam o processo, na opinião dos gestores provinciais e municipais, escalonados por ordem de citação são: a vontade política, a paz, o bom senso de todos os atores, a consideração de todos os municípios no processo ao mesmo tempo, o acompanhamento rigoroso do processo pelo MAT, o interesse dos usuários e formação administrada sobre a gestão orçamental

Os gestores hospitalares apontam como fatores facilitadores da descentralização do SNS, a vontade política, o conhecimento, embora ainda incipiente, dos princípios de gestão em saúde, a interação entre diversos atores dos distintos níveis de administração da saúde, a aposta nos quadros nacionais, a paz, o aumento de liquidez advindo da subida do preço do petróleo no mercado internacional, o bom senso dos diversos atores, o aumento dos recursos humanos, materiais e técnicos e a gradualidade do processo

7. Fatores que dificultam: No entendimento dos gestores nacionais, os fatores que dificultam a descentralização do SNS são: A baixa qualificação dos recursos humanos, as dificuldades econômicas e sociais nas províncias e municípios (incluindo a falta de estabelecimentos comerciais, deficiências da rede elétrica e do sinal telefônico, entre outras), falta de conhecimento e apropriação do processo, *déficit* de cultura de planeamento a todos os níveis, a falta de responsabilização e a indefinição das competências. Foram também mencionados como fatores que dificultam o processo no Serviço Nacional da Saúde, a falta de condições de habitabilidade nas localidades, a falta ou a pouca preparação dos órgãos do poder local, o *déficit* de infra-estruturas sanitárias, a resistência à mudança devido a problemas de mentalidade, a falta de um documento orientador sobre o processo para o sistema de saúde ou pelo menos para o SNS, a guerra e as suas conseqüências e as deficiências das infra-estruturas básicas, como pontes, estradas, etc., o *déficit* de meios de transporte e a herança da cultura centralização.

Para o gestor do MAT, os fatores que dificultam a implementação da descentralização são a inexistência de bancos em alguns municípios e o estado em que se encontram algumas estradas.

Os fatores que dificultam o processo, na opinião dos gestores provinciais e municipais, escalonados por ordem de citação são: a insuficiência de recursos humanos, a insuficiência de recursos financeiros, a não auscultação do pessoal colocado na base, a falta de padronização de protocolos e procedimentos de aquisição de medicamentos, as deficiências do processo de elaboração orçamental e a falta de padronização de modelos para recolha de dados e de tratamento de informação em saúde.

Os gestores hospitalares referem que existem vários fatores que dificultam a implementação da descentralização do SNS destacando-se os seguintes: a insuficiência de

recursos humanos capacitados e qualificados e de recursos financeiros, sobretudo nos níveis locais, a falta de confiança do nível central para com os níveis locais, a falta de estudos sobre a temática, a desconsideração pelo ministério das finanças dos estudos feitos pelo MINSA sobre o financiamento da saúde, o desconhecimento da legislação, a pouca divulgação do plano de descentralização, a falta de participação popular na discussão de projetos e programas e a indefinição de competências nos vários níveis do SNS.

8. Apoio e participação dos profissionais

Todos os gestores provinciais e municipais destacaram que todos os profissionais apóiam o processo tendo em conta as suas vantagens e participam, sempre que são chamados ou envolvidos pelas respectivas direções.

A totalidade dos profissionais considera que o seu apoio ao processo é bom pelos seus benefícios na reestruturação de todo o sistema de saúde e na gestão local em saúde. Por conseguinte, a totalidade dos profissionais pondera que a participação oscila entre baixa e regular, sendo ainda mais espectadores que atores, por três motivos essenciais, ou porque não são chamados, ou porque têm pouco domínio do processo ou porque não têm conhecimentos sobre a temática.

B. Dimensões da Tríade Analítica de Donabedian

B.1. Da Estrutura

Na análise da dimensão estrutural, foram consideradas: 1. Consideração das especificidades do setor da saúde para a disponibilização de recursos; 2. Comportamento de recursos financeiros; 3. Forma de financiamento do SNS; 4. Porcentagem de disponibilidade de medicamentos essenciais; 5. Comportamento de recursos em geral e 6. Condições de trabalho, incluindo a disponibilidade de meios de diagnóstico.

1. Consideração das especificidades do setor da saúde na disponibilização de recursos: Constatou-se que para 7 dos 10 gestores nacionais, as especificidades do setor da saúde, nomeadamente o fato da saúde estar presente até em todas as comunas, exigindo uma ampla rede de cuidados primários, secundários e terciários e o fato da maioria dos usuários do SNS ser pobre, entre outros, não têm sido consideradas em termos de recursos disponibilizados para o setor da saúde, embora reconheçam melhorias significativas em todos os níveis, com ênfase para a rede dos cuidados terciários. Na opinião de 6 gestores nacionais, esta situação remete os programas de saúde pública a uma dependência dos parceiros internacionais; no entanto, 3 gestores nacionais, consideram que as especificidades são

consideradas, sobretudo desde 2005, ano a partir do qual se registra o aumento progressivo do volume de recursos disponibilizados para o setor.

Na percepção de 18 dos 25 gestores provinciais e municipais as especificidades do setor da saúde não são levadas em consideração para a disponibilização de recursos. Ainda não existe a noção real dos gastos com a saúde por falta de estudos. Portanto, os recursos disponibilizados são inferiores às necessidades. Vive-se a base de prioridades constantes. Em muitos hospitais municipais, centros e postos de saúde, o único que chega com regularidade é o *kit* de medicamentos essenciais. No nível provincial e municipal não se consegue gerir os programas de saúde pública, nem se fazer a formação permanente por falta de recursos.

Para 7 dos 25 gestores provinciais e municipais, as especificidades do setor são tidas em conta para a disponibilização de recursos. Daí o aumento gradual dos recursos que são disponibilizados para o setor.

Do ponto de vista de 2 dos 25 gestores provinciais e municipais, a assistência médico-hospitalar, em primeira instância e a rede de atenção primária, em segundo plano, são as únicas áreas privilegiadas com a descentralização, em detrimento dos programas de saúde pública. Sugeriram que, deveria haver um pouco mais de preocupação para com a atenção primária, incluindo os programas de saúde pública, porque a prevenção deve ser a base. Esta situação provoca a fuga do usuário da rede primária para os hospitais secundários. Daí, portanto, a concentração e superlotação dos hospitais de nível secundário, quando se trata de província. Para 1 gestor municipal (do grupo dos 25 gestores provinciais e municipais), a atenção primária e os programas de saúde pública são as áreas de maior concentração das atenções em termos de financiamento, porque são as únicas que funcionam no seu município. Para 3 dos 25 gestores provinciais e municipais há um equilíbrio no financiamento de todas as áreas, porque todas enfrentam os mesmos problemas.

Na opinião de 9 dos 15 gestores de hospitais, as especificidades do setor da saúde não são levadas em consideração para a disponibilização de recursos pois, registra-se escassez de toda a ordem, em todos os níveis, mesmo os recursos financeiros, por indefinição de critérios e por falta de regulamentos ou porque os existentes não partem de estudos de contexto. A capacidade instalada não é considerada para a alocação de recursos. Não está definido, por exemplo, as normas de afetação de recursos humanos (quantidade de recursos humanos para um dado objetivo). A falta de consideração das especificidades faz com que se verifique a falta até de querosene para a cadeia de frio (para a conservação de vacinas) e a ruptura de estoques de medicamentos. Foi salientado que a falta de consideração das especificidades do setor pode também ser confirmada pelas assimetrias na alocação de recursos, com regiões em melhores condições e outras em situação dramática, apesar de melhorias relativas.

De acordo com o ponto de vista de 6 gestores de unidades sanitárias, as especificidades do setor são levadas em consideração, tendo em vista, a desconcentração financeira e o aumento gradativo do volume de recursos destinados ao setor.

Observou-se que para 34 dos 45 profissionais, as especificidades do setor da saúde, não têm sido consideradas em termos de recursos disponibilizados, até porque, não existem estudos ou levantamentos reais que sirvam de base para a definição das necessidades dos serviços e unidades sanitárias. Existe ainda uma grande desproporção na disponibilização e distribuição de recursos e serviços, o que dificulta o seu acesso e utilização pelos usuários.

Para 11 profissionais, as especificidades do setor da saúde são consideradas na disponibilização de recursos (em geral), fato que pode ser confirmado pela implementação do plano de desconcentração e descentralização apesar do mesmo ainda carecer de acertos na área da saúde.

Apesar de 34 dos 45 profissionais referirem que as especificidades do setor não têm sido consideradas em termos de recursos (em geral) disponibilizados, 40 reconhecem que se registrou o aumento significativo de recursos em todos os níveis, enquanto que 5 consideram que o volume dos recursos permaneceu constante na série histórica.

Este aumento de recursos percebido pela maioria dos profissionais se deve, em sua opinião, a combinação de vários fatores. Primeiro, a paz que permitiu com que, os recursos que anteriormente eram canalizados à guerra, passassem a ser direcionados para o setor social. Em segundo plano, a descentralização que possibilitou o surgimento e o aumento gradativo de U.O. e O.D. no setor da saúde e o conseqüente início de responsabilização do gestor local. Em terceiro, o aumento da liquidez (maior disponibilidade de recursos financeiros) no país considerando a elevação do preço do petróleo no mercado internacional. A estabilidade macroeconômica do país foi apontada como quarto fator que contribuiu para este aumento de recursos no SNS.

2. Comportamento de Recursos Financeiros na série histórica: Para os 10 gestores nacionais, na série histórica 2000-2007, o volume dos recursos financeiros para o setor da saúde aumentou consideravelmente, sobretudo, na rúbrica dos investimentos, tendo diminuído ou permanecido constante para a maioria das demais rúbricas o que coloca a preocupação, no futuro próximo, sobre a adequada gestão das unidades sanitárias que estão a ser construídas e ampliadas. Todos sublinham que o volume de recursos financeiros disponibilizados para o SNS é ainda insuficiente. Daí que, será necessário aumentar a porcentagem do Orçamento Geral do Estado (OGE) destinada ao setor, tendo em vista também, a necessidade de aproximação da meta estabelecida pela Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) para os países membros, de 9-10% do OGE do respectivo país.

Em termos de investimentos, para 6 dos 10 gestores nacionais, a atenção terciária tem sido a privilegiada, em detrimento da atenção primária e secundária; 1 gestor nacional não soube responder, por falta de informação, 1 considerou a atenção secundária a privilegiada, outro gestor nacional tem a percepção que, existe um equilíbrio entre as três áreas e um outro gestor nacional considera a atenção secundária e a terciária, ambas, as privilegiadas. O maior investimento no setor terciário é, na opinião dos gestores nacionais, excludente, porque inibe o acesso universal ao sistema de saúde e transforma este nível de assistência em porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde.

Os recursos financeiros destinados ao setor da saúde na série histórica aumentaram na visão de 21 dos 25 gestores provinciais e municipais, embora, não opinião de todos, serem ainda insuficientes para cobrir as necessidades do setor. Do número (21), 19 gestores provinciais e municipais manifestaram-se insatisfeitos com o volume dos recursos financeiros disponibilizados, apesar de reconhecerem o aumento e 3 avaliaram o seu grau de satisfação de regular. Foi destacado pelos gestores municipais, que os recursos financeiros disponibilizados para o hospital municipal suportaram todas as atividades sanitárias dos municípios, enquanto que inicial e oficialmente seriam apenas para a unidade hospitalar municipal.

No entanto, 4 dos 25 gestores provinciais e municipais declararam que o volume de recursos financeiros disponibilizados para o setor diminuiu considerando que aumentaram as dificuldades para gerir o SNS.

Quanto à aplicação dos recursos financeiros, pergunta formulada apenas aos gestores provinciais considerando que os gestores municipais não têm orçamento, 7 dos 9 gestores provinciais consideram que a aplicação é boa. Foi destacado que na aplicação procura-se contemplar todas as áreas obedecendo aos preceitos da legislação sobre o assunto. No entanto, 2 dos 9 gestores provinciais declararam que a aplicação é regular pois nem sempre se observa os princípios normativos. Existem várias despesas que são feitas que não correspondem com o previsto nas rubricas do orçamento, como por exemplo, pagamento de aluguel de residências para os médicos expatriados, aquisição de ambulâncias considerando a aflição de algumas unidades de saúde e outras necessidades pontuais inadiáveis que provocam dificuldades de gestão da quota financeira e atropelamentos aos princípios de gestão orçamentária.

Entende-se por Quota Financeira (QF), a tranche do orçamento aprovado que é disponibilizada às Unidades Orçamentais através de uma transferência de recursos autorizada pela Direção Nacional do Tesouro, no Ministério das Finanças. As quotas financeiras podem ser de quatro tipos: pessoal, bens e serviços, transferências e investimentos. As quotas financeiras para salários estão garantidas todos os meses, mas as dos bens e serviços e dos

investimentos nem sempre têm uma cadência mensal. Em condições normais, as quotas financeiras deveriam corresponder à duodécima parte do orçamento, sendo disponibilizadas a cada mês (VINYALS, 2002).

Desde 2000, o volume de recursos financeiros destinado as unidades sanitárias aumentou gradual e consideravelmente na opinião de 14 dos 15 gestores de hospitais. Com a desconcentração financeira e com o aumento gradual do volume de recursos financeiros, os hospitais até já conseguem adquirir meios de trabalhos, como ecógrafos, microscópios, insumos, de entre outras possibilidades, sustentam. Segundo o ponto de vista de 1 gestor hospitalar verificou-se aumento até 2002 e daí em diante se manteve constante.

Quanto a satisfação com o volume de recursos financeiros atribuído aos hospitais, apenas 1 dos 15 gestores de unidades de saúde se manifestou satisfeito, enquanto 7 se manifestaram insatisfeitos e outros 7 o consideraram regular. Os dois últimos grupos declararam que, apesar do aumento verificado, o montante das diversas rúbricas não corresponde ainda com as necessidades e com o aumento da demanda que se registra. Destacaram que o montante a atribuir a cada hospital deveria ser baseado em estudos que considere não somente a capacidade instalada, os dados demográficos da província ou região, os recursos humanos existentes mas sobretudo, as especificidades do custo de vida da província que ao nível de território de Angola não é uniforme.

No entanto, no que tange a aplicação dos referidos recursos financeiros, todos os gestores de unidades hospitalares com orçamento, 11 no total dos 15 gestores hospitalares, consideraram-na boa, acrescentando que se cumpre o previsto na legislação procurando sempre atender as necessidades prioritárias. 4 gestores de unidades sanitárias que são órgãos dependentes declararam que a aplicação é ruim considerando que não têm capacidade de gestão própria, manipulando a Direção Provincial da Saúde o orçamento a si atribuídos de acordo com os seus interesses.

No que concerne aos recursos financeiros, foi destacado por 40 dos 45 profissionais que os mesmos aumentaram, sobretudo na rúbrica referente aos salários, enquanto 3 não souberam responder e para 2, os recursos em causa se mantiveram constantes. Aqueles que defendem que os mesmos aumentaram, destacam que ainda assim são insuficientes para corresponder às necessidades, agravada a situação com uma gestão ainda deficiente em todos os níveis de atenção.

3. Forma de financiamento do SNS: Analisando o financiamento em geral, 7 dos 10 gestores nacionais consideram que a forma como o mesmo foi feito deu mais ênfase a assistência médico-hospitalar, sendo que mais de 50% do Orçamento Geral do Estado é

atribuído exatamente a este tipo de assistência, 2 gestores nacionais ponderam que existiu um equilíbrio entre a assistência médico-hospitalar, a atenção primária e as atividades preventivas e de promoção, enquanto que 1 gestor nacional foi de opinião que a maior ênfase foi dada a atenção primária. Os gestores nacionais que opinam que o financiamento dá mais ênfase a assistência médico-hospitalar sublinham que o ideal seria o inverso, pois o investimento na saúde pública é mais barato. Para estes gestores nacionais, como agravante, os profissionais da área hospitalar ganham muito mais que os alocados na saúde pública, nos cuidados preventivos e de promoção. Daí a baixa motivação dos quadros dos cuidados primários de saúde. Enfatizam que o desequilíbrio desfavorável a área preventiva é não só a nível central como a nível provincial e municipal.

Todos os gestores nacionais declararam que, a aplicação dos recursos financeiros no MINSA e nos seus respectivos setores de trabalho é razoável. A aplicação cada vez mais freqüente de instrumentos de planificação e gestão financeira tem contribuído para melhorar gradualmente a aplicação dos recursos financeiros. Contudo, nem sempre se verifica a melhor utilização existindo programas sem recursos financeiros e não execução da totalidade do orçamento atribuído.

No entendimento de 19 dos 25 gestores provinciais e municipais, o financiamento da saúde em Angola privilegiou a assistência médico-hospitalar. Destacam que somente têm orçamento, os hospitais e alguns centros de saúde com internação. A maioria dos centros de saúde e postos de saúde não têm qualquer dotação financeira e são estas unidades que deveriam servir de primeiro contato para os usuários. Referem que não há praticamente recursos financeiros para os programas de saúde pública e para os cuidados primários de saúde. Em termos práticos, tudo o que se faz em saúde pública com objetivos e metas definidos geralmente é com o suporte financeiro das agências especializadas das nações unidas e das missões de cooperação. Acrescentam que o governo deveria assumir na plenitude o financiamento dos programas de saúde preventiva para se atingir a decompressão da assistência curativa que está superlotada, embora se reconheça a importância da assistência curativa. O que se quer é apenas alguma atenção também para os cuidados primários e para os programas de saúde pública. Os referidos gestores provinciais e municipais sublinham que as longas distâncias das sedes provinciais para as comunas e a grande dispersão de aldeias pelo território nacional são aspectos não considerados na definição do financiamento do SNS. Referem ainda que as unidades básicas de saúde só sobrevivem a base de kits de medicamentos essenciais enviados pela DNME, não havendo inclusive meios para transportar vacinas para as zonas rurais ou para o interior.

Quanto ao investimento, na percepção de 3 dos 9 gestores provinciais, maior atenção foi dada a atenção secundária e terciária com a construção, reabilitação de infra-estruturas e equipamento de unidades com tecnologias modernas. No entendimento de 1 dos 9 gestores provinciais, o destaque foi dado a atenção terciária. A concentração do investimento na atenção secundária e terciária deve-se, no seu entendimento, ao fato dos decisores considerarem que era necessário aumentar a capacidade de resposta dos hospitais destes níveis, pensando que resolvendo os problemas dos grandes hospitais poder-se-ia resolver o problema do acesso da população aos cuidados de saúde. Argumentam que a prática demonstrou que foi uma visão errada. Assim, a partir de 2007, se começou a prestar mais atenção da necessidade de investimento na atenção primária. Do ponto de vista de 2 dos 9 gestores provinciais, os maiores investimentos foram feitos na atenção primária, com a construção de postos e centros de saúde. O mesmo argumento foi usado por 1 dos 9 gestores provinciais que considera que os maiores investimentos foram feitos na atenção primária e secundária, com a construção, reabilitação e equipamento não somente de postos e centros de saúde, mas também de hospitais municipais e provinciais, enquanto que 2 gestores provinciais e municipais dos 25 entrevistados pensam que houve um equilíbrio entre a atenção primária, secundária e terciária.

Segundo a opinião de 11 dos 15 gestores hospitalares, a assistência médico-hospitalar tem sido privilegiada em termos de financiamento quando comparada com as demais formas de assistência em saúde. Argumentam que o volume de recursos financeiros disponibilizados para a reabilitação e reequipamento de hospitais com tecnologia de ponta é extremamente elevado quando comparado com os demais serviços de outras áreas assistenciais. Destacam também que os programas de saúde pública em funcionamento dependem essencialmente do financiamento externo, enquanto a rede primária está desprovida de recursos financeiros para o normal funcionamento, recebendo os gestores de hospitais com orçamento sistematicamente pedidos e queixas das unidades periféricas que enfrentam dificuldades inerentes à insuficiência e à dificuldades de manutenção e higiene.

Para 2 dos 15 gestores de unidades sanitárias, existe um equilíbrio na afetação de recursos financeiros quer para atenção primária, como para assistência médico-hospitalar e para as demais atividades de prevenção, promoção e reabilitação.

Na visão de 1 gestor hospitalar nenhuma área assistencial foi privilegiada tendo em conta que todas vivem as mesmas dificuldades e na percepção de 1 outro gestor de hospital, a atenção primária foi a área privilegiada em termos de financiamento, sem no entanto, explicar o seu posicionamento.

Por conseguinte, 39 dos 45 profissionais são de opinião de que a assistência médico-hospitalar foi a privilegiada em termos de financiamento quando comparado com a atenção primária da saúde (postos, centros de saúde e alguns hospitais municipais) e atividades de saúde pública, incluindo a promoção o que leva ao aumento do fluxo dos pacientes para a rede secundária e terciária e o conseqüente esvaziamento da rede primária da saúde quando tendencialmente deveria ser o inverso ou pelo menos, equilibrado. Portanto, privilegiam – se os hospitais, a assistência curativa que apesar disso ainda assim padece de muitas carências. Enfatizaram que não havendo mudança, os hospitais continuarão a estar superlotados. Observa-se uma tendência de construção ou reabilitação de muitos hospitais e o respectiva instalação de novos equipamentos. Referem que o financiamento de algumas ações de saúde pública e de promoção passou a depender mais das organizações internacionais.

Para 3 dos 45 profissionais entrevistados, a atenção primária da saúde foi a área mais favorecida com a modalidade de financiamento praticada, enquanto que os demais 3 profissionais consideram que verificou-se um equilíbrio entre as três áreas. Estes dois grupos de profissionais sustentam o seu posicionamento com as debilidades financeiras que se registram na área hospitalar ou nas três áreas.

Foi referido por 7 profissionais que a transformação de hospitais em unidades orçamentais e as direções provinciais em órgãos dependentes constituiu-se um recuo em relação ao financiamento do SNS, pois os diretores provinciais dependem para implementação de qualquer ação da boa vontade do governador de quem estão a mercê. Portanto, qualquer ação, se o governador assim o entender, disponibiliza o dinheiro, se não for do seu interesse, agrado ou aceitação, simplesmente não disponibiliza o dinheiro.

4. Porcentagem de Disponibilidade de Medicamentos Essenciais nas Unidades de Saúde: A totalidade dos gestores nacionais concorda que a porcentagem da disponibilidade de medicamentos essenciais e de especialidade, nas unidades sanitárias, no período 2000-2007, aumentou consideravelmente, devido a três fatores: reforço do programa de medicamentos essenciais, aumento do volume de compras agrupadas e a descentralização financeira que possibilita a aquisição dos mesmos pelas unidades sanitárias. A respeito destacaram que, diminuíram as queixas em todas as unidades sanitárias quer dos profissionais como dos usuários.

No entendimento de 21 dos 25 gestores provinciais e municipais, a porcentagem de disponibilidade de medicamentos essenciais nas unidades sanitárias aumentou. Também aumentou a porcentagem de disponibilidade de medicamentos hospitalares, de especialidade, tendo em conta o aumento de fontes de aprovisionamento de medicamentos: Recepção de *kits*

de medicamentos essenciais fornecidos pelo programa nacional, aquisições feitas pelas direções provinciais e unidades de saúde, reforço recebido dos governos provinciais e ainda o fornecimento recebido da DNME. Assim, o aumento foi em quantidade, qualidade e número de unidades sanitárias abrangidas, apesar dos problemas de normatização neste domínio. Para percepção de 2 dos 16 gestores municipais a percentagem de disponibilidade de medicamentos essenciais diminuiu, enquanto que, outros 2 gestores municipais consideram que a percentagem manteve-se constante no período de 2000-2007. Os 4 gestores destacaram que o conteúdo dos *kits* disponibilizados de medicamentos essenciais não satisfaz a procura e não serve para atender as patologias que são registradas nos hospitais municipais, centros e postos de saúde.

Na percepção de 14 dos 15 gestores de hospitais na série temporal em análise a percentagem de disponibilidade de medicamentos essenciais e de especialidade aumentou consideravelmente, tendo a descentralização jogado um papel importante neste aumento, visto que, os hospitais passaram a adquirir também medicamentos. Referem que o reforço recebido da Direção Nacional de Medicamentos e Equipamentos (DNME) também tem sido fundamental, bem como o apoio das direções provinciais e em alguns casos, dos governos provinciais. Na concepção de 1 gestor hospitalar não se verificou qualquer aumento na disponibilidade de medicamentos. Portanto, durante o período, a disponibilidade de medicamentos manteve-se constante.

A percentagem de disponibilidade de medicamentos essenciais e de especialidade no SNS aumentou na avaliação de 34 dos 45 profissionais, quer em quantidade, como diversidade. De acordo com 4 profissionais, a referida disponibilidade permaneceu constante na série histórica. Igual número dos profissionais (4) considera que registrou-se uma diminuição, enquanto 3 não souberam responder.

O aumento deveu-se, na opinião dos profissionais, as aquisições feitas pelas unidades desconcentradas financeiramente, as compras agrupadas, o apoio da DNME em Kits e as aquisições feitas pelos governos de províncias também no âmbito da descentralização.

Os profissionais manifestaram a sua preocupação quanto à falta de normatização na compra de medicamentos pelos governos de províncias e até pela maioria das unidades sanitárias. É urgente a criação das comissões internas de farmácia com os devidos poderes de decisão. As debilidades que se registram devem-se, em sua opinião, a falta de acompanhamento oportuno pelo Ministério da Saúde (MINSA) da implantação e implementação do processo de descentralização, conduzido pelo Ministério de Administração do Território (MAT).

5. Comportamento de recursos em geral: A totalidade dos gestores nacionais referiu que os recursos em geral, infra-estruturas, meios de trabalho, recursos humanos, entre outros, na série histórica em análise aumentaram, com maior ênfase para as infra-estruturas. Todos destacam a paz como o fator decisivo para este aumento. Para alguns, com a paz, os recursos que outrora eram canalizados para a guerra passaram a ser canalizados para o setor social. Para outros, a paz criou um ambiente propício para a melhoria da gestão e para a implementação da descentralização. Portanto, os três fatores estão interligados.

Para 4 dos 10 gestores nacionais, além da paz, a descentralização financeira também jogou um papel importante para o aumento dos recursos para o setor. O aumento da liquidez, em função do aumento do preço do barril de petróleo no mercado internacional e as políticas governamentais foram também citados como fatores que contribuíram para o aumento dos recursos em saúde.

Para 22 dos 25 gestores provinciais e municipais, os recursos em geral para o setor aumentaram no período de 2000-2007. Vários são os fatores que concorreram para o aumento verificado, escalonado por ordem de importância atribuída por este grupo de gestores provinciais e municipais: a paz, a descentralização, o aumento de liquidez, o momento eleitoral, a presença de mais quadros formados em gestão, melhoria da gestão do setor da saúde, aumento da transparência de gestão da coisa pública e ligeira diminuição da corrupção. Argumentam que a paz fez com que se diminuísse o investimento na guerra passando a ser priorizado o setor social; a descentralização permitiu a autonomia dos hospitais e o momento eleitoral aumentou a preocupação com o voto popular nas urnas. Acrescentam que por norma, nos períodos eleitorais, em muitos países, existe uma tendência de se procurar mostrar trabalho. Quanto ao aumento de liquidez, deve-se ao aumento considerável do preço do barril de petróleo no mercado.

No entanto, 3 gestores municipais (da totalidade dos gestores provinciais e municipais) consideram que, o volume de recursos diminuiu, tendo em conta com a descentralização, toda a atenção passou a ser dada aos hospitais nacionais/centrais e provinciais/gerais.

Na percepção de 14 dos 15 gestores de hospitais, os recursos em geral no SNS durante a série histórica aumentaram consideravelmente, embora ainda muito aquém das necessidades. Este aumento, no entanto, para estes gestores de hospitais não obedeceu a critérios bem definidos para alocação, acompanhamento e avaliação. Por estar relativamente pouco tempo no cargo, um (1) gestor de unidade de saúde não soube responder por falta de dados para comparação. O aumento registrado é atribuído, em primeira instância a paz, em segundo, a descentralização. Outros fatores apontados: a melhoria da gestão no setor,

a maior disponibilidade no país de recursos financeiros e maior sensibilidade dos atores políticos.

6. Condições de trabalho, incluindo a disponibilidade de meios de diagnóstico:

Para 36 dos 45 profissionais, as condições de trabalho, incluindo a disponibilidade de meios de diagnóstico melhoraram em termos gerais, considerando a disponibilidade de recursos financeiros e a autonomia na tomada de decisões das direções das unidades de saúde. Consideram que apesar das melhorias, as condições ainda estão aquém do mínimo necessário. De acordo com o ponto de vista de 7 profissionais, as condições de trabalho permaneceram inalteradas.

As condições de trabalho, com a descentralização pioraram na opinião de 1 profissional, pois os governos provinciais deixaram de apoiar os hospitais por considerá-los autônomos financeiramente e 1 profissional não respondeu a pergunta alegando falta de subsídios para o efeito.

B.2. Do Processo

Neste domínio foram analisadas: 1. a relação entre a circulação de pessoas e bens e a descentralização; 2. a forma de busca de serviços de média e alta complexidade tecnológica; 3. a porcentagem de pacientes transferidos; 4. taxa de mortalidade operatória (TMO) e 5. a taxa de ocupação de leitos.

1. Relação entre a circulação de pessoas e bens e o processo de descentralização:

As dificuldades ainda existentes quanto à livre circulação de pessoas, serviços e bens, tendo em conta, o legado da guerra (por exemplo, o mau estado ainda de algumas vias de comunicação, algumas pontes ainda destruídas, a presença de minas, etc.), para os gestores nacionais, é um fator dificultador, mas o seu peso específico não é relevante para o processo, pois mesmo nos momentos da guerra, apesar de tudo, o pessoal da saúde esteve presente em todas as localidades. Referem ainda que a circulação de pessoas, bens e serviços melhorou consideravelmente ao nível de todo o território nacional desde o fim da guerra, fruto do grande esforço de reconstrução nacional.

O gestor do MAT também fez a mesma avaliação destacando o mau estado de algumas vias e a presença de minas ainda é um problema. Porém, não representa nem constitui um empecilho para as pessoas circularem, pois as zonas minadas já estão devidamente sinalizadas e conclui afirmando que há um esforço do governo na melhoria das vias de comunicação.

2. Taxa de ocupação de leitos hospitalares (TOL): A taxa de ocupação de leitos hospitalares, no entendimento de 2 dos 10 gestores nacionais, diminuiu devido à melhoria das condições sociais e o aumento da rede sanitária. A melhoria das condições nos hospitais (alimentação, medicamentos e limpeza) serviu de base para 2 gestores nacionais considerarem que a taxa de ocupação de leitos hospitalares aumentou, enquanto que 6 gestores do grupo não souberam responder, por falta de informação de base para a avaliação.

A taxa de ocupação de leitos aumentou na avaliação de 12 dos 25 gestores provinciais e municipais considerando o fato do indicador leito/habitante ser muito baixo, o aumento da demanda, o aumento da confiança dos usuários em relação a assistência, a melhoria das condições de acesso. Todos estes fatores levam a superlotação dos hospitais, a necessidade de colocação de leitos suplementares e a internação de mais de um paciente por leito, em alguns casos. Para 4 dos 25 gestores provinciais e municipais, a taxa de ocupação de leitos diminuiu tendo em conta o esforço na construção e reabilitação de unidades sanitárias. Para 5 dos 25 gestores provinciais e gestores a taxa de ocupação de leitos permaneceu alta na série histórica considerando que o indicador leito/habitante permaneceu muito baixo e 4 dos 25 gestores provinciais e municipais não emitiram qualquer posicionamento á respeito por falta de dados.

Para 10 dos 15 gestores de hospitais, a taxa de ocupação de leitos aumentou. Argumentam apontando como causas, a melhoria da circulação de pessoas e serviços, o fato da população acreditar mais nos serviços, considerando a presença de médicos especialistas e a melhoria das condições logísticas nos hospitais, o fato da população estar mais esclarecida, a inoperância da rede de cuidados primários e a melhoria da capacidade de diagnóstico. Por falta de dados ou de informação, 4 gestores de hospitais não responderam a questão, enquanto 1 gestor da categoria considerou que, a taxa de ocupação de leitos permaneceu constante durante o período 2000-2007.

Na visão de 32 dos 45 profissionais, a taxa de ocupação de leitos hospitalares aumentou, enquanto 13 não souberam responder a pergunta. Contribuíram para este aumento percebido pela maioria dos profissionais, a maior conscientização da população da necessidade de dirigir-se a uma unidade de saúde, em detrimento do curandeiro em caso de necessidade, a livre circulação de pessoas e serviços no país, o aumento do número de profissionais qualificados nas unidades sanitárias, o aumento da prevalência e incidência de algumas endemias, a baixa capacidade infra-estrutural levando com que se registra mais de um doente por leito, em algumas províncias. Destacaram ainda, a maior disponibilidade de serviços, a inoperância da rede sanitária periférica, o aumento da confiança dos usuários face á uma melhor resposta das unidades, a superlotação das cidades e a debilidade funcional dos programas de saúde pública.

3. Taxa de Mortalidade Operatória: A Taxa de Mortalidade Operatória (TMO) não faz parte do sistema de informação do país. Assim, 8 dos 10 dos gestores nacionais não conseguiram emitir o seu ponto de vista à respeito, mas fundamentalmente porque não têm um vínculo direto com os hospitais. Apesar disso, para 2 gestores nacionais, a Taxa Mortalidade Operatória diminuiu, tendo em conta o aumento dos recursos gerais em saúde no país, incluindo humanos.

A taxa de mortalidade operatória diminuiu na avaliação de 8 dos 9 gestores provinciais tendo em conta a melhoria das condições nos blocos operatórios, com a descentralização; a presença de médicos especialistas expatriados, a formação em serviço dos profissionais angolanos e a chegada precoce dos pacientes as unidades sanitárias, por estar melhor informada. De acordo com 1 dos 9 gestores provinciais, a TMO aumentou porque com a melhoria das condições nos hospitais e nos blocos operatórios, em particular, aumentou o fluxo de pacientes às unidades, conseqüentemente aumentou o número de intervenções cirúrgicas, e onde não se faziam operações, passaram a ser feitas, o que levou ao aumento da taxa de mortalidade operatória. Contudo, a avaliação correta, somente poderá ser feita dentro de alguns anos, enfatizou.

No entendimento de 10 gestores hospitalares a taxa de mortalidade operatória diminuiu, tendo em atenção, à melhoria das condições de trabalho nos blocos operatórios, a melhoria do acesso aos serviços de saúde (os pacientes passaram a chegar mais cedo aos serviços), presença de mais especialistas nas unidades de saúde e a maior conscientização da população. Por falta de dados ou de informação, 4 dos 15 gestores de unidades hospitalares não responderam a questão, enquanto 1 gestor de hospital considerou que a TMO aumentou, tendo em conta, o péssimo estado dos blocos operatórios e insuficiência de pessoal qualificado.

A taxa de mortalidade operatória diminuiu na percepção de 22 dos 45 profissionais apesar de predominantemente as cirurgias serem de urgência e não eletivas. Explica-se a diminuição pela existência de mais e melhores insumos e equipamentos, pela aplicação de medidas de biossegurança hospitalar, pelos cursos de capacitação administrados nas unidades de saúde e pela presença de médicos especialistas. Na opinião de 3 profissionais, a taxa em causa aumentou considerando a chegada tardia dos pacientes aos hospitais e a falta de protocolos de tratamento de doenças. Para 2 profissionais, a taxa permaneceu constante tendo em conta as deficientes condições de trabalho e, não conseguiram opinar 18 profissionais, por desconhecimento de dados.

4. Forma de Busca de Serviços de Média e Alta complexidade Tecnológica.

Na série histórica 2000-2007, para 7 dos 10 gestores nacionais o percentual de usuários transferidos ou que busca assistência no exterior do país, diminuiu, considerando a melhoria das condições assistenciais no país, 2 gestores nacionais não souberam responder e para 1 gestor nacional, o percentual permaneceu inalterado, tendo em conta, a ainda indisponibilidade de algumas especialidades e a baixa qualidade assistencial. Entretanto, para 5 gestores nacionais, o percentual dos usuários que busca assistência em unidades sanitárias de maior complexidade tecnológica (nos níveis secundário ou terciário), dentro ou fora dos limites territoriais do seu município ou da sua província aumentou, considerando a falta de condições na periferia, a liberdade de opção pela unidade sanitária e a livre circulação de pessoas e bens vivenciada no país. Para 8 do total dos gestores nacionais, a referida busca é feita de forma espontânea, em direção aos níveis de maior complexidade, o que leva a transformação dos hospitais nacionais/centrais e provinciais/gerais em grandes centros de saúde porque a rede primária não funciona. A falta de um sistema de referência também contribui para a situação que se vive. No entanto, 2 gestores nacionais não conseguiram opinar sobre o assunto por falta de conhecimento.

Para 7 dos 10 gestores nacionais, os pacientes não são atendidos ou permanecem por grande tempo de espera nas unidades onde se dirigem, sendo necessário maior investimento nos cuidados primários e no atendimento ambulatorial, enquanto 3 não conseguiram emitir qualquer ponto de vista.

Todos os gestores provinciais e municipais referem que a forma de busca pelos pacientes dos serviços de média e alta densidade tecnológica é fundamentalmente espontânea. Apenas são transferidos formalmente (pela unidade sanitária) os doentes graves, internados, emitindo o hospital que transfere uma guia de transferência e existindo uma ambulância na unidade sanitária, este apoio é concedido.

O mesmo também foi referido por 11 dos 15 gestores de unidades sanitárias. Na percepção destes gestores, nestes casos aos usuários se atribui, para além da guia, a ambulância e o um enfermeiro acompanhante, quando disponível e possível. Sublinham que os demais pacientes buscam os referidos serviços de forma espontânea. Do ponto de vista de 4 dos 15 responsáveis de hospitais, todos os pacientes, graves e não graves, buscam os serviços de maior complexidade tecnológica de forma espontânea.

5. Porcentagem de pacientes transferidos: Considerando o aumento da rede sanitária, a melhoria das condições de trabalho nas unidades de saúde, o aumento de valências médicas, a presença de recursos humanos qualificados e o aumento da porcentagem de disponibilidade de medicamentos, 21 dos 25 gestores provinciais e municipais têm a

percepção que a porcentagem de pacientes transferidos para unidades de média e alta densidade tecnológica diminuiu.

Para 2 dos 25 gestores provinciais e municipais, a porcentagem de pacientes transferidos manteve-se constante na série histórica considerando que não se registraram melhorias significativas na qualidade de assistência nas províncias e municípios. Entretanto, 2 gestores municipais dos 25 gestores provinciais e municipais, foram de opinião que a referida porcentagem aumentou, considerando a melhoria das condições das vias de comunicação aliada ao fato de não se ter registrado melhorias significativas na qualidade de assistência prestada nos municípios.

O atendimento das unidades para onde os pacientes são transferidos tem sido imediato, por tratar-se de doentes graves, na opinião de 14 dos 25 gestores provinciais e municipais. Na concepção de 6 dos 25 gestores provinciais e municipais, o tempo de espera é adequado a realidade das unidades sanitárias. Para 2 dos 25 gestores provinciais e municipais, os pacientes permanecem muito tempo a espera, havendo mesmo casos em que os pacientes nem são recebidos. Não souberam avaliar o tempo de espera de atendimento nas unidades para onde os pacientes são transferidos 3 dos 25 gestores provinciais e municipais.

O percentual de pacientes transferidos para as unidades de média, alta complexidade dentro da província ou para unidades de outras províncias e até para o exterior do país diminuiu de acordo com a visão de 12 dos 15 gestores hospitalares, tendo em conta a melhoria das condições de diagnóstico e tratamento nas unidades sanitárias que se consubstancia no aumento de equipamentos laboratoriais e de imagem, de medicamentos e do número de especialistas e de especialidades médicas. Os cursos de capacitação também contribuíram para a diminuição registrada, destacam.

Por se encontrarem há pouco tempo no cargo, 2 gestores de hospitais não responderam a questão, enquanto que 1 gestor hospitalar considera que a referida porcentagem manteve-se inalterada considerando que, as unidades sanitárias do país, apesar de relativas melhorias ainda enfrentam enormes dificuldades.

Por conseguinte para 6 dos 15 gestores hospitalares, os pacientes têm sido imediatamente atendidos nas unidades para onde são transferidos, pois somente são transferidos doentes graves e internados, com auxílio de ambulância, mas sem os formalismos de uma transferência coordenada. Não responderam a questão, sobre o tempo de espera pelo atendimento nas unidades onde os usuários são transferidos 4 dos 15 gestores de hospitais, por falta de dados da contra-referência. O tempo de espera é adequado no entendimento de 3 dos 15 gestores de unidades hospitalares considerando o pronto atendimento das equipes médicas nos serviços de emergência dos hospitais para aonde os pacientes são transferidos,

mas destacam que por falta de uma efetiva coordenação, os pacientes, muitas vezes, regressam a procedência, pois alega-se falta de vagas. Os pacientes permanecem muito tempo de espera, na opinião de 2 gestores de unidades sanitárias. Apontam a regionalização como forma de superação desta dificuldade vivenciada pelos pacientes.

B.3. Dos Resultados

Para a abordagem dos resultados foram contemplados os seguintes aspectos: 1. satisfação com o andamento do processo; 2. mudanças registradas no SNS com a descentralização; 3. mudanças registradas nas unidades sanitárias; 3.a. capacidade de atendimento da demanda; 4. Benefícios da descentralização; 5. Prejuízos da descentralização para o SNS.; 6. Taxas de Mortalidade Geral e de Mortalidade de Crianças Menores de 1 ano e 7. Necessidade e Critérios para a Regionalização dos Serviços de Saúde

1. Satisfação com o andamento do processo: Para 5 dos 10 gestores nacionais, o processo está rápido sem, contudo, uma evolução significativa dos pressupostos para a sua implementação em saúde. Consideram ser necessário maior dinamismo por parte do Ministério da Saúde para acompanhar o processo regulamentando e procurando clarificar “as zonas cinzentas” existentes. Na percepção dos demais 5 gestores nacionais, o processo está lento. Fundamentam-se na falta de clareza de muitos aspectos, na lentidão da apropriação do processo, sobretudo no nível provincial e municipal. Opinaram ser necessário acelerar a integração dos programas a nível provincial e municipal o que não se verifica, por insuficiência dos instrumentos normativos do processo.

No entendimento do gestor do MAT, o processo em geral e no SNS, tem um andamento rápido, considerando que a qualidade dos serviços locais prestados a população estão a melhorar gradualmente.

Percebem que o processo está muito lento ou lento 23 dos 25 gestores provinciais e municipais. Consideram que o processo nos nível central e provincial teve um bom andamento e parou na transição para o nível municipal. A gestão dos programas de saúde pública ainda não se iniciou mesmo o processo tendo iniciado em 1999. Reclamam da falta da real implantação das repartições municipais e a conseqüente transformação em órgãos dependentes da administração municipal para facilitar a revitalização da rede de cuidados primários de saúde. Lamentam também desconhecer as fases seguintes do processo no SNS.

O andamento do processo é considerado de rápido por 1 gestor provincial do total de 25 gestores provinciais e municipais, enquanto outro (do total dos 25 gestores provinciais e municipais) gestor provincial tem a percepção de que o processo tem um andamento regular, permitindo assim consolidar as fases já percorridas.

O processo está lento, de acordo com o ponto de vista de 12 dos 15 gestores hospitalares porque pelo tempo que o processo decorre já deveria atingir na plenitude o nível municipal e comunal, considerando que as doenças e a demanda crescente não podem esperar. Foi sugerido que, apesar dos riscos, dever-se-ia encurtar o tempo de cada uma das fases. Para 1 gestor hospitalar, o processo está muito lento porque os legisladores e tomadores de decisão sobre o processo não entendem as especificidades da saúde. Igual número de gestores de hospitais (1 no caso) opinou que o processo está rápido considerando as inúmeras conquistas já realizadas em oito (8) anos no que concerne a elaboração e aplicação de muitos instrumentos de gestão financeira e regulamentos para o SNS. No entendimento de um outro gestor de hospital, o processo decorre na velocidade normal pois, as mudanças devem ser graduais, consolidando os alicerces e os fundamentos de cada uma das etapas.

Do ponto de vista de 37 dos 45 profissionais, a implementação do processo está muito lento ou lento, sendo que para 27, o processo está lento, enquanto que, para 10 está muito lento. O processo está muito rápido na percepção de 6 profissionais e para 2 profissionais, o mesmo decorre dentro da normalidade porque a desconcentração/descentralizada deve ser implementada de forma gradativa, para permitir que se ganhe experiências podendo ser materializado através de experiências pilotos. Os dois profissionais destacaram que é necessário inicialmente dotar as províncias e municípios e unidades sanitárias de mais recursos humanos, com conhecimentos técnicos sobre gestão em saúde e sobre descentralização em saúde, em particular. Os 6 profissionais que sustentam o ponto de vista de que o processo está muito rápido baseiam-se em dois fatores antagônicos: Para 4 destes profissionais, em pouco tempo de implementação do processo, o nível de gestão e o volume de recursos no SNS melhorou consideravelmente. Por conseguinte, do ponto de vista de 2 profissionais, a rapidez foi justificada pelo desligamento precoce das estruturas centrais e a desarticulação que isto provocou para o Serviço Nacional da Saúde, particularmente no nível municipal. Referem que são passos dados sem a devida consolidação das fases anteriores.

A maioria que argumenta que o processo está muito lento ou lento destacam que apesar de estar a ser implementado há alguns anos, os seus efeitos práticos no nível provincial e, sobretudo no municipal, ainda são mínimos. Boa parte da legislação ainda não foi regulamentada. Existem ainda muitos aspectos confusos que carecem de clarificação. A autonomia dos municípios e serviços é um objetivo a ser alcançado em curto prazo para facilitar a tomada local das decisões, o que poderia contribuir para melhorar o acesso da população aos cuidados de saúde. Para tanto, a coordenação intersetorial e interministerial é fundamental, pois de momento, cada ministério parece estar a trabalhar de forma isolada. Enfatizam que, inclusive existem diretores nacionais que pouco ou nada sabem sobre o

processo. Enfatizam mencionando que mesmo o nível central ainda não entendeu bem os meandros do processo.

2. Mudanças registradas no SNS e nas unidades sanitárias: As mudanças registradas foram para melhor na opinião de 23 dos 25 gestores provinciais e municipais, embora ainda reclamem por mudanças substanciais na forma de gerir o SNS. Foi por eles referido que antes da descentralização, por vezes, os hospitais nem sequer oxigênio tinham. Muitas vezes, as contas da água e de energia elétrica não eram pagas. Com descentralização, o crédito junto da população e a demanda aumentaram. Contudo, associam estas mudanças não somente a descentralização, mas fundamentalmente, a paz que o país conquistou. Na percepção de 2 dos 25 gestores provinciais e municipais, a situação da saúde mudou para pior, com a descentralização pois, a dependência dos governos ou administrações locais impossibilita o desenvolvimento de certas ações sanitárias que são melhor percebidas por gestores do MINSA. Foi também mencionado por estes 2 gestores que o setor da saúde no município nunca deveria ter sido integrado na secção municipal dos serviços sociais. Deveria depender diretamente do administrador municipal.

As mudanças para melhor, com a descentralização, tiveram o seu reflexo fundamentalmente nos níveis central e provincial na percepção de 14 dos 25 gestores provinciais e municipais. No entendimento de 2 dos 25 gestores provinciais e municipais, o efeito positivo da descentralização foi mais visível no nível central. Por conseguinte, 9 dos 25 gestores provinciais e municipais consideram que o impacto foi uniforme a todos os níveis, cada nível a seu tempo.

Quanto ao impacto positivo das mudanças nas unidades de saúde, 11 dos 25 gestores provinciais e municipais consideram que o mesmo foi maior nos hospitais centrais, provinciais e municipais, sendo os centros e postos de saúde ainda ignorados do processo. 8 dos 25 gestores provinciais e municipais foram de opinião que em todas as unidades de saúde o impacto foi positivo. Os centros e postos de saúde passaram a beneficiar-se dos recursos dos hospitais municipais e kits de medicamentos essenciais distribuídos pela Direção Nacional de Medicamentos e Equipamentos. No entendimento de 3 dos 25 gestores provinciais e municipais, os hospitais municipais, centros e postos de saúde, são as unidades mais beneficiadas com as mudanças, pois passaram a ter alguns recursos, embora mínimos, para o seu funcionamento enquanto as demais unidades sempre tiveram. Na percepção de 1 gestor deste grupo constituído por 25 entrevistados, o principal alvo de atenção foram os hospitais nacionais/centrais, onde se concentram todos os principais recursos e atenções. Para 1 gestor também deste grupo de gestores (provinciais e municipais), o impacto maior foi notado nos

hospitais provinciais/gerais, enquanto 1 gestor, mencionou as unidades municipais, como as principais beneficiadas por se terem transformado em unidades orçamentais.

As mudanças registradas no SNS foram para o melhor, na percepção de todos os gestores de unidades sanitárias entrevistados. Associaram estas mudanças para o melhor, primeiro, a paz e em segundo lugar, a descentralização. A paz trouxe melhorias porque o dinheiro que no passado era destinado ao suporte da guerra passou para o setor social e a descentralização permitiu o fluxo financeiro para as unidades sanitárias. Outros fatores apontados foram, o aumento de liquidez considerando o aumento do preço do petróleo no mercado internacional e embora ainda incipiente, o aumento de conhecimentos e o uso de ferramentas de gestão e planejamento.

No que concerne aos níveis de atenção do SNS, 2 dos 15 gestores hospitalares consideram que foi positivo fundamentalmente no nível municipal, onde depois de um período muito conturbado a situação começa a clarificar-se. Para 3 gestores de unidades de saúde, o impacto foi positivo, sobretudo nos níveis central e provincial pois, o nível municipal é dependente em quase tudo. No entendimento de 4 gestores de hospitais, o referido impacto incidiu mais no nível central considerando que, os níveis periféricos apresentam ainda muitas queixas. As melhorias foram registradas em todos os níveis, de acordo com o ponto de vista de 3 gestores hospitalares, porque cada nível segundo as suas especificidades sentiu o impacto da descentralização o que lhes permitiu programar e realizar tarefas. Na percepção de 2 dos 15 gestores de unidades sanitárias, a situação é melhor no nível provincial onde mais se investe na reconstrução, onde vários aspectos de gestão do sistema de saúde, estão melhores definidos e onde todos os hospitais já foram transformados em unidades com orçamento (U.O.), enquanto que 1 gestor hospitalar destacou os níveis provincial e municipal, como os pontos onde a descentralização mais fez refletir os efeitos positivos, sobretudo, depois da proibição das cobranças com o atendimento, isto é, depois da abolição da co-participação da população nos gastos com a saúde, passando estes níveis a serem objeto de mais atenção do nível central.

No que tange o impacto nas unidades de saúde do SNS, no entendimento de 4 dos 15 gestores de unidades sanitárias, os hospitais nacionais (centrais) e provinciais (gerais) por gozarem, com descentralização, de autonomia financeira e patrimonial, são as unidades de saúde mais beneficiadas. Na percepção de 3 gestores de hospitais, todas as unidades de saúde, incluindo centros e postos de saúde beneficiaram-se com a descentralização, embora em algumas províncias a situação esteja melhor que em outras. Para 2 gestores hospitalares, os hospitais nacionais/centrais, provinciais/gerais e municipais, com as devidas diferenças, saíram a ganhar com processo, tendo em conta a autonomia financeira e patrimonial de que

gozam. Para outros 2 gestores de unidades sanitárias, os hospitais nacionais/centrais beneficiaram-se muito mais com a descentralização, pois para além da autonomia financeira e patrimonial, os maiores investimentos, bem como as maiores atenções referentes a introdução de gestão e planeamento são direcionadas à estes hospitais. Aos hospitais provinciais/gerais são atribuídos os maiores benefícios da descentralização por 1 gestor hospitalar, pois para além da autonomia gozam da atenção especial dos governadores. No entendimento de 2 gestores hospitalares, o benefício maior foi para os hospitais provinciais/gerais e municipais, enquanto que, na opinião de 1 gestor hospitalar, o maior impacto foi registrado nos centros e postos de saúde, tendo em conta, o início da revitalização dos serviços municipais de saúde.

Na visão de 38 dos 45 profissionais entrevistados, na série histórica em análise, as mudanças registradas no Serviço Nacional de Saúde de Angola foram para o melhor, resultando em melhores indicadores de cobertura sanitária e materno-infantis, bem como, na melhoria das condições de trabalho. Para 19 profissionais deste grupo, as referidas mudanças, para o melhor, devem-se a paz, em primeira instância e em segundo momento, a descentralização, pois, foi a paz que permitiu a implementação das reformas em curso, enquanto 15 consideram que a positividade das mudanças, deve-se exclusivamente a paz; 3 atribuem essas mudanças positivas à descentralização e 1 pondera a favor da boa gestão do setor da saúde. No entanto, 9 dos 38 estão satisfeitos com o nível atingido com as referidas, enquanto 13 estão insatisfeitos e 16 avaliam o nível atingido com as mudanças como regular.

Para 4 dos 45 profissionais as mudanças registradas foram para pior, considerando o distanciamento que se registra entre o nível central e nível o local e as debilidades que se constata em termos de gestão de toda a rede de serviços de saúde. Foi mencionado que o MINSA não se descentralizou, mas em vez disso, MINSA está sendo descentralizado. Portanto, sublinham que o importante é que a próprio ministério da saúde volte assumir o seu papel como condutor do processo para o SNS definindo o que é a descentralização em saúde e contribuindo na definição das atribuições e competências de cada nível e na correção dos erros, auxiliando, desta forma, o MAT no processo nos aspectos ao SNS ou ao sistema de saúde. As normas de gestão do SNS devem ser aprovadas pelo conselho de ministros para que sejam do cumprimento de todos os órgãos do aparelho governamental.

No entanto, do ponto de vista de 3 profissionais a situação do SNS, com a descentralização, permaneceu inalterada.

O impacto da descentralização foi positivo nos níveis central e provincial na percepção de 17 profissionais. Para 15 dos 45 profissionais, o impacto positivo da descentralização foi mais notório no nível central, enquanto que para 5 profissionais entrevistados, a positividade da descentralização foi mais visível no nível provincial. 5 profissionais, no entanto, destacam

todos os níveis como beneficiários uniformes por viverem todos as mesmas vicissitudes. Na visão de 1 profissional, o nível municipal foi o privilegiado em termos de benefícios. Justifica o seu posicionamento pelo fato deste nível que esteve esquecido, finalmente começar a merecer a atenção devida quer em termos de desconcentração financeira, como em termos de regulamentação. Na concepção de 1 profissional, o impacto positivo não foi verificado em nenhum dos níveis, considerando que nada mudou e outro não soube responder.

Quanto às mudanças registradas nas unidades sanitárias, para 12 dos 15 gestores hospitalares, a descentralização trouxe muitos benefícios para a sua unidade de saúde, enquanto que para 3 gestores de unidades hospitalares, a descentralização trouxe poucos benefícios. Na opinião destes últimos, além de subsistirem muitas dificuldades, a interferência do poder político ainda é muito grande. Todos apontam os seguintes benefícios: Possibilidade de tomada oportuna das decisões e de programação sem a excessiva interferência do MINSA. Entre as decisões foram destacadas: Compra de medicamentos de especialidade, manutenção e compra de alguns equipamentos tecnológicos de pequeno e médio porte e terceirização de vários serviços hospitalares.

Assim, na opinião de 14 gestores de unidades sanitárias, a capacidade das suas unidades para atender a demanda aumentou, enquanto que 1 considera que a capacidade manteve-se inalterada. O aumento da capacidade deve-se não só a disponibilidade financeira, mas também a reabilitação de algumas infra-estruturas hospitalares, a especialização e a presença de mais especialistas.

Vale destacar que não foram feitos pelos gestores de hospitais quaisquer comentários sobre a gestão da área clínica.

No entanto, de acordo com todos os gestores de hospitais, a descentralização permitiu conferir mais competências aos diretores provinciais e direções das unidades de saúde, nos domínios financeiro, administrativo e patrimonial. Contudo, quanto a satisfação com as competências já atribuídas, apenas 2 manifestaram-se satisfeitos, 2 declararam-se insatisfeitos, enquanto os demais 11 avaliaram o seu grau de satisfação como regular. Reclamaram da lentidão do processo. Na opinião dos últimos, uma efetiva descentralização permitiria atribuir mais competências as direções das unidades no recrutamento de pessoal e na tomada de medidas disciplinares. Hoje este papel ainda é atribuído as direções provinciais. Os regulamentos internos dos hospitais deveriam prever estes aspectos. Os referidos regulamentos deveriam ser objeto de uma ampla discussão, com a participação de todos os atores interessados, direções das unidades de saúde, setores responsáveis pelos recursos humanos e representantes das diversas categorias profissionais. Mencionaram que a definição das competências a cada nível facilitaria a avaliação e responsabilização.

Quanto às unidades sanitárias, na concepção de 18 dos 45 profissionais, o impacto positivo da descentralização verificou-se nos hospitais nacionais/centrais e provinciais/gerais, onde se deram dos maiores investimentos e onde a gestão financeira ganhou mais solidez. Na visão de 15 profissionais, o impacto positivo foi registrado nos hospitais nacionais/centrais, enquanto 5 apontam os hospitais provinciais/gerais e outros 5 consideram ter se verificado um equilíbrio entre todas as unidades sanitárias, incluindo postos e centros vivenciando todas as mesmas dificuldades e problemas de gestão. Do ponto de vista de 1 profissional, o impacto foi maior nas unidades municipais que passaram a ser órgãos dependentes. Ficou sem opinião, 1 profissional.

3. Benefícios da descentralização para o SNS: Apesar das dificuldades do processo, a totalidade dos gestores nacionais considera que a descentralização trouxe alguns benefícios, embora ainda incipientes, para o SNS. Entretanto para 5 dos gestores nacionais, o impacto foi maior nos níveis central e provincial e nas unidades sanitárias destes dois níveis onde se concentram os recursos e as atenções e onde “as coisas” estão melhor definidas. No entanto, 2 gestores nacionais consideram que o impacto foi maior no nível municipal e nas suas Unidades Sanitárias já que este nível antes dependia completamente dos outros dois níveis e com o processo começa a ganhar autonomia. Por fim, 2 gestores nacionais consideram que o impacto foi uniforme para todos os níveis e 1 gestor nacional apontou o nível provincial.

Em geral, os gestores nacionais apontam como benefícios do processo, a maior disponibilidade de recursos, a possibilidade do nível local planificar e gerir os recursos e assim tomar as decisões mais rapidamente, isto é, autonomia do nível local, a responsabilização das províncias que agora podem trabalhar para a melhoria dos seus subsistemas de saúde, dependendo do envolvimento e da sensibilidade do governador e autonomia financeira, administrativa e patrimonial dos hospitais centrais e gerais que assim podem resolver grande parte dos seus problemas. Além disso, aponta-se o “desafogamento” do nível central que começa assumir, de fato, o papel de agente regulador e fiscalizador do sistema de saúde. Sublinham, contudo que é necessário explorar e aproveitar mais os benefícios que a descentralização pode trazer, pois mesmo com os avanços há ainda pouca “cientificidade” na gestão administrativa e clínica das unidades sanitárias.

Os principais benefícios da descentralização, na visão do gestor do MAT têm a ver com o aumento da transferência de responsabilidades e a melhoria do processo de planejamento, sobretudo, o planejamento participativo.

Os gestores provinciais e municipais consideram que apesar da descentralização ter trazido somente benefícios para o SNS, os mesmos ainda são poucos, concentrando-se mais no nível provincial e em algumas unidades do nível municipal, resumindo-se no seguinte: 1)

autonomia para a realização de concursos públicos para o recrutamento do pessoal, de acordo com as necessidades; 2) alguma disponibilidade de recursos financeiros e conseqüentemente, a) maior facilidade na aquisição de meios para as unidades de saúde. Enfatizam que anteriormente, até para a compra de uma (1) lâmpada, por exemplo, o diretor do centro de saúde escrevia para o diretor municipal, este para o diretor provincial e este por sua vez recorria ao ministro e quando a lâmpada lá chegasse já haviam mais 5 ou 10 lâmpadas queimadas; b) Possibilidade de terceirização de serviços; 3) autonomia na solução dos problemas locais e 4) maior controle do patrimônio da instituição.

Vale destacar que, de acordo com os gestores municipais, a descentralização ainda não trouxe benefícios substanciais no nível municipal onde o processo praticamente ainda não iniciou.

De acordo com a opinião de 27 dos 45 profissionais, a descentralização trouxe ainda poucos benefícios para o SNS, destacando-se a autonomia financeira das unidades de saúde, o recrutamento pelo nível local de pessoal através de concursos públicos, a responsabilização dos níveis locais, o incremento da formação *on job* e a possibilidade de se subsidiar a formação pós-graduada no exterior do país dos profissionais. A autonomia financeira permite a aquisição local de medicamentos, de insumos de diagnóstico e de alguns equipamentos básicos, a manutenção pontual, mínima, de infra-estruturas, a terceirização dos serviços e aquisição oportuna de outros bens indispensáveis para o normal funcionamento das unidades sanitárias.

Foi referido que um dos problemas reside na falta de formação em gestão dos responsáveis das unidades sanitárias e das direções provinciais e repartições municipais, o que se constitui em autêntico jogo de improvisos. Referem também que onde existe um responsável habilitado em gestão, os benefícios são muitos, mas onde não existe, os benefícios são poucos. Portanto, muito depende da capacidade do gestor. Destacaram também que o aumento das competências do nível local fez com que o ministério deixasse de ser o alvo das pressões dos seus órgãos dependentes. Para 16 profissionais, a descentralização trouxe muitos benefícios para o SNS. Referem os mesmos benefícios apesar da insuficiência de recursos financeiros. Apontaram também como benefícios, a definição de uma identidade organizacional dos hospitais, a diminuição da dependência para as decisões locais, o aumento da motivação dos recursos humanos, em alguns casos. Para 1 profissional, está tudo na mesma, enquanto o último considera que a descentralização só trouxe prejuízos pois os governos provinciais “empurram” tudo à Direção Provincial da Saúde que deve suportar até as despesas com os médicos estrangeiros.

4. Prejuízos da descentralização para o SNS: Entre os gestores nacionais, 7 dos 10 consideram que o processo trouxe apenas benefícios para SNS, enquanto para 3, o processo trouxe também alguns prejuízos, considerados por muitos, não como prejuízos, mas como constrangimentos ou pontos fracos, destacando-se a perda da autoridade municipal da saúde, falta de coordenação entre o nível central e municipal, diminuição significativa da força política dos órgãos de gestão central.

Não foi apontado qualquer prejuízo com a descentralização, pelo gestor do MAT entrevistado. Apenas sublinhou, que o que está a ser implementado em Angola nesta fase é a descentralização administrativa e não é a criação das autarquias locais.

Para 23 dos 25 gestores provinciais e municipais, a descentralização apenas trouxe benefícios, embora ainda muito incipientes no nível municipal. Por conseguinte, 2 gestores provinciais dos 25 gestores provinciais e municipais apontaram os seguintes prejuízos provocados pela descentralização: 1) Perda de responsabilidade direta do ministério sobre as províncias. Não havendo uma definição clara das competências do ministério, as províncias poderão desenvolver ações de acordo com as prioridades. Isto poderá dificultar a implementação de ações de controle de algumas doenças endêmicas consideradas prioritárias pelo MINSA; 2) Perda do papel do MINSA no nível municipal e comunal, onde a setor da saúde não tem um representante definido.

Na visão de 14 dos 45 profissionais, a descentralização só trouxe benefícios para o SNS. Para 12 do total de profissionais, a descentralização não trouxe nenhum prejuízo para o SNS. De acordo com 15 profissionais, a descentralização trouxe alguns prejuízos, designadamente, a falta de comunicação entre os níveis operacional e estratégico levando à dificuldades na priorização de ações, a desarticulação do sistema de formação de quadros da saúde e o fato da rede municipal e programas municipais de saúde terem passado sob dependência de um responsável, sem o conhecimento técnico para a condução do setor. Destacam ainda a indefinição de competências e atribuições entre os gestores dos distintos níveis ou o choque de competências por falta de clarificação de muitos aspectos, o desalinhamento na planificação entre o nível central e os níveis locais. A anarquia na aquisição de fármacos e na construção de infra-estruturas sanitárias foi também apontada como prejuízo da descentralização. Outros prejuízos mencionados são: Dificuldades para o recrutamento e planificação de recursos humanos, a perda do controle do MINSA dos recursos das unidades sanitárias por limitação de acompanhamento direto do MINSA, a não assunção de algumas obrigações pelos governos provinciais no que tange a aquisição de medicamentos, meios tecnológicos e de transporte, tendo em conta, a orçamentação das unidades de saúde, o desentendimento entre diretores provinciais da saúde e gestores de

unidades de saúde com orçamento por falta de definição de atribuições e comportamento negativo de alguns gestores para com os seus trabalhadores considerando a falta de cultura de gestão, ética e transparência gerencial.

Para 4 dos 45 profissionais foram muitos os prejuízos causados pela descentralização para o SNS apontando para justificar o seu posicionamento, os mesmos fatos destacados pelo grupo anterior.

5. Capacidade de atendimento da demanda: A capacidade do setor da saúde para atender a demanda na série histórica aumentou relativamente, segundo 7 dos 10 gestores nacionais, fundamentalmente no que tange a expansão da rede sanitária, o surgimento de novas especialidades hospitalares, aumento dos recursos humanos e financeiros e o reforço de alguns programas de saúde pública. Foi também observado, por estes gestores nacionais, que mesmo assim o acesso e o acolhimento são ainda deficientes. Foi enfatizado que o aumento verificado não é o quanto deveria.

Na opinião de 3 gestores nacionais, a capacidade do setor da saúde para atender a demanda permaneceu inalterada, considerando que ao se verificar apenas o aumento em um ou dois níveis, sem que o mesmo aconteça em todos os níveis, não se pode falar em um aumento geral e equilibrado. Portanto, falta melhorar a capacidade de atendimento da rede periférica.

Apesar das enormes carências que ainda se registram em todos os níveis do SNS, a sua capacidade para atender a demanda nos níveis provincial e municipal aumentou na percepção de todos os gestores provinciais e municipais, porque todos os tipos de recursos aumentaram, sendo que a referida capacidade é avaliada também por todos os gestores como regular porque consideram ser necessária uma reforma abrangente e participativa que permita resolver os inúmeros problemas pendentes ou ainda não resolvidos. Assim, 18 dos 25 gestores provinciais e municipais consideram que a descentralização conferiu-lhes mais competências para decidir sobre os principais problemas relevantes da saúde na província ou no município, embora limitado por dois motivos: a) insuficiência de recursos, pois de nada interessa as competências sem recursos e b) déficit de definição de competências de cada nível hierárquico para permitir a responsabilização. Do grupo apenas um (1) gestor provincial está satisfeito com as competências atribuídas, 2(dois) municipais do grupo estão insatisfeitos, enquanto os demais 15 avaliaram a sua satisfação de regular. Entretanto, na opinião 7 dos 25 gestores provinciais e municipais, a descentralização não conferiu-lhes mais competências apenas problemas para resolver.

6. Taxa de Mortalidade Geral (TMG) e de crianças menores 1 de ano: As taxas de mortalidade geral e de crianças menores de 1 ano diminuíram na série histórica, na percepção de 8 da totalidade dos 10 gestores nacionais. Destacaram vários fatores para esta diminuição, como a paz que levou a diminuição de acidentes por minas e a melhoria das condições sociais. Esta por sua vez resultou na diminuição de casos de desnutrição, Doenças Diarréicas Agudas e Doenças Respiratórias Agudas. Mencionaram ainda, como fator contribuinte para a referida diminuição da mortalidade específica por malária, principal causa de morbi-mortalidade no país, considerando diversas medidas de impacto adotadas, entre elas, as novas orientações de manejo de casos de malária. O aumento da cobertura sanitária e vacinal e a desconcentração financeira foram também destacados pelos gestores nacionais, como determinantes para diminuição das taxas de mortalidade analisadas. Em suma, a desconcentração financeira permitiu a melhoria das condições assistenciais nas unidades sanitárias. 2 gestores nacionais, no entanto, não souberam responder a questão.

Na percepção de 18 dos 25 gestores provinciais e municipais, as taxas de mortalidade geral e de mortalidade de crianças menores de um (1) ano diminuíram, considerando a redução de mortalidade específica por malária e por Doenças Diarréicas Agudas. Sustentam que na série temporal do estudo, foram introduzidos novos métodos de tratamento e prevenção da malária; nomeadamente, a introdução do uso do Coartem (artemether 20 mg/lumefantrine 120 mg) no protocolo nacional de tratamento da malária, a distribuição de mosquiteiros impregnados, sobretudo para as crianças menores de 5 anos e mulheres grávidas e a pulverização extra-domiciliar. As ações do Programa de Informação, Educação e Comunicação foram intensificadas, bem como a cobertura vacinal. Não souberam responder as duas questões 2 gestores do grupo dos gestores provinciais e municipais, por falta de modelos de recolha e tratamento de dados. Acrescentaram que os inquéritos não são feitos e os registos de óbitos não existem. No entendimento de 5 dos 25 gestores provinciais e municipais, as referidas taxas permaneceram constantes na série estudada porque as melhorias registradas, ainda não são suficientes para mudar as referidas taxas.

Na concepção de 12 dos 15 gestores hospitalares, a TMG na série temporal analisada diminuiu considerando o aumento de recursos (humanos, tecnológicos, financeiros, materiais) nas unidades de saúde, maior acesso a informação, aumento da cobertura sanitária, a livre circulação de pessoas o que facilita o acesso as unidades de saúde e melhoria das intervenções de saúde pública, embora limitado a algumas localidades e muitas das vezes, com ações de carácter pontual. Os restantes 3 gestores de hospitais não responderam a questão por falta de dados.

Do ponto de vista de 12 do total de 15 gestores de hospitais, a taxa de mortalidade infantil diminuiu. Evocaram como razões, para além dos fatores referidos em relação a TMG, a vacinação de rotina mais eficiente e abrangente, a diminuição de casos de desnutrição com o fim da guerra e a maior disponibilidade de antimaláricos nas unidades de saúde. Um gestor não respondeu a pergunta por falta de informação, enquanto 2 gestores de unidades sanitárias foram de opinião que a taxa em referência permaneceu constante na série histórica do estudo (2000-2007). Justificaram o seu posicionamento por falta de investimentos nos cuidados primários de saúde, falta de ações planejadas estrategicamente de saúde pública, a insuficiência de unidades de saúde no interior do país, a baixa cobertura vacinal e o fim das missões das ONGs que operaram no país até o fim da guerra.

- **Sobre o aprofundamento da descentralização**

7. Necessidade e Critérios para a Regionalização dos Serviços de Saúde

As entrevistas com os gestores nacionais sinalizaram para a importância da descentralização o que facilitaria a revitalização dos cuidados primários da saúde, a municipalização e a regionalização da saúde. Entretanto, foi manifestada uma crítica, por muitos gestores nacionais, quanto ao fato de muitos hospitais estarem a ser transformados em hospitais regionais, como são os casos dos hospitais de Cabinda, Malange e Benguela, sem o avanço significativo e plausível da descentralização o que poderá provocar desvios das atenções da descentralização que deve ser primário, ou seja, deve anteceder a regionalização e até diminuir a forte oposição que a regionalização enfrenta, em algumas províncias pelo temor dos recursos não chegarem mais as suas localidades considerando que serão concentradas no nível regional.

Outro ponto assinalado é que a palavra “**regionalização**” tem normalmente um sentido político, provoca resistências e até clivagens no pensamento político angolano, considerando que é conotada com, autonomia excessiva da região, separação administrativa regional, e até um caminho para independência. Talvez, o melhor seria substituir o termo “regiões de saúde” por “departamentos de saúde”, sendo necessária uma ampla informação sobre o sentido do referido conceito em saúde, seguido de uma sensibilização a todos os níveis e com a participação de atores chaves. Foi destacado que apesar disso, a regionalização deve ser um dos objetivos a ser atingido pelo SNS, a par da descentralização, pelos seus ganhos em economia da saúde, nomeadamente, maior mobilidade dos recursos humanos, concentração e racionalização de recursos tecnológicos. Os gestores nacionais referem também que a descentralização e a regionalização são meios para tornar funcional a pirâmide sanitária, melhorar o grau de satisfação das populações usuárias e para se atingir as metas de

desenvolvimento do milênio - redução da mortalidade materna, redução da mortalidade infantil e redução do peso das grandes endemias, a Malária, a Tuberculose, a Sida e a Doença do Sono, no caso de Angola.

Finalmente, todos os gestores nacionais sublinharam que a implantação da regionalização seria conveniente combinar os seguintes critérios, ordenados por ordem de citação: perfil epidemiológico e desenvolvimento da cobertura sanitária, acesso geográfico, a base demográfica, os eixos de desenvolvimento econômico-social, a base nosológica e a densidade demográfica. Foi também destacado que o perfil epidemiológico poderia ajudar na definição do pacote de serviços da região.

No entendimento do gestor do MAT, a hierarquização do sistema de serviços de saúde é fundamental para facilitar o funcionamento do sistema de referência e contra-referência. Daí a importância da revitalização dos serviços municipais de saúde.

Para 8 dos 15 gestores provinciais e municipais, a regionalização dos serviços de saúde de Angola é de alta prioridade, a par da descentralização, tendo em conta que permitiria melhorar o acesso da população aos cuidados de saúde de qualidade e de maior complexidade tecnológica. Na visão de 10 dos 25 gestores provinciais e municipais, a regionalização é de média prioridade, tendo em vista que, ainda não existe uma efetiva descentralização do SNS particularmente para o nível municipal. Na ótica de 4 gestores provinciais e municipais, a regionalização é de baixa prioridade considerando que a esta traz prejuízos até em termos de formação. É necessário descentralizar de forma uniforme e não regionalizando porque os benefícios serão apenas para os que residem nas províncias ou municípios-polo. Não conseguiram responder a questão 3 gestores municipais (dos 25 gestores provinciais e municipais) por desconhecerem o conceito.

Quanto aos critérios, foram defendidas quatro (4) modalidades, como opções para a regionalização dos serviços de saúde de Angola: 1) Apenas considerar o perfil epidemiológico e desenvolvimento da cobertura sanitária; 2) Combinar os eixos de desenvolvimento econômico-social com o acesso geográfico; 3) Combinar os eixos de desenvolvimento econômico-social, o perfil epidemiológico e desenvolvimento da cobertura sanitária e o acesso geográfico e 4) Apenas considerar a população total (número de habitantes da província ou região).

Para o último caso, argumentam que se a região deve ter de acordo com a legislação de 750.000 a 1.000.000 habitantes, existem municípios com população superior as referidas cifras. Implica dizer que numa mesma província ou em um mesmo município podem existir mais de uma região sanitária. Implica que seria fácil se saber o volume de recursos a disponibilizar. Segundo os gestores provinciais e municipais, daí também se poderia definir

melhor a forma de distribuição de unidades sanitárias. Com este mecanismo seria mais fácil o diálogo e o entendimento de todos.

Para 5 informantes do grupo dos 10 gestores hospitalares, a regionalização dos serviços de saúde é de média prioridade, tendo em conta, a falta de domínio do conceito pelo que deve-se pensar em um amplo processo de formação inicialmente. Declararam que a regionalização em saúde é de baixa prioridade para a Angola, 4 gestores de unidades de saúde, receando que possa provocar mais carências sobretudo no interior pois, ao se criar as regiões, poder-se-á não se investir mais na descentralização. Assim, consideram ser prioritário a descentralização que leve a revitalização dos serviços municipais de saúde criando-se capacidades assistenciais locais para atender as reais necessidades de saúde. Declararam desconhecer o termo “regionalização” 3 gestores de hospitais, enquanto que outros 3 são totalmente a favor da regionalização, considerando que, criar-se-iam as premissas para a referência e contra-referência e também é um mecanismo para a racionalização dos recursos, desde que se fortaleça os serviços municipais da saúde.

Quanto aos critérios, os 12 gestores hospitalares que afirmaram conhecer os aspectos conceituais da regionalização em saúde, consideram ser importante a combinação de critérios, havendo 4 diretores de hospitais que opinaram a favor da combinação da base lingüística e cultural porque facilitará a acessibilidade e a utilização dos serviços pelos usuários e 3 gestores hospitalares que manifestaram-se contra temendo que este elemento possa provocar confusão de ordem étnica e até assimetrias no desenvolvimento do país. Contudo, a combinação mais apontada foi o acesso geográfico, o perfil epidemiológico e o desenvolvimento da cobertura sanitária.

A regionalização prática da saúde em Angola é na opinião de 26 profissionais de alta prioridade, sustentando o seu ponto de vista porque diminuiria a transferência de doentes para os hospitais de Luanda, contribuiria para a racionalização dos recursos e para a hierarquização dos serviços e para a implementação da referência e contra-referência. Quanto aos critérios 12 profissionais defenderam a combinação do acesso geográfico através dos 5 eixos de desenvolvimento. Outros 10 apontaram a combinação dos eixos de desenvolvimento econômico-social com o perfil epidemiológico e o desenvolvimento da cobertura sanitária. Foi também defendida por 3 profissionais, a combinação da base lingüística e cultural com o perfil epidemiológico. Dos 26 profissionais a favor da regionalização, 4 mencionaram que o uso da base lingüística e cultural como critério para a regionalização pode levantar do ponto de vista político, problemas de separação e até de independência de alguns territórios. Para evitar possíveis complicações advindas de interpretação política foi sugerido por um (1) entrevistado bastante conhecedor da política sanitária africana que, sendo a regionalização da

saúde em Angola pertinente e urgente dever-se-ia adotar a regionalização por valências ou seja por especialidades médicas. Por exemplo, numa região, a província de referência em oncologia seria distinta da província de referência em oftalmologia, ponderando-se sempre, para cada caso, o custo – benefício, e assim para as outras especialidades médicas.

Outro critério apontado para regionalização do SNS de Angola é fazer coincidir as regiões académicas já existentes, pólos de desenvolvimento do ensino superior e em funcionamento após a criação das novas universidades públicas, com as regiões sanitárias criando-se assim sinergias entre o ensino, pesquisa e assistência médica de alta complexidade tecnológica, de qualidade.

Sobre o assunto, vale referir que estão em funcionamento, desde 2009, seis (6) novas públicas regionais, nomeadamente, a Universidade Katyavala para atender as províncias de Benguela e Kuanza-Sul; a Universidade 11 de Novembro para as províncias Cabinda e Zaire; a Universidade Lwegi para as províncias de Lunda-Norte, Lunda-Sul e Malange; a Universidade José Eduardo dos Santos para as províncias Huambo, Bié e Moxico; a Universidade Mandume que atende as províncias de Huila, Namibe, Cunene e Kuando-Kubango e a Universidade Kimba Vita para as províncias de Uíge e Kuanza-Norte. A anterior única universidade pública, a Universidade Agostinho Neto em Luanda passou a exercer a sua atividade somente para as províncias de Luanda e Bengo (ANGOP, 2009b).

Do total dos 45 profissionais, 10 consideram a regionalização de baixa ou média prioridade, por entenderem que é necessário prever antecipadamente os riscos da implantação e implementação da medida, pois não resolvendo os problemas básicos de saúde, a regionalização poderá dificultar ainda mais o acesso da população aos cuidados de saúde. Sugerem que se deveria aprofundar a descentralização e somente regionalizar as compras agrupadas de medicamentos. A descentralização também deve ser precedida de uma ampla normatização e melhoria das infra-estruturas de acesso facilitando a circulação de pessoas e serviços. No entanto, 9 profissionais afirmaram nunca ter ouvido falar em regionalização. Daí que não puderam emitir qualquer posicionamento a respeito.

9.2.2. Resultados dos Grupos Focais

A realização dos grupos decorreu sob uma atmosfera de entendimento e de muita participação. Os participantes, entre gestores locais e profissionais selecionados pelo bom domínio do processo e disponibilidade, demonstraram satisfação em poder discutir aspectos inerentes a um processo tão importante para o Serviço Nacional de Saúde de Angola, tendo a participação no grupo lhes permitido alguma aprendizagem, segundo os próprios.

Os resultados dos dois grupos foram consolidados de acordo com os tópicos do roteiro. Na apresentação dos resultados, faz-se um contraponto com a percepção do informante privilegiado do estudo, perito da UNICEF que acompanhou todo o percurso do processo. A percepção dos participantes dos dois grupos e o respectivo contraponto foi:

1. Recuos com a descentralização

Para os participantes dos grupos focais, não se verificaram recuos no SNS com a descentralização, mas constrangimentos, designados também como pontos fracos ou como zonas ou pontos cinzentos, designadamente:

- a. Construção de Unidades Sanitárias sem o cumprimento do regulamentado quanto à localização geográfica e população a servir.
- b. Desconcentração das Unidades Sanitárias de 2º e 3º níveis sem que o processo abrangesse o nível primário, o que provocou o aumento de fluxo de pacientes nas unidades dos níveis de referência, o esvaziamento da rede primária e conseqüentemente a baixa qualidade da assistência em todos os níveis. Assim sendo, os níveis, secundário e terciário apresentam-se superlotados levando a baixa confiabilidade dos usuários aos serviços prestados pela rede do SNS.
- c. Acumulação de cargos no nível municipal, verificando-se em muitos municípios, a assunção pelo mesmo profissional da chefia da extinta secção municipal de saúde, por indicação, e ao mesmo tempo, do hospital municipal.
Constatou-se o mesmo no nível provincial, onde em uma das províncias visitadas, o mesmo profissional acumulava a direção provincial da saúde (sendo diretor provincial da saúde) e a direção do hospital provincial (como diretor geral do hospital).
- d. Existência de um responsável para chefiar no nível do município toda área social, com toda a sua complexidade, incluindo-se aqui o setor da saúde que perdeu assim o seu real papel e a sua real dimensão.
- e. Desmotivação do pessoal da saúde alocado nos municípios e na rede dos cuidados primários, pelo estado de abandono e pela aparente falta de importância deste nível de cuidados de saúde.
- f. Quebra do orçamento atribuído aos hospitais municipais para atender os centros e postos de saúde.
- g. Não assunção pelas administrações municipais de nenhuma responsabilidade sobre a rede municipal de saúde criando confusão sobre de quem é a responsabilidade pela saúde no município.

- h. Transformação do diretor provincial da saúde em “pedinte” junto dos diretores das unidades sanitárias orçamentadas, unidades orçamentais ou órgãos dependentes tendo em vista à necessidade de se resolver as preocupações da rede periférica, levando a descaracterização da figura do diretor provincial diante dos responsáveis das unidades periféricas e das unidades solicitadas.
- i. Desorganização na compra de medicamentos fora, até do previsto nos protocolos, levando o desperdício de medicamentos e de recursos financeiros.

Contraponto do informante privilegiado: Não houve recuos, nem prejuízos. Apenas atraso do Ministério da Saúde no acompanhamento do processo. O MINSA deve provocar o diálogo com os demais setores ministeriais envolvidos no processo, particularmente, com o Ministério de Administração do Território (MAT), responsável pela implementação da desconcentração e descentralização da administração pública em Angola.

Deve haver também sensibilização do pessoal da saúde para entenderem a importância da descentralização. O município deve transformar-se em unidade básica de gestão e planificação da saúde para facilitar a implementação das ações de saúde mas com uma visão integral, isto é, contemplar os domínios curativo, preventivo, de promoção e reabilitação.

2. Avanços com a descentralização:

- a. Autonomia financeira dos hospitais possibilitando a tomada de decisões oportunas, as soluções são mais fáceis e rápidas. Como resultado da autonomia financeira, verifica-se:
 - Maior disponibilidade de medicamentos e insumos médicos culminando em uma melhor qualidade assistencial para os pacientes internados e conseqüentemente na diminuição dos indicadores de mortalidade hospitalar (materna e infantil);
 - Terceirização dos serviços de apoio e manutenção de equipamentos hospitalares. Nos serviços de apoio inserem-se, a cozinha, lavanderia, limpeza e jardinagem. Com a terceirização melhorou a limpeza dos hospitais, a qualidade da alimentação dos doentes internados e dos profissionais de plantão (turnos rotativos). Garante-se também regularidade na manutenção e maior durabilidade dos equipamentos hospitalares, desde que os contratos levem em consideração todos estes aspectos;
 - Diminuição dos gastos familiares com a assistência dos pacientes internados, pois a quantidade de medicamentos comprados pelos familiares nas farmácias para o tratamento dos doentes diminuiu consideravelmente. O mesmo se pode dizer quanto à alimentação. Assim, constata-se alguma diminuição da presença dos familiares em

torno dos hospitais que aí permanecem aguardando as instruções dos profissionais para a compra dos mais variados meios que são solicitados pelas equipes médicas;

- Proibição de emissão de receitas para pacientes internados, em determinados casos, para aquisição de medicamentos referentes ao tratamento das endemias mais freqüentes nas farmácias;
 - Maior satisfação relativa dos usuários nas unidades sanitárias.
- b. Maior controle do patrimônio das instituições, maior responsabilização dos atores locais e das chefias das unidades sanitárias.
 - c. Possibilidade de definição e implementação das ações realmente prioritárias por parte dos gestores das unidades sanitárias já desconcentradas, por exemplo, ações formativas.
 - d. Estabelecimento de inter-ajuda e de intercâmbio horizontal (entre as unidades sanitárias) com a cessão a título devolutivo de meios de trabalho, considerando que a unidade beneficiada está em condições de garantir a devolução dos recursos recebidos.
 - e. Possibilidade de o nível central desempenhar melhor, em certa medida, o seu papel de agente regulador e fiscalizador, pelo menos, com a produção de alguns instrumentos normativos.
 - f. Separação de atribuições entre as Direções Provinciais da Saúde e as direções hospitalares.
 - g. Maior facilidade no uso dos instrumentos legais para a tomada de medidas de natureza disciplinar, nomeadamente em relação aos recursos humanos. Antes do processo, todas as decisões desta esfera eram tomadas pelas Direções Provinciais de Saúde, onde as situações eram remetidas.
 - h. Maior motivação dos profissionais das unidades sanitárias com orçamento próprio considerando a melhoria dos fatores de natureza extrínseca, particularmente, as condições de trabalho.

Contraponto do informante privilegiado: O principal avanço é o fato de o processo estar a acontecer e com um caráter holístico. Assim, estão a ser criadas as premissas para autonomização do nível municipal. Deve, portanto, haver mais engajamento do MINSA para retomar a reforma do SNS e do Sistema de Saúde em geral.

3. Fatores que facilitam a descentralização:

- a. Vontade Política. A desconcentração e a descentralização é uma iniciativa do governo.
- b. Paz conquistada em 2002 depois de décadas de guerra civil.

- c. Aumento da liquidez considerando o aumento do preço do barril de petróleo nos últimos anos da série histórica tendo em conta que, o PIB de Angola depende fundamentalmente desta *commoditie*.
- d. Apoio da sociedade civil que reclama pela proximidade dos serviços públicos das populações.
- e. Reconstrução e construção massiva de infra-estruturas de saúde, em função da estabilidade político e militar.
- f. Existência no governo de quadros mais capacitados e qualificados quando comparado com as primeiras duas décadas depois da independência (em 1975).

Contraponto do informante privilegiado: Os fatores que facilitam são: Existência do próprio processo em si, vontade política e o fim da guerra.

4. Fatores que dificultam com a descentralização:

- a. *Déficit* de recursos humanos qualificados em todos os níveis de gestão do setor da saúde, bem como assimetrias na sua distribuição, verificando-se a concentração destes nas áreas urbanas e no litoral.
- b. Pouco conhecimento do Plano de Desconcentração e Descentralização, apesar de ser de todos os setores, em todos os níveis de gestão o que facilitaria a implementação das suas ações.
- c. Falta de divulgação do referido plano, o que permitiria maior adesão da população.
- d. Inacessibilidade ou inexistência de um documento normativo ou orientador do processo no setor da saúde.
- e. Não consideração da importância e da complexidade do setor da saúde, na fase inicial do processo na medida em que a saúde foi incluída, no nível da administração municipal na secção dos serviços de saúde o que inviabilizou o crescimento do setor no município e a implementação correta das ações inerentes ao setor da saúde junto das comunidades.
- f. Falta de descrição do posto ou cargos em todos os níveis, resultando na nomeação de responsáveis sem o perfil adequado para os cargos e no desconhecimento das suas atribuições. Uma das consequências desta situação é o surgimento de divergências ou dificuldades de relacionamento funcional em algumas províncias ou em alguns momentos, entre os diretores provinciais e os diretores das unidades sanitárias orçamentadas.
- g. Inoperância de muitos dos programas de saúde, geridos ainda de forma muito centralizada e sem considerar as especificidades regionais ou provinciais.

- h. Falta de visão integral das ações da saúde no processo de desconcentração e descentralização, nomeadamente a integralidade das áreas e ações curativas, de prevenção, de promoção e de reabilitação.

Contraponto do informante privilegiado: Falta de preparação dos gestores centrais para o diálogo com o MAT e com outros ministérios; falta de capacitação dos níveis locais para que todos os níveis possam assumir as suas responsabilidades; má distribuição de recursos humanos; e inexistência do mapeamento sanitário.

5. Necessidade de aprofundamento da descentralização

Os dois grupos focais destacaram a necessidade de aprofundamento do processo, o que permitiria ao MINSA assumir o seu papel de regulação e fiscalização e facilitaria também o acesso da população aos cuidados de saúde.

6. Necessidade e Critérios para a Regionalização dos Serviços de Saúde

Os dois grupos foram convergentes sobre a importância da regionalização dos serviços de saúde para o caso de Angola, considerando as suas vantagens desde que previamente sejam melhor esclarecidos, os seus vários aspectos conceituais que não são do domínio da maioria dos profissionais e gestores em saúde no país, sobretudo nos níveis municipal e provincial. Consideram que a viabilidade da regionalização reside na oportunidade política existente no momento que se implementam em Angola reformas no sistema da saúde e da administração pública em geral, particularmente, a desconcentração e a descentralização.

Quanto aos critérios para a regionalização, um grupo apontou a acessibilidade geográfica e a situação epidemiológica e o segundo destacou a acessibilidade geográfica, a densidade populacional, o ajustamento através dos pólos de desenvolvimento, designando como províncias nucleares, as mais desenvolvidas económica e socialmente da região. Portanto, os dois grupos mencionaram a combinação de critérios, a via mais adequada para a regionalização dos serviços de saúde de Angola.

9.2.3. Resultados da Observação Direta

Considerando que a técnica da observação direta complementou o levantamento realizado com outras técnicas, grande parte dos seus resultados foi apresentada no capítulo referente à análise quantitativa e normativa, tendo em conta a necessidade verificada de pontualmente concluir-se a discussão de alguns itens.

A. Dimensões do Triângulo de Matus

A.1. Do Projeto do Governo

De acordo com o roteiro de observação direta, foram inseridos nesta dimensão os seguintes elementos: 1. existência do plano/programa do governo sobre o processo e de legislação correspondente e; 2. existência de estatutos orgânicos e organogramas.

1. Existência do plano/programa do governo sobre o processo e de legislação correspondente.

As constatações registradas inerentes ao projeto do governo foram feitas no capítulo que discute os instrumentos normativos e legais da descentralização. Contudo, vale sublinhar que para além da legislação, o principal documento normativo sobre a descentralização em Angola denomina-se Plano Estratégico da Desconcentração e Descentralização Administrativa (ANGOLA, 2007b). O primeiro documento do MINSA que a aborda com alguma abrangência a descentralização do SNS data de 2007 e referia-se inicialmente a revitalização dos cuidados primários e posteriormente reformulado para revitalização dos serviços municipais da saúde, tendo sido inclusive discutido no último conselho consultivo realizado no primeiro trimestre de 2009.

Importa referir que o domínio do referido plano e da legislação diminui na medida em que se caminha do nível central para as províncias e daí para os municípios. Por sua vez, os gestores provinciais e das unidades sanitárias centrais e gerais parecem dominar muito mais a legislação quanto comparados com a totalidade dos diretores nacionais do MINSA e com os gestores municipais. Os profissionais técnicos médios e básicos dominam muito menos quando comparados com os enfermeiros graduados e médicos.

2. Estatutos orgânicos e organogramas: Como discutido na abordagem dos aspectos normativos, a legislação produzida sobre a descentralização, ao contemplar a possibilidade de cada província fazer algumas adaptações orgânicas para o seu funcionamento, fez com que no Serviço Nacional de Saúde, de um modelo único de organograma para todas as direções provinciais e municipais (figuras 13 e 14 - anexo 1), fossem adotados organogramas funcionais muito diversificados nas direções provinciais, embora sejam convergentes na linha hierárquica máxima (Diretor Provincial). A diversidade maior reside no número e na nomenclatura dos departamentos e respectivas secções (exemplos no anexo 2).

Foi referido em todos os hospitais provinciais/gerais a existência dos respectivos estatutos orgânicos aprovados á luz do clausulado na legislação. Apesar disso, somente dois (2) hospitais provinciais/gerais dos nove (9) visitados apresentaram efetivamente os referidos estatutos aprovados pelos respectivos governos provinciais, de acordo com a legislação em

vigor. No entanto, nenhum hospital municipal tinha estatuto orgânico, apenas organogramas que em alguns casos se confundiam com os organogramas das secções municipais da saúde.

A.2. Da Capacidade do Governo

No concernente a esta dimensão, foram observados três (3) elementos: 1. Uso de instrumentos de gestão e planeamento; 2. existência de liderança técnica do setor da saúde e 3. incentivos para fixação de profissionais no interior.

1. Uso de instrumentos de gestão e planeamento

Constatou-se que, a grande maioria dos gestores provinciais e municipais tem muito pouco conhecimento sobre a desconcentração e descentralização em saúde e sobre gestão e planeamento, em geral e muito menos, em saúde, estando os seus conhecimentos mais focalizados na desconcentração financeira.

No nível provincial cerca de 90% dos gestores são médicos, enquanto que no nível municipal são técnicos médios de enfermagem, na sua grande maioria. Observou-se assim que, na prática não fazem uso de instrumentos adequados de gestão, planeamento e avaliação em saúde, sendo a situação mais grave ao nível municipal, tendo em conta, a inexistência de incentivos para fixação de profissionais no interior.

No entanto, muitos dos gestores dos níveis provinciais e municipais encontram-se a fazer especialização em gestão em saúde, com as deslocações quinzenais à capital do país onde lhes são administrados os cursos por módulos.

2. Existência de liderança técnica do setor da saúde.

Todos os principais responsáveis são profissionais da saúde, muitos dos quais com pós-graduação em saúde pública, administração hospitalar, planeamento e gestão em saúde, conforme se pode constatar no perfil levantado. Constatou-se que o ministério conta ainda com a assessoria técnica da OMS, UNICEF, entre outras agências das Nações Unidas. Foi observado também que a União Européia presta assessoria ao MINSA no concernente ao estudo da implantação de sistemas locais de saúde.

3. Incentivos para fixação de profissionais no interior.

Das 9 províncias visitadas, apenas em duas foi observada alguma estratégia para atrair e reter quadros nacionais na província. A primeira atribui residências para os profissionais médicos na sede provincial e nas sedes municipais, enquanto que a segunda, somente atribui este benefício aos médicos angolanos alocados nos municípios. Em contrapartida, aos médicos estrangeiros, por força dos acordos bilaterais, os governos provinciais concedem incentivos que se consubstanciam em moradia, transporte, acesso a internet e alimentação, variando o pacote de incentivos, de acordo com o previsto nos acordos, não sendo, portanto, uniforme para todas as nacionalidades de médicos expatriados.

A.3. Da Governabilidade

Para o estudo desta dimensão do triângulo de Matus, foram contemplados para a observação: 1. existência de um setor responsável pela administração do orçamento nas dependências do MINSAs; e 2. liderança política no MINSAs.

1. Existência de um setor responsável pela administração do orçamento.

Todas as Unidades Orçamentais têm um setor responsável pela administração do orçamento em pleno funcionamento e com a devida autonomia. Existem também setores responsáveis pelo orçamento em todas as Direções Provinciais da Saúde, apesar destas serem Órgãos Dependentes, excetuando como já mencionado, a direção provincial de Luanda, transformado em 2006, em Unidade Orçamental. Os Órgãos Dependentes têm ainda estrutura incipiente de administração do orçamento, existindo um responsável pela execução financeira, que em muitas situações funciona na Direção Provincial da Saúde. Observou-se, em algumas unidades municipais, que o responsável pela execução orçamental é o próprio diretor, fazendo deslocamentos constantes à sede da província para tratar de assuntos inerentes a esta responsabilidade tendo em conta que, o setor competente funciona na Direção Provincial.

2. Liderança política no MINSAs

A liderança política do ministério da saúde ao longo da série temporal 2000-2007 pertenceu ao maior partido da oposição, coadjuvado por dois vice-ministros do partido majoritário na assembléia nacional e no governo, no quadro dos esforços de pacificação do país, fato que criou vários constrangimentos com a mudança constante da liderança do ministério (exonerações dos ministros), de acordo com o sentido político de cada momento.

B. Dimensões da Tríade de Donabedian (1980)

B.1. Da Estrutura

Para esta categoria da tríade de Donabedian, foi enquadrada para observação direta, a oferta de serviços de referência e a sua adequação ao contexto.

1. Oferta de serviços de referência e a sua adequação ao contexto das localidades.

Os hospitais de referência do nível terciário encontram-se concentrados na capital do país. Os hospitais de referência do nível secundário encontram-se concentrados nas sedes provinciais, mesmo para aquelas províncias de grande dimensão, baixa densidade demográfica e grande dispersão das populações, como os casos das províncias de Moxico e Kuando-Kubango. Esta localização dos hospitais terciários e secundários dificulta o acesso das populações do interior que são obrigadas a percorrem longas distâncias e suportarem despesas enormes para ter acesso às referidas unidades, agravada com a inoperância da referência e contra-referência.

Com a desconcentração financeira das províncias e de alguns municípios, existem localidades com duas ou mais unidades sanitárias, uma unidade missionária orçamentada e as demais públicas, com ou sem orçamento, em detrimento de localidades, com densidade demográfica, sem qualquer unidade sanitária.

A construção de unidades sanitárias, com a autonomia dos governos de província e de algumas administrações municipais, não obedece a critérios demográficos, epidemiológicos ou geográficos em toda extensão do país, tendo em conta que foi observada em muitas províncias, a construção de unidades sanitárias com dimensões ou com a localização que não se ajustava com a demanda.

Todos os serviços laboratoriais e de imagem de referência municipais, provinciais e nacionais são intra-hospitalares, isto é pertencem as unidades sanitárias, apesar de a legislação prever a existência de laboratórios e serviços de imagem autônomos de referência municipal, provincial e nacional. Portanto, a oferta dos serviços de referência não é equilibrada e nem se ajustam aos contextos das localidades, o que se transforma em barreira de acesso do usuário ao cuidado de saúde.

Apesar do foco do estudo ser o SNS, importa referir que foi observado, em muitas províncias e na capital em particular, a existência de um grande número de unidades de saúde privadas (postos e centros de enfermagem, postos e centros médicos, clínicas e farmácias). Algumas destas unidades encontram-se localizadas em infraestruturas minúsculas e/ou degradadas, além da sua concentração em determinadas ruas e bairros em detrimento de outros.

B.2. Do Processo

Tendo em conta a falta de dados estatísticos hospitalares, para o entendimento do processo através da observação direta, foram considerados sete (7) aspectos, nomeadamente: 1. existência e utilização de protocolos (nacionais, provinciais e hospitalares); 2. sistema de transferência de pacientes; 3. sistema de marcação de consultas e filas de espera; 4. porta de entrada de usuários pacientes no SNS e condições de acolhimento; 5. tempo de permanência e cumprimento da carga horária pelos profissionais nos serviços e 6. condições das vias de comunicação.

1. Sistema de transferência de pacientes

Observou-se que a busca de atendimento nos níveis hierárquicos de média e alta complexidade é fundamentalmente por livre demanda, ou seja, espontânea. Somente aos pacientes internados que necessitem de cuidados de maior complexidade, atribui-se o “documento de transferência ou de evacuação” e o meio transporte (ambulância), quando possível, e em outros casos, em grau muito menor, para além do documento de transferência e a ambulância, o paciente é acompanhado por um profissional de enfermagem.

Contudo, o documento de transferência não é uniforme mesmo dentro da mesma província, existindo modelos sem a informação básica necessária (exemplos, no anexo 9), não sendo praticada a contra-referência.

Na falta de resolubilidade nos hospitais provinciais/gerais, os usuários são transferidos, com o aval das famílias, para a capital do País (Luanda), mas muitas vezes, sem qualquer referenciação, onde funciona o nível terciário e aonde concomitantemente o paciente, aí chegado, enfrenta todo o tipo de vicissitudes, desde a dificuldade de conseguir uma consulta médica, até o amparo familiar.

2. Existência e utilização de protocolos (nacionais, provinciais e hospitalares)

Em toda rede do SNS, constatou-se a existência de protocolos nacionais de tratamento apenas da malária, tuberculose e lepra. Em alguns municípios se constatou a existência e utilização de protocolos de tratamento deixados pela ONG “Médicos Sem-Fronteiras” que naquelas localidades prestou a sua ajuda no período da instabilidade político-militar no país. Os referidos protocolos referem-se às parasitoses intestinais, cólera e asma. No entanto, mais comumente se podia encontrar o protocolo da malária, que nem sempre era utilizado pelos profissionais médicos, sobretudo estrangeiros.

Não se constatou a existência de protocolos provinciais ou institucionais (hospitalares) específicos.

Em um hospital provincial que se beneficiou de assessoria técnica em gestão, de uma empresa privada portuguesa, alguns anos antes, observou-se a existência e de formulário hospitalar de medicamentos.

Vale destacar que o Manual de Procedimentos de Gestão e Controle de Medicamentos Essenciais destinado às Unidades Sanitárias, um importante instrumento orientador de gestão de medicamentos essenciais elaborado pelo Programa Nacional de Medicamentos Essenciais não disponível em 2/3 das unidades sanitárias visitadas.

3. Sistema de marcação de consultas e filas de espera

Com exceção dos hospitais nacionais (centrais), as unidades provinciais e municipais de saúde não têm qualquer sistema de marcação de consulta. Os pacientes apresentam-se nos ambulatórios, nas primeiras horas da manhã ou para receberem as senhas ou para ser listados voltando a hora da consulta ou permanecendo aí até a hora da consulta. A triagem quase sempre é feita por técnicos de enfermagem. Assim, os usuários são obrigados a esperarem até 8 horas para conseguirem a consulta, registrando-se um aglomerado de pessoas nos corredores e salas de espera, dificultando a normal circulação de usuários e profissionais nos referidos espaços. Nos hospitais centrais visitados onde existe o sistema de marcação de consultas, as

filas de espera são enormes, sendo que nas datas marcadas, os pacientes nem sempre conseguem as consultas.

4. Porta de entrada de usuários pacientes no SNS e condições de acolhimento

Considerando a concentração de recursos nas unidades de segundo e terceiros níveis e nos hospitais municipais, sobretudo recém-construídas ou reabilitadas e o débil funcionamento dos serviços ambulatoriais e da rede de cuidados primários, observou-se que a principal porta de entrada para o SNS é os serviços de urgência e emergência dos centros de saúde com internação, dos hospitais municipais, e dos hospitais secundários e terciários para onde muitos pacientes se dirigem em busca de assistência. Deste modo, estes serviços normalmente encontram-se superlotados e o perfil da sua utilização dominado por um grande grupo de usuários sem qualquer critério de urgência médica percebida. Para muitos pacientes o serviço de urgência é um espaço de contato com o médico que há muito procura, sendo este, de acordo com o observado (diário de campo), um importante fator de utilização deste serviço. Considerando as distorções da rede, alguns o consideram como fonte regular do cuidado ambulatorial ou de cuidados primários de saúde.

Verificou-se um grande fluxo de pacientes às unidades recém-reabilitadas ou estado normal de funcionamento e que são objeto de atenção especial dos gestores da saúde. Entretanto, a gestão concentrada em alguns pontos de atenção, quase sempre de nível secundário, a ausência de profissionais qualificados e a insuficiência de condições assistenciais na rede de atenção primária provocam como consequência o deslocamento da porta de entrada para o 2º nível ou para aquela unidade onde existem, aparentemente, recursos assistenciais. Estes, por sua vez, acabam por não conseguirem atender a demanda, instalando-se assim, o caos do seu sistema de atendimento com a sobrecarga dos serviços e dos profissionais, com a natural insatisfação dos profissionais e usuários.

O acolhimento neste contexto fica prejudicado, agravando-se a situação com a baixa motivação dos profissionais, que alegam excesso de trabalho e incompatibilidade salarial. Outro fator que agrava o acolhimento é o baixo indicador leito/habitante, tendo-se observado a internação de mais doente por leito ou a existência do chamado, pelos profissionais locais, de “colchão-leito” em que ao paciente é disponibilizado, em vez de um leito, um colchão.

5. Tempo de permanência e cumprimento da carga horária pelos profissionais nos serviços

Nas localidades do interior do país, o tempo de permanência no serviço e o cumprimento da carga horária pelos profissionais correspondem com o legislado, verificando-se recorrentemente situações em que o profissional mesmo não estando de serviço é chamado para atender solicitações das suas unidades sanitárias, vivendo-se uma espécie de “plantão

permanente”. O mesmo não se pode afirmar em relação às sedes provinciais e a capital do país onde foi observado o total descumprimento do horário e da respectiva carga horária, considerando que alguns profissionais exercem atividades laborais em duas, três ou mais unidades sanitárias, uma unidade pública e as demais, privadas.

6. Condições das vias de comunicação

Desde o fim da guerra, o governo tem feito um grande investimento na construção e reabilitação das vias de comunicação rodoviárias e ferroviárias, sobretudo interprovinciais e as que ligam os municípios e as capitais provinciais, o que permitiu ao autor do estudo de percorrer, via terrestre, grande parte do território angolano em trabalho de campo.

Esta constatação permitiu encontrar nos ambulatórios e serviços de internação de hospitais de referência provinciais, hospitais municipais e centros de saúde de referência municipais, usuários provenientes das mais diversas regiões do interior, algo até recentemente impossível.

A melhoria das condições de acesso também facilita a circulação de profissionais e serviços de saúde, o que tem contribuído para aceitação da colocação no interior, podendo em alguns casos, como verificado, os profissionais residirem nas sedes provinciais e trabalharem no interior.

Apesar disso, registram-se ainda dificuldades na circulação de pessoas, serviços e bens, considerando as ainda péssimas condições de muitas vias intermunicipais e intercomunais. O mesmo se dizer em relação às vias de comunicação rodoviárias interprovinciais da região leste do país, o que dificultou a realização do trabalho de campo nas províncias daquela região.

B.3. Dos Resultados

Observou-se no trabalho de campo que a situação estrutural e funcional das unidades com orçamento, unidades órgãos dependentes e unidades sem orçamento dos níveis primário e secundário se apresenta do seguinte forma:

1. As unidades de saúde com orçamento tinham melhores condições em termos de disponibilidade de medicamentos e insumos médicos, melhor qualidade de alimentação oferecida aos pacientes e profissionais e maior disponibilidade e diversidade de material administrativo incluindo equipamentos de informática, parte do qual se encontrava ocioso. Por exemplo, em um hospital secundário visitado, o gabinete de um dos responsáveis da unidade possuía, há mais de 6 meses, diversos meios, como impressora, fax digital, computador, scanner, mas ninguém do gabinete sabia usá-lo, inclusive a própria responsável, graduada em enfermagem. Verificou-se também que as unidades orçamentadas apresentavam-

se em melhores condições higiênicas quando comparadas com as demais e tinha menos meios inoperantes por falta de manutenção (anotações do diário de campo)

Por conseguinte nestas unidades constatou-se a existência de mais reclamações do pessoal afeto a direção clínica sobre a falta de atenção dos administradores financeiros para com a necessidade da área clínica e da falta de transparência na gestão dos recursos financeiros da instituição.

2. As unidades órgãos dependentes encontravam-se relativamente em pior situação, nos aspectos já abordados, em relação às unidades com orçamento, mas em muito melhor situação, quando comparados com as unidades sem orçamento. Nas três unidades deste grupo constatou-se uma aparente preocupação com a aquisição de medicamentos e de material de expediente, meios encontrados um número considerável nos seus armazéns e depósitos. No entanto, aqui o clima de tensão que se verificou foi em relação às direções provinciais da saúde, que na visão das direções destas unidades impediam a normal execução orçamental, considerando o não atendimento das suas preocupações e o fato de permanentemente serem solicitados a auxiliarem outras unidades.

3. Nas unidades sem orçamento, a situação era de inúmeras insuficiências em recursos materiais, meios necessários para o trabalho. Apenas existiam os kits de medicamentos essenciais, que na opinião dos profissionais e gestores destas unidades, não serviam para atender adequadamente a demanda, quer em quantidade, como em diversidade.

No que tange a gestão da área clínica, todas as unidades, dos três grupos, com as devidas raras exceções, em menor ou maior grau, a grande maioria apresentou os mesmos problemas de déficit de normas e instrumentos nos domínios da biossegurança, informação hospitalar, controle diagnóstico e terapêutico e de infecção hospitalar e organização estrutural e funcional. Observou-se também o descumprimento das normas existentes.

10. DISCUSSÃO E RECOMENDAÇÕES

A descentralização do SNS de Angola se insere em um contexto amplo, holístico, que abrange a reforma de toda a administração pública de Angola.

De acordo com Matus (1996), o projeto do governo refere-se ao conteúdo propositivo do plano, que contém o conjunto de propostas de ações que um autor pretende realizar para alcançar seus objetivos. Nesta perspectiva, para o caso da descentralização do SNS de Angola o “projeto do governo” expressa-se, em parte, pelo Plano de Desconcentração e Descentralização da Administração Pública e pela legislação produzida em torno do processo, amplamente discutidos no capítulo 9. O projeto de governo não corresponde tão somente ao que interessa ao governante, mas também à capacidade que ele tem de explicar a realidade e suas propostas para modificá-la de forma criativa e eficaz.

A baixa capacidade de governo afeta a governabilidade, a qualidade da proposta e a gestão do governo. As exigências do projeto de governo põem em prova a capacidade de governo e a governabilidade do sistema. A governabilidade do sistema, por fim, impõe limites ao projeto de governo e faz exigências à capacidade de governo (MATUS C.,1991).

Um dos fundamentos do processo de descentralização do SNS de Angola está previsto na lei de bases da saúde (ANGOLA, 1992a), que estabelece como características do SNS, a universalidade, a integralidade, a equidade, a gratuidade e a gestão descentralizada e participativa tendo o SNS percorrido com a descentralização, três (3) fases representadas na figura 8. Apesar de até 2007 não existir nenhum documento normativo setorial (específico) sobre o processo, várias mudanças foram introduzidas no SNS de Angola. O primeiro documento setorial, com alguma abordagem da descentralização do SNS refere-se à revitalização dos cuidados primários cuja implementação iniciou, com o apoio do UNICEF, OMS e FNUAP, em 19 municípios de 6 províncias no biênio 2006-2007.

No âmbito da descentralização, as mudanças ocorridas resultaram na transição das delegações provinciais de saúde dependentes fundamentalmente do MINSA e em certa medida, dos governos provinciais para direções provinciais dependentes administrativamente dos governos provinciais que são unidades orçamentais e dependem sob o ponto de vista metodológico do MINSA. E ainda verificou-se a transição das delegações municipais de saúde para repartições municipais dependentes administrativamente dos governos municipais, designados em Angola por administrações municipais, unidades orçamentais e tecnicamente das direções provinciais de saúde, sendo estes órgãos dependentes financeiramente dos governos provinciais.

Registrou-se também alteração no mecanismo de financiamento público do SNS, de uma base setorial (ministério da saúde) para territorial (governos de províncias), assumindo o

Ministério das Finanças um papel relevante no processo (fig. 9 e 10). A aquisição e distribuição de medicamentos transitou de sistema único centralizado para um sistema multipolar (fig.11 e 12), com todas as conseqüências positivas e negativas identificadas no capítulo 9.

As respostas dos informantes do estudo não refletiram, na plenitude, o que a literatura aborda sobre as especificidades dos sistemas de saúde tidos como um dos mais complexos da sociedade contemporânea. Nas organizações destes sistemas verifica-se: dificuldades de definir/medir saídas ou produtos; grande quantidade de tarefas de caráter emergencial ou inadiável; interdependência das atividades; pouco controle hierárquico sobre o grupo gerador de trabalho, entre outros (CRÉMADEZ e GRATEAU, 1997; AZEVEDO, 2002; MALIK, 2002; MINTZBERG, 2003; ARTMANN e RIVERA, 2003a, 2006). Apenas 3 dos 10 gestores nacionais, 3 dos 15 gestores de hospitais, 12 dos 45 profissionais e 7 dos 25 gestores provinciais e municipais têm a percepção de que o “projeto do governo” (instrumentos normativos e legais) da descentralização do SNS de Angola considera as especificidades do setor da saúde. Os mesmos sustentam que os instrumentos normativos e legais produzidos são bastante generalistas, não se referem ao SNS com a devida profundidade. Verifica-se a indefinição de inúmeros aspectos sobre a gestão descentralizada do SNS, nos domínios de financiamento, informação em saúde, hierarquização, integralidade, descrição de postos, aquisição e distribuição de medicamentos, entre outros.

Neste sentido, somente 1/3 dos 15 gestores nacionais e de gestores provinciais e municipais e cerca de 1/5 dos 45 profissionais consideram os objetivos da descentralização do SNS de Angola claros. Ao analisar o nível de conhecimento sobre o processo, a maioria dos gestores provinciais e municipais, de gestores hospitalares e cerca da metade dos profissionais, o avaliaram como regular. Foi bastante referida a falta de informação e de divulgação dos documentos existentes e a falta de abordagem oficial e regular do assunto nos serviços. Esta pode ser uma das dificuldades para o êxito do processo, pois como refere Kisil (1998), para o gerenciamento do processo de mudança no setor da saúde observa-se a necessidade do conhecimento da missão por todos da organização, além da necessidade do planejamento estratégico em todos os níveis; da gestão participativa; do estabelecimento de parcerias. O mesmo também refere Matus C. (2005) ao ressaltar a importância de comunicar bem o conteúdo do plano para alcançar adesões.

Com os problemas levantados pelos entrevistados e identificados na abordagem do “projeto e na capacidade do governo”, na visão da metade dos gestores nacionais, o processo de implementação da descentralização do SNS de Angola está lento. No entendimento da grande maioria dos gestores provinciais e municipais, dos gestores hospitalares e dos

profissionais, o processo está muito lento ou lento. No entanto, segundo o ponto de vista da outra metade dos gestores nacionais o processo está rápido, opinião corroborada pelo gestor do MAT. Observa-se, portanto, que a visão dos atores é situacional e depende da posição que ocupam dentro da estrutura do poder do SNS, ou seja, no nível central ou local.

Os entrevistados que argumentam que o processo está muito lento ou lento, destacam que apesar de estar a ser implementado há alguns anos, os seus efeitos práticos no nível provincial e, sobretudo no municipal, ainda são mínimos. Boa parte da legislação ainda não foi regulamentada. Existem ainda muitos aspectos confusos que carecem de clarificação. Segundo estes entrevistados, a autonomia dos municípios e serviços deveria ser um objetivo a ser alcançado em curto prazo para facilitar a tomada local de decisões, o que poderia contribuir para melhorar o acesso da população aos cuidados de saúde e a qualidade da assistência prestada.

Aqueles que sustentam o ponto de vista de que o processo está rápido ou muito rápido, incluindo cinco(5) dos dez(10) gestores nacionais, dividem-se em dois subgrupos no momento da argumentação. O primeiro subgrupo considerou-se satisfeito com a rapidez, atendendo o nível de gestão atingido e as melhorias que se registam no SNS. Para outros, é necessário inicialmente dotar as províncias, municípios e unidades sanitárias de mais recursos humanos, com conhecimentos técnicos sobre gestão e descentralização em saúde. A clarificação das “zonas cinzentas” é outra preocupação apresentada. Sustentam que verificou-se um desligamento precoce das estruturas centrais o que levou a desarticulação do Serviço Nacional da Saúde, particularmente no nível municipal. Referem que os passos dados foram sem a devida consolidação das fases anteriores havendo necessidade do processo ser gradual e progressivo.

A necessidade da consolidação das fases anteriores é apontada por vários autores (TEIXEIRA, 1990; ROVERSI-MONACO, 1993; MENDES, 2001). Estes sublinham que, para a descentralização ter êxito e ser efetiva, deve ser flexível, gradual, progressiva e transparente na tomada de decisão, além de ser acompanhado e avaliado por meio de mecanismos de controle social. De acordo com Mendes (2001), a flexibilização tem a ver com as adaptações ao contexto local em que se dá o processo de descentralização.

Consideramos que o contexto cultural da sociedade angolana, a cultura organizacional existente e fundamentalmente, o alcance dos objetivos preconizados no “projeto do governo” para o SNS de Angola deveriam ser as premissas para a definição da intensidade e a velocidade do andamento do processo, agindo como fatores determinantes para a necessária gradualidade e progressividade.

Apesar dos distintos pontos de vista quanto à satisfação com o andamento do processo, as mudanças registradas no SNS, na série histórica, foram para melhor na percepção de todos os gestores de unidades sanitárias e de quase todos os gestores provinciais e municipais e profissionais. As referidas mudanças, consideradas como avanços referem-se à elementos analíticos de todas as categorias do estudo, sendo que nem sempre foi possível distinguir os avanços resultantes do alcance da paz no país, daqueles resultantes especificamente da descentralização, como refere Tuchman (1994), qualquer fenômeno social precisa ser entendido dentro do seu contexto histórico. Também nem sempre foi possível desvincular, com alguma precisão, os avanços do ponto de vista do triângulo de Matus e/ou da tríade de Donabedian. Por exemplo, alguns elementos da categoria “capacidade do governo” de Matus coincidem com a categoria “estrutura” de Donabedian, particularmente no que diz respeito aos recursos humanos considerando que ambas as categorias referem-se também a capacidade de intervenção.

Donabedian (1980) destaca que estrutura, processo e resultado estão encadeados e nem sempre é possível identificar onde termina uma categoria e se inicia a outra. Para ele, 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 dêem conta de mensurar tanto estrutura como processo e resultado, como, aliás, foi opção deste estudo.

Os principais avanços registrados no SNS de Angola nas seis categorias analíticas, estrutura, processo, resultado, projeto do governo, capacidade do governo e governabilidade são:

1. Como referido pelo informante privilegiado do estudo, a própria existência do processo de descentralização pode ser considerado o primeiro grande avanço para o SNS de Angola, partindo da idéia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chances haverá de acerto (SILVEIRA, 2006). Até o início da descentralização, grande parte dos serviços públicos básicos em Angola era prestada a partir de uma perspectiva central, afastada das necessidades da população mais pobre (UNCDF e PNUD, 2006).

2. A Passagem da dependência administrativa das direções provinciais da saúde e das repartições municipais da saúde dos órgãos da administração local do estado, respectivamente, governos de províncias e administrações municipais, através dos Decretos-lei 27/00 de 19 de Maio e 2/07 de 3 de Janeiro. De acordo com Zilda (1996), a transferência e o controle dos serviços de saúde para os níveis locais vêm sendo recomendados como uma

das principais estratégias para o aumento da cobertura assistencial e é uma oportunidade concreta de fazer com que as reais necessidades da população sejam atendidas (GOHN, 2003). No entanto, o fundamental é que o processo de transferência de responsabilidades e recursos aos municípios ocorra na medida em que eles demonstrem capacidade para o cumprimento de exigências técnicas e legais, consideradas imprescindíveis para o processo. No Brasil, por exemplo, esse processo gerou uma busca de capacitação, por parte dos municípios, sem precedentes na história (FLEURY, 2006). Assim sendo, cabe às iniciativas de capacitação auxiliar no salto de qualidade requerido pelas cobranças de mais resultados e ampliação da responsabilidade (FINATEC, 2004).

3. Autonomia administrativa e financeira dos hospitais gerais e centrais e parcialmente dos hospitais municipais, possibilitando a tomada de decisões oportunas. As decisões sobre o programa de atividades, administração do desempenho, condução do trabalho hospitalar e administração financeira passaram a ser de responsabilidade das unidades. As soluções para alguns problemas passaram a ser mais fáceis e rapidamente encontradas, além de outros efeitos positivos referidos na análise do resultado das entrevistas e dos grupos focais.

De acordo com dados levantados na análise quantitativa da categoria “governabilidade” (MATUS, 2005), o número de unidades orçamentais e de órgãos dependentes transitou de uma (1) unidade orçamental em 2000, para 41 unidades em 2006 e de 81 órgãos dependentes para 193, no mesmo período aumentando a autonomia financeira.

Neste sentido constatou-se também, o aumento gradual da porcentagem das despesas realizadas pelas províncias de 43,3% em 2002 para 46,3% em 2005 e a conseqüente diminuição das despesas realizadas pela província de Luanda e pelos órgãos centrais do MINSA, de 12,5% em 2002 para 11,6% em 2005 para o primeiro e de 44,2% em 2002 para 42,1% em 2005 para os órgãos centrais.

4. Maior disponibilidade de recursos em saúde (tecnológicos, humanos, materiais incluindo infra-estruturas, recursos cognitivos, entre outros, para além dos financeiros) na percepção de todos os gestores nacionais, da grande maioria dos 25 gestores provinciais e municipais e dos 15 gestores de hospitais, embora ainda muito aquém das necessidades. O aumento verificado foi relacionado pelos informantes não só à descentralização, mas fundamentalmente ao alcance da paz que criou um clima propício para o efeito. Vários outros fatores foram apontados como contribuintes no aumento verificado, como o aumento de liquidez, o momento eleitoral, a existência de mais quadros formados em gestão, dentre outros.

Quantitativamente, registrou-se o crescimento da rede de saúde em funcionamento, tendo o número de hospitais municipais passado de 52 em 2003 para 132 em 2007, dos

centros de saúde transitado dos 162 em 2003 para 316 em 2007 e dos postos de saúde de 696 em 2003 para 1.472 em 2007, considerando os investimentos feitos pelos governos provinciais, responsáveis para o efeito no âmbito da descentralização. O aumento do número de infra-estruturas de saúde levou ao aumento do número de leitos de 10.105 em 2000 para 16.662 em 2006, embora também aquém das necessidades considerando que foi observado e também referido pelos entrevistados, a internação de mais de um paciente por leito e agravada com o aumento da taxa de ocupação de leitos hospitalares destacado pela maioria dos gestores de hospitais e dos profissionais, pela metade dos gestores provinciais e municipais e por 2 dos 10 gestores nacionais.

Vale destacar que, de acordo com a literatura, vários são os fatores que interferem na demanda por leitos hospitalares. De acordo com Duarte I.G., (1999), além dos aspectos sociais, culturais e demográficos da população demandatária, a utilização de leitos hospitalares está diretamente ligada ao financiamento do atendimento, ao modelo ambulatorial ofertado à comunidade, ao modelo de assistência à saúde mental vigente, da existência ou não de programas de atenção domiciliar, bem como da proximidade ou não de pólos de atendimento regional. Para o caso do estudo, foram apontados, pelos entrevistados, os seguintes: aumento da demanda, o aumento da confiança dos usuários em relação a assistência, a melhoria da circulação de pessoas e serviços, a melhoria das condições logísticas nos hospitais, a inoperância da rede de cuidados primários e a melhoria da capacidade de diagnóstico, a maior conscientização da população quanto à importância do hospital em detrimento do curandeiro, o aumento do número de profissionais qualificados nas unidades sanitárias, a baixa capacidade infra-estrutural, a maior disponibilidade de serviços, a superlotação das cidades e a debilidade funcional dos programas de saúde pública.

O número de médicos Angolanos no SNS transitou de 654 em 2000, para 892 em 2007 e o número de enfermeiros passou de 14.783 em 2000, para 28.848, boa parte deste aumento deve-se à admissões feitas, com a descentralização, localmente, através de concursos públicos, com a supervisão e acompanhamento dos órgãos centrais. No entanto, um estudo feito em uma das províncias de Angola aponta que, a participação dos órgãos locais no processo de contratação de médicos estrangeiros é uma das reclamações dos gestores hospitalares e dos gestores municipais e províncias da saúde por serem detentores de informações sobre suas condições e necessidades da força de trabalho (OLIVEIRA e ARTMANN, 2009a).

O número de serviços de apoio de diagnóstico, nomeadamente, laboratórios, radiologia e ultrassonografia aumentou na série histórica (tabelas 23 e 27), considerando que os governos provinciais e as próprias unidades sanitárias passaram a ter recursos financeiros e

competências para gestão destes serviços. Por exemplo, na província do Zaire e Namibe, o número de laboratórios transitou de 4 e 14 em 2000 para 7 e 13 em 2007, respectivamente.

Foi também destacado pela totalidade dos gestores nacionais e pela maioria dos gestores provinciais e municipais, dos gestores de hospitais e dos profissionais, o aumento da percentagem de disponibilidade de medicamentos essenciais e de especialidade nas unidades sanitárias quer em quantidade, como em diversidade, resultante também da existência de múltiplos agentes responsáveis pela compra de medicamentos no SNS.

No entanto, o quadro de múltiplos fornecedores e agentes responsáveis pela compra de medicamentos e de inexistência de normas técnicas destinadas a assegurar a racionalidade e a transparência dos procedimentos de aquisição de fármacos, faz com que os mesmos sejam importados por instituições sem perfil para o efeito, obtendo-os de qualquer fonte, a preços e com prazos de expiração não controlados, e sem mecanismo algum que salvguarde a sua boa qualidade (ANGOLA, 2007i). Neste sentido, Mendes (2001) destaca que a experiência indica que uma das áreas em que a descentralização do processo não deve incidir é a regulação de setores como medicamentos e equipamentos de alta densidade. Este seria um setor estratégico que exige boa dose de centralização, pelo menos, no que concerne a aquisição e distribuição de medicamentos de especialidade.

5. Possibilidade de o nível central desempenhar melhor, em certa medida, o seu papel de agente regulador e fiscalizador, pelo menos, com a produção de alguns instrumentos normativos, considerando que deixou de dedicar tempo e recursos com tarefas que passaram sob responsabilidade dos níveis locais. Para Mendes (2001), a experiência indica que para da regulação acima referida (do setor de medicamentos e de equipamentos de alta densidade), a descentralização não deve incidir na definição de macro-políticas, nas decisões referentes aos recursos estratégicos e na macro-análise de situação e tendências da saúde. Portanto, em um contexto de grande *déficit* de normas e regulamentos, como do Sistema de Saúde Angola, aliada às carências locais de recursos humanos qualificados, o desempenho pelo Ministerio da Saúde do seu papel de agente regulador e modelador é de fundamental importância. A efetiva assunção do seu papel, neste domínio, permitiria assegurar o caráter nacional do Sistema de Saúde e do SNS, garantir que as características do SNS sejam respeitadas nacionalmente e promover a equidade, tendo em conta as imensas desigualdades do país, entre as regiões e entre grupos sociais. Este papel torna-se ainda mais relevante, tendo em conta, o forte crescimento que o subsector privado registra em Angola.

6. Separação de atribuições entre as direções provinciais e repartições municipais da saúde e as direções das unidades sanitárias, o que garante maior facilidade no controlo do património e no uso dos instrumentos legais para a tomada de medidas de natureza disciplinar,

nomeadamente em relação aos recursos humanos. Antes do processo, todas as decisões desta esfera eram tomadas pelos órgãos centrais do MINSA e pelas direções provinciais de saúde, onde os processos eram remetidos.

As mudanças introduzidas no SNS tiveram também os seus efeitos evidenciados em alguns indicadores de caráter processual e dos resultados, apesar de serem ainda ínfimos e devem ser considerados com a devida ponderação, tendo em conta, a pouca confiabilidade dos dados estatísticos em saúde do país (ANGOLA, 2005d), com um valor muito limitado para análise do estado de saúde da população e para a realização de planos nacionais de saúde (CAMPIONE, 1998). Esta problemática (dos dados estatísticos) de Angola motivou a triangulação de dados feita neste estudo tendo em vista o aumento da validade.

No que tange aos indicadores referentes às práticas assistenciais, para além do impacto na taxa de ocupação de leitos hospitalares e não obstante muitos entrevistados não terem respondido à pergunta por desconhecerem os dados, a taxa de mortalidade operatória diminuiu na avaliação de 8 dos 9 gestores provinciais, 10 dos 15 gestores hospitalares, e 22 dos 45 profissionais, apesar de predominantemente as cirurgias serem de urgência e não eletivas. Explica-se a diminuição pela existência de mais e maior diversidade de medicamentos, insumos e equipamentos, pelos cursos de capacitação administrados nas unidades de saúde e pela presença de médicos especialistas, muitos destes fatores têm relação direta com a descentralização.

Atendendo praticamente aos mesmos motivos, a percentagem de pacientes transferidos para unidades de média e alta densidade tecnológica diminuiu na visão de 21 dos 25 gestores provinciais e municipais, e 12 dos 15 gestores hospitalares apesar dos problemas inerentes as formas de transferência e de atendimento nas unidades para onde os usuários são transferidos.

A cobertura de vacinação de rotina em menores de um(1) ano aumentou consideravelmente tendo, com a exceção da febre amarela, todos os demais antígenos, em todas as províncias, atingido acima de 80% em 2007, quando em 2000 a cobertura, praticamente não atingiu os 50%.

Quanto aos indicadores referentes aos resultados, o coeficiente de letalidade por malária decresceu de 1,2% em 2003 para 0,3% em 2007 em todo país e em todos os grupos etários, o que possivelmente se refletiu na taxa de mortalidade geral tendo em conta que a malária é a principal causa de morbi-mortalidade no país. A propósito vale destacar que a malária representa 50% da demanda dos cuidados de saúde no SNS sendo endêmica em toda a extensão territorial de Angola (ANGOLA, 2009f).

Apesar do aumento da incidência e prevalência da tuberculose, o coeficiente de letalidade por esta enfermidade decresceu tendo passado de 3,2% em 2004 para 2,7% em 2006 e em 2007 atingiu 2,4%, o que também pode ter influência na mortalidade geral, embora pouco significativa.

As taxas de mortalidade geral e de crianças menores de 1 ano diminuíram, na percepção de 8 dos 10 gestores nacionais, 18 dos 25 gestores provinciais e municipais e 12 dos 15 gestores hospitalares considerando a redução de mortalidade específica por malária e por Doenças Diarréicas Agudas. Sustentam que na série temporal do estudo, para além dos benefícios da paz e da estabilidade macroeconómica, foram introduzidos novos métodos de tratamento e prevenção da malária. As ações do programa de Informação, Educação e Comunicação (IEC) foram intensificadas e a cobertura vacinal aumentou. Foi referido ainda que a desconcentração financeira permitiu a melhoria das condições assistenciais nas unidades sanitárias e este é um dos resultados diretos da descentralização. De acordo com o observado (diário de campo), as unidades de saúde com orçamento tinham melhores condições em termos de disponibilidade de medicamentos e insumos médicos, melhor qualidade de alimentação oferecida aos pacientes e profissionais e maior disponibilidade e diversidade de material administrativo quando comparado com as unidades sem orçamento.

Para Pereira (2005), nem sempre a existência de mais recursos significa melhor qualidade dos serviços ou, melhor nível de saúde para a população. Para o autor, regra geral, a estrutura é necessária, mas não é suficiente para garantir a qualidade. A estrutura apenas possibilita alcançar qualidade, que depende também de outros fatores. Esta abordagem justifica a necessidade do SNS de Angola em (re)construção, contar com uma abordagem que privilegie não só a estrutura, mas também o processo para o alcance de melhores resultados.

Analisando a forma de financiamento público do SNS de Angola, a maioria de todos os entrevistados considera que a mesma deu mais ênfase à assistência médico-hospitalar, sendo que quase metade do Orçamento Geral do Estado foi atribuída a este tipo de assistência. Foi referido que não há praticamente recursos financeiros para os programas de saúde pública e para os cuidados primários de saúde.

O mesmo também destaca um documento do MINSA (ANGOLA, 2005d), ao referir que em termos práticos, tudo o que se faz em saúde pública com objetivos e metas definidos geralmente é com o suporte financeiro das agências especializadas das nações unidas e das missões de cooperação. Deste modo, a maioria dos programas de saúde pública que dependem financeiramente do Orçamento Geral do Estado (OGE) estão inoperantes ou funcionam debilmente como demonstrado no quadro 4.

Não obstante, o entendimento da maioria dos entrevistados sobre a ênfase dada a assistência médico-hospitalar, sobretudo à rede terciária e secundária, em termos de financiamento e investimentos, o peso das despesas totais com a rede primária e hospitais municipais na série histórica aumentou tendo transitado de 26% em 2001, para 40% em 2005, o peso do nível hospitalar do segundo e terceiro níveis diminuiu de 51% em 2001 para 44% em 2005, enquanto que o peso das despesas totais com a administração e outras áreas também diminuiu transitando de 20% em 2001, para 13% em 2005 (tabela 17).

Apesar do aumento das despesas com a rede primária e hospitais municipais, o cotidiano das unidades sanitárias do nível primário caracteriza-se por faltas crônicas de medicamentos e falta de condições básicas como a água, eletricidade, devido em grande parte à ausência de recursos financeiros para as despesas correntes de funcionamento (ANGOLA, 2009a).

Consideramos que em função das carências estruturais do SNS de Angola, deve-se prever no financiamento tanto a assistência médico-hospitalar, como as demais formas assistenciais, pois as ações de promoção, proteção e de recuperação formam um todo indivisível que não podem ser compartimentalizadas. As unidades prestadoras de serviço com seus diversos graus de complexidade formam também um todo indivisível. Somente assim se poderia configurar um sistema e um Serviço Nacional de Saúde capaz de prestar assistência integral.

Os entrevistados referem que a concentração da atenção em termos de investimento, financiamento e gestão em hospitais secundários e terciários leva a superlotação destes e o conseqüente esvaziamento da rede de cuidados primários de saúde. O estudo mostrou que isto se deve à grande demanda existente e também à necessidade de mais investimento e de uma gestão equilibrada de todo o SNS. Mendes (2001) refere que a gestão isolada de alguns pontos de atenção a saúde faz surgir, com freqüência, uma situação paradoxal, onde a otimização de um ponto isolado pode determinar uma subotimização no sistema.

Parece-nos que uma melhor gestão de alguns pontos de atenção, unidades recém construídas ou reabilitadas, provoca como conseqüência o deslocamento da porta de entrada para aquele nível ou para aquela unidade onde existem, aparentemente, recursos. Este nível ou unidade, por sua vez, como constatado, acaba por não conseguir atender a demanda da comunidade e conseqüentemente instala-se o caos do seu sistema de atendimento com a sobrecarga da infra-estrutura e dos profissionais que aí trabalham e a insatisfação dos usuários.

Todos estes aspectos vêm colocar em pauta a necessidade da discussão do modelo assistencial para Angola tendo em vista a reorganização da rede, a definição dos mecanismos

de financiamento e a introdução de medidas que permitam superar as graves distorções que se registram, até porque segundo Almeida et Al. (2002), a descentralização deve ser considerada como um instrumento de seu objetivo último o de melhoria das condições de saúde e de vida, o que implica não apenas "descentralizar o poder de fazer", mas também o de mudar a "lógica" e a "prática" do sistema, o que implica buscar novos modelos de atenção e de gestão. Nota-se que um modelo de atenção inclui três dimensões: uma gerencial, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços, uma dimensão organizativa, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, e a dimensão propriamente técnico-assistencial, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o(s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho (TEIXEIRA C.F., 2006)

São vários os aspectos apontados nas entrevistas individuais e nos grupos focais como recuos motivados pela descentralização do SNS em curso. Concordamos com os entrevistados e participantes dos grupos que consideram que a maioria dos aspectos mencionados, não são propriamente recuos, prejuízos ou retrocessos, mas constrangimentos do processo, podendo ser considerados como debilidades.

Apenas podem ser considerados como recuos dois (2) aspectos, sendo que o primeiro está relacionado com o momento B da fase intermediária de implementação da descentralização do SNS que resultou na extinção da secção municipal da saúde e o surgimento da secção dos serviços sociais, com atribuição de responder também pela saúde, com todas as conseqüências e adaptações feitas pelos governos e direções provinciais da saúde na tentativa de manterem funcionais os serviços municipais da saúde. O segundo refere-se à multiplicidade de organogramas das direções provinciais da saúde.

A extinção da secção municipal da saúde levou, como referido pelos entrevistados, à perda da autoridade municipal da saúde, a falta de coordenação entre o nível central e provincial com o municipal e a diminuição significativa da força política dos órgãos de gestão central e provincial da saúde. No nível municipal, o setor da saúde passou, em muitos casos, para a responsabilidade de gestores sem formação em saúde ou pelo menos, em gestão em saúde, algo que pode ser considerado como problemático pelas especificidades das organizações de saúde onde existe maior lealdade à corporação profissional que à organização (CRÉMADEZ e GRATEAU, 1997; MALIK, 2002; MINTZBERG, 2003) e onde o trabalho profissional é altamente especializado e a autonomia é necessária para executá-lo, gerando um ambiente propício ao conflito, tornando-se fundamental um processo de negociação permanente (AZEVEDO, 2002; MINTZBERG, 2003; ARTMANN e RIVERA, 2003a, 2006). Este recuo, que se prolongou por quase uma década e que criou inúmeros embaraços, levou à criação das

repartições municipais da saúde, em Janeiro de 2007 (ANGOLA, 2007e) dependentes administrativamente das administrações municipais da saúde e tecnicamente das direções provinciais da saúde.

Angola é um estado unitário, de dimensão territorial razoável e com praticamente uniformidade da sua situação epidemiológica. A diversidade de organogramas (vide anexo 2) introduzida no SNS pela flexibilidade prevista no decreto 27/00 de 19 de Maio (ANGOLA, 2000d) quanto ao número de departamentos para as direções provinciais da saúde pode criar dificuldades quanto a responsabilidade na execução das ações e conseqüentemente no monitoramento e avaliação das ações. Apesar disso, o mais importante para os três níveis é definir a distribuição de competências, que de acordo Teixeira (1990) podem ser exclusivas, que são relativas a um só nível de governo; concorrentes, em que mais de um nível as exerce; e subjetivas, nas quais os níveis se complementam.

Foram também apontados, nas entrevistas e nos grupos focais vários constrangimentos (ou debilidades), que não chegam a ser recuos, considerados por alguns, como zonas cinzentas.

Muitos dos constrangimentos mencionados são inerentes ao um processo tão complexo como é a descentralização. Dentre eles, a falta de comunicação entre os níveis operacional e estratégico levando à dificuldades na priorização de ações, a desorganização do sistema de aquisição e distribuição de medicamentos e equipamentos, a desmotivação do pessoal da saúde alocado nos municípios e a não assunção pelas administrações municipais das suas responsabilidades pela saúde no município. Portanto, há necessidade de cumprimento dos critérios referidos por autores, como Lobo (1990); Teixeira (1990); Roversi-Monaco (1993) e Mendes (2001), designadamente, a flexibilidade, a gradualidade, a progressividade, e a transferência na tomada de decisão, além da necessidade de acompanhamento e avaliação periódica. Importante é também a recomendação do Estudo sobre a Macro-Estrutura do Poder Local em Angola (ANGOLA, 2007c), que estabelece que o processo de transferência de competências de administração central para a administração local do estado e, nesta, do governo provincial para as administrações municipais e comunais deve ser gradual, feita para o nível da administração melhor posicionado para prosseguir com racionalidade e eficácia as atribuições, realizada de forma diferenciada para que as funções transferidas tenham em conta as diferenças (em termos de especificidade e importância) dos municípios e comunas e de forma a que entre o órgão que desconcentra e o órgão receptor se estabeleçam relações de cooperação e não de conflito.

Alguns (constrangimentos) estão relacionados à cultura de centralização e concentração até então existente. Destacam-se, por exemplo, a perda de responsabilidade

direta do ministério sobre as direções provinciais, o desalinhamento na planificação entre o nível central e os níveis locais e a perda do controle pelo MINSA dos recursos das unidades sanitárias. Caberá o processo ser apropriado pelos órgãos, gestores e profissionais, mediante um processo de aprendizagem permanente e negociação (SENGE, 1995; RIVERA, 2001) tendo em vista o alcance de maior adesão. A aprendizagem aqui deve ser vista como um processo contínuo com as seguintes etapas: 1. aprender a perceber ou a reinterpretar a situação; 2. aprender como aplicar essa percepção para a formulação de políticas e especificação de ações; 3. aprender como implementar as políticas e ações (pretendidas); e 4. aprender como manter estes três últimos itens ativos, vivos, e abertos a constante revisão, como destaca Rivera (2001).

Outros ainda, como a indefinição de competências e atribuições entre os gestores dos distintos níveis, desentendimento entre diretores provinciais da saúde e gestores de unidades de saúde com orçamento, a não assunção de algumas obrigações por alguns governos provinciais e a construção de unidades sanitárias sem o cumprimento do regulamentado, têm a ver com a falta de documento normativo setorial sobre a descentralização do SNS e o *déficit* de instrumentos normativos.

A acumulação de cargos no nível municipal, a transformação do diretor provincial da saúde em “pedinte”, a quebra do orçamento atribuído aos hospitais municipais para atender os centros e postos de saúde, a nomeação pelos responsáveis no setor sem o perfil para o cargo e os problemas para o recrutamento e planificação de recursos humanos estão relacionados com dificuldades estruturais e também a baixa normatização do SNS.

Importa destacar que para o gerenciamento do processo de mudança no setor da saúde observa-se a necessidade de: planeamento estratégico em todos os níveis; conhecimento da missão por todos da organização; fortalecimento do sistema de avaliação, controle e auditoria; gestão participativa; estabelecimento de parcerias. (KISIL, 1998). Vergara e Pinto (1998) referem ainda que a mudança cultural precisa ser sustentada por formas que não sejam estranhas à organização, para que haja real motivação e comprometimento com seus objetivos. Este, possivelmente, é um dos mecanismos de superação de muitas das debilidades identificadas pelo estudo.

Algumas das debilidades apontadas e particularmente a falta de um documento setorial, entendido como o “projeto do governo”, demonstram a importância da consideração e operacionalização do triângulo de Matus (1996) para a descentralização do SNS de Angola.

As variáveis, Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade do Sistema entrelaçam-se e condicionam-se mutuamente, determinando demandas entre si no complexo processo de governar. Isso significa a existência de interdependência entre essas

variáveis onde o Projeto de Governo não é produto tão somente das circunstâncias, mas também da Capacidade de Governo de quem governa, aí incluída a capacidade de explicar a realidade, gerando ações eficazes. Ampliar a Capacidade de Governo conduz não só ao aumento da capacidade técnica na elaboração de projetos de ação, mas, também, ao aumento da Governabilidade do Sistema, traduzida como possibilidade de agir e controlar os efeitos da ação, ou seja, condução e articulação política essenciais ao alcance dos objetivos do Projeto de Governo, o qual, quanto mais ambicioso, maior Governabilidade exige; todavia, se for um projeto de qualidade, favorece a adesão e pode ser aceito mais facilmente. (MOTTIN, 1999). Assim, a definição ou a clarificação das “zonas cinzentas” do Projeto do Governo bastante destacado pelos entrevistados e a assunção pelo MINSA do seu papel de parceiro do MAT na redefinição do “projeto” e na condução do processo e do seu papel de agente regulador e fiscalizador do sistema de saúde de Angola (ANGOLA, 1992a) poderia contribuir positivamente para a efetiva descentralização do SNS, sobretudo, considerando que os documentos normativos existentes recomendam como mecanismo de desconcentração de funções dos ministérios setoriais para os governos provinciais e administrações municipais, o uso de memorandos e protocolos de entendimento entre ministérios setoriais e governos provinciais (ANGOLA, 2007b). Outras ações não formais, mas importantes, para o aumento da governabilidade e capacidade do governo poderiam ser implementadas, de acordo com as especificidades de cada província ou município.

Os fatores que facilitam o processo, indicados pelos entrevistados e pelos grupos focais, nomeadamente, a vontade política, a paz, a existência da legislação sobre a desconcentração e descentralização administrativa, a melhoria do acesso a informação com a melhoria do sinal da telefonia celular, da internet e da televisão, a livre circulação de pessoas e bens, o acompanhamento rigoroso do processo pelo MAT, o interesse dos usuários, o apoio da sociedade civil e dos profissionais, e reconstrução e construção massiva de infra-estruturas, são indicativos de uma maior governabilidade para o processo.

No entanto, deveriam ser superadas ou tidas em consideração na implementação da descentralização do SNS de Angola muito dos fatores referidos pelos entrevistados como dificultadores do processo, tais como, o *déficit* de recursos humanos qualificados em todos os níveis de Gestão do Setor da Saúde, bem como, as assimetrias na sua distribuição e as dificuldades econômicas e sociais nas províncias e municípios. Foi destacado também o *déficit* de cultura de planejamento em todos os níveis, a falta de incentivos para fixação de profissionais no interior, a pouca preparação dos órgãos do poder local e a pouca preparação dos gestores nacionais para o diálogo com MAT, com os quais concordamos, pela sua influência no aumento da capacidade do governo.

Assim, tendo em conta a existência de assessoria técnica ao processo e ao MINSA feito pelo PNUD, OMS e da União Europeia, o triângulo de Governo pode ser fortalecido com o enfrentamento dos aspectos deficitários do projeto do governo e com o aumento da governabilidade, por exemplo, com a elevação da percentagem da saúde no PIB. Neste sentido, a descentralização do SNS de Angola ocorreria em adequada articulação entre os três componentes do triângulo de governo (MATUS, 1996), o que culminaria com o fortalecimento dos órgãos do poder local, das instituições públicas e da capacidade de gestão do sistema de saúde e que poderia resultar em melhor organização dos serviços de saúde viabilizando maior acesso e cobertura, com otimização do uso dos recursos públicos visando a assegurar maior integralidade e efetividade, conforme defendido por Silva et al., (2007).

De todo modo, considerando-se as fases percorridas, as mudanças introduzidas e os avanços registrados, embora incipientes e apesar das debilidades mencionadas, pode-se afirmar que em Angola registra-se a desconcentração integrada do SNS de Angola, isto tendo em conta que, como Teixeira (1990) sublinha, quando só ocorre a distribuição de competências, como constatado neste estudo, está-se frente a uma desconcentração; quando se distribui poder, concede-se poder decisório, ou seja, aumenta-se a autonomia em seus aspectos políticos, administrativos e financeiros e, por conseguinte, há descentralização. De acordo com Mendes (2001), na desconcentração, a unidade receptora atua com a mesma normatividade do organismo delegante e a responsabilidade permanece com a autoridade desconcentrou, como acontece no caso estudado.

Trata-se de uma desconcentração integrada porque nela, de acordo Mills (1990), um representante dependente do governo central assume a responsabilidade por todas as questões rotineiras, ficando para o órgão central a responsabilidade de supervisão técnica. De acordo com o nível da administração do estado, para o caso do SNS de Angola, este representante pode ser o governador, quando se trata de província (ANGOLA, 1999a e 2000d) ou o administrador municipal, no município (ANGOLA, 2007e).

Para Lobo (1990), a descentralização modifica profundamente a estrutura de poder, porque irá distribuí-lo, ao passo que a desconcentração, apesar de ser instrumento eficaz de ação do governo, não vai interferir com o poder centralizado, visto que distribuirá tão somente competências.

Apesar de descentralização e desconcentração serem processos diferentes, existe entre ambos, condicionamento mútuo em que a primeira facilita a segunda, sendo a desconcentração indispensável à descentralização. Conseqüentemente, a desconcentração pode ocorrer sem a descentralização, mas nunca o contrário (RIVERO, 1990). Assim, como a constituição prevê autarquias locais (ANGOLA, 2007a), pode-se afirmar que a

desconcentração do SNS é um caminho para a efetiva descentralização. Este passo da desconcentração certamente vai permitir ganhar experiências, contribuir para a mudança da cultura e mobilizar vontades para a necessária harmonização na condução do processo.

A desconcentração tem a vantagem de garantir a integralidade vertical, mas, ao não transferir o poder decisório, dificulta a responsabilização local, a integração intersetorial e a participação dos cidadãos (MENDES, 2001), elementos fundamentais para o desenvolvimento das províncias e municípios de Angola, muitos dos quais com inúmeros problemas resultantes da guerra e da excessiva centralização que o país viveu.

O impacto da descentralização a curto e médio prazo relaciona-se com determinadas mudanças organizacionais nos sistemas de saúde e como consequência nos perfis epidemiológicos locais ou regionais (FLORES, 2000). Por conseguinte, não foram identificadas mudanças processuais significativas que possam permitir mudanças nos resultados. A par da atenção que deveria ser dada às demais categorias, a categoria “processo” parece ser a que mais problemas registra. As mudanças estruturais registradas ainda não são suficientes para garantir uma melhoria substancial na qualidade dos serviços. Neste sentido, o aprofundamento de mudanças estruturais combinadas com mudanças processuais significativas seria importante para o alcance dos resultados pretendidos.

Foram identificados através das entrevistas, observação direta e análise documental, vários problemas no domínio processual. Destacam-se, entre outros; a existência de protocolos clínicos nacionais apenas para malária, tuberculose e lepra, muitas vezes não considerados no cotidiano dos serviços e inexistência de protocolos provinciais ou institucionais (hospitalares) específicos. A salientar também; a baixa consideração prática dos poucos manuais existentes; inoperância ou inexistência de um sistema regular de marcação de consultas; a inexistência ou débil funcionamento das comissões internas hospitalares; e inoperância do sistema de referência e contra-referência. Foi também manifestado pelos informantes que apesar dos benefícios que a descentralização trouxe para o SNS, há ainda pouca “cientificidade” na gestão administrativa e clínica das unidades sanitárias.

Por conseguinte, as ações que estão a ser desenvolvidas pelos gestores, sobretudo, hospitalares, provinciais e municipais contributivas para o aprofundamento da descentralização, parecem não prever soluções globais para os referidos problemas, o que poderia dificultar o alcance dos resultados a médio e longo prazo.

No período estudado registrou-se também o crescimento exponencial da rede privada de unidades hospitalares, sendo questionada a qualidade dos serviços prestados, em muitos destes estabelecimentos (OMS, 2005b). A situação é idêntica em relação às farmácias, estes hoje na totalidade privados, regulados pelo decreto nº 36/92 (ANGOLA, 1992b). Por

consequente, se implementados os mecanismos normatização, regulamentação, regulação e fiscalização, o crescimento e o fortalecimento da rede privada poderá liberar o estado para as suas funções substantivas (MENDES, 2001) sem perder de vista a universalidade que deve caracterizar o SNS de Angola, tendo em conta o seu contexto. De acordo com Mendes (2001), a experiência internacional parece apontar para a fragilidade dos sistemas segmentados de serviços de saúde, determinada pelos problemas de iniquidade, de ineficiência, de insegurança psicossocial e de diferenciais de qualidade que determinam livre acesso.

Apesar disso, outro aspecto positivo da existência de uma rede privada bem estruturada e organizada e que se beneficie realmente de investimento privado e não público, é que ela poderia induzir a competitividade. A modernização das estruturas deste subsistema exige o mesmo dos seus competidores estatais, privados, filantrópicos o que se refletiria na qualidade global do sistema de saúde (MENDES, 2006). Também, com o tempo e considerando particularmente o subsistema privado, se esta for submetida a uma forte regulamentação e fiscalização do estado Angolano, a prestação do atendimento será transferida para prestadores excelentes que tenham volume, extensa experiência, melhores processos e instalações adequadas. Prestadores abaixo deste padrão, incapazes de demonstrar resultados, deveriam extinguir gradualmente suas linhas de serviço, como referido por Porter e Teisberg (2007).

A avaliação segundo um número de critérios que envolvam a estrutura, o processo e o resultado permite, ao final, um juízo de valor sobre o nível de qualidade alcançado, os problemas e as falhas, trazendo a necessidade de buscar estratégias para a sua correção ou a melhoria de aspectos não satisfatórios (CAMPOS, 2005). Sendo assim, importa refletir sobre a estratégia de aprofundamento da descentralização procurando também apontar idéias sobre as vias de superação dos problemas, falhas e debilidades encontradas.

Necessidade e Critérios para o Aprofundamento da Descentralização

Embora a descentralização do SNS de Angola tenha iniciado em 1999, o primeiro documento setorial que aborda a temática refere-se a revitalização dos serviços municipais da saúde.

O projeto da revitalização dos cuidados primários de saúde ou dos serviços municipais da saúde abrange todos os países da região africana. Merece o apoio e o acompanhamento da OMS. No continente Americano, com as devidas adaptações, está a ser implementado, com a supervisão da OMS, um projeto designado “Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas” (OPAS, 2008).

No caso de Angola, a revitalização prevê um pacote essencial de cuidados e serviços de saúde materno-infantil, constituído por intervenções integradas de carácter preventivo, reduzindo, deste modo, o risco de exposição à infecção, ou de carácter curativo para evitar a morte (ANGOLA, 2008b), constituindo-se o MINSA no quadro estrutural de referência para a coordenação geral do processo através da DNSP e o administrador municipal, o elemento estrutural de referência para a coordenação do processo no nível municipal. Por conseguinte, a lei de bases da saúde estabelece que o Serviço Nacional de Saúde de Angola deve ser universal quanto à população abrangida (ANGOLA, 1992a) o que, em princípio, implica que seja oferecido a todos, independentemente de sexo, idade, renda ou risco, com financiamento público, o mesmo pacote essencial de serviços públicos (MENDES, 2001).

O segundo documento, de trabalho, elaborado por peritos do Fundo Europeu do Desenvolvimento (FED) intitula-se “O Sistema Local de Saúde em Angola: Conceitos e Modelo para a Planificação Municipal e Provincial” contempla ações prospectivas relevantes para o processo de descentralização e regionalização do sistema de serviços de saúde de Angola. A visão que o estudo pretendeu dar não é sobre como gerir uma unidade sanitária ou uma rede, mas a sistematização dos aspectos mais importantes no desenho de uma rede e a sua operacionalização (ANGOLA, 2008a).

A seletividade como previsto no processo da revitalização, parece funcionar quando a exclusão está muito concentrada em grupos populacionais ou em espaços geográficos e quando há uma boa capacidade de execução das políticas sociais; ao contrário, não funciona bem quando a exclusão é muito difundida e a capacidade de política social é baixa. Em outros termos, a seletividade pode ser utilizada como um instrumento de política social, mas, não pode converter-se na política social, porque nesse caso, estaria rompido o princípio da universalização (CEPAL, 2000 apud MENDES, 2001).

Mesmo considerando que há limites nos cuidados que os governos podem fornecer, o estabelecimento de prioridades e a definição de parâmetros exigem que se saibam quais são os esforços que terão o melhor impacto, atingirão mais pessoas, e conseguirão os resultados mais eficazes (BRUNDTLAND, 1998). Assim sendo, seria necessário definir os mecanismos de conciliação dos referidos projetos ou definir qual dos dois projetos seria melhor para o Serviço Nacional de Saúde de Angola respeitando-se, como referido no relatório da OMS do ano 2000 (WHO, 2000), o princípio ético de que pode ser necessário e eficiente racionalizar serviços, mas que é inadmissível excluir grupos inteiros da população da assistência sanitária. Retoma-se assim, a necessidade de discussão de um modelo assistencial para Angola.

Das diversas experiências dos modelos tecno-assistenciais existentes, o modelo hospitalocêntrico involuntariamente “construído” até ao momento em Angola, como referido

pelos entrevistados, parece ser o que menos vantagens apresenta, sem desconsiderar a grande importância do hospital, como unidade de referência para uma rede de saúde. O conceito de hospital encerra todo um universo dos mais variados recursos, elementos e dispositivos que, articulados e submetidos a uma ação coordenada, podem conduzir à saúde integral, isto é, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (MALAGÓN-LONDOÑO, 2003).

A escolha do modelo de atenção à saúde é um momento fundamental porque o modelo escolhido vai orientar todos os demais momentos de construção da rede de atenção à saúde (MENDES, 2007). De acordo com o autor, os modelos de atenção à saúde variam em função da visão prevalecente da saúde, da situação demográfica e epidemiológica e dos fatores econômicos e culturais vigentes articulando, singularmente, diferentes intervenções no processo saúde/doença.

Está em curso um estudo (projeto) sobre o Sistema Local de Saúde em Angola conduzido pelo Gabinete de Estudos Planeamento e Estatística do MINSA e tendo em vista à necessidade da racionalização dos recursos, a criação de sinergias, a possibilidade de a liderança concentrar esforços em um único projeto tecnicamente viável, a grande governabilidade existente em função inclusive do apoio político existente (referido pelos entrevistados), os recursos e as linhas basilares da revitalização poderiam fundir-se numa reforma que considere o desenvolvimento de um SNS de Angola hierarquizado, integrado, humanizado e descentralizado assente em redes locais de saúde (entendido, como níveis municipal e provincial) e com os mecanismos de articulação horizontal e vertical estabelecidos. Para potenciá-la e adaptá-la a realidade angolana seria necessário contemplar elementos positivos dos diversos modelos assistenciais existentes, desde que, se comprovasse a sua utilidade.

O fato de Angola enfrentar várias dificuldades no campo da saúde e se encontrar em reconstrução em todos os domínios socioeconômicos (SEVERIN DE MORAIS, 2008) exige, por exemplo, ações intersetoriais, uma vez que os problemas de saúde freqüentemente demandam ações que estão fora dos limites convencionais do setor saúde (MENDES, 1993). As ações intersetoriais permitem considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, o que demonstra que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura Segurança Alimentar e outros (BRASIL, 2005).

A propósito dos tipos de modelos, Kaseje (2006) refere que, um modelo robusto deveria abarcar todas as dimensões críticas a saúde, abordando não apenas os fatores de risco, mas também questões transversais e a relação entre a segurança alimentar e saúde, emprego, alimentação e financiamento para a saúde. Para o autor, este modelo deveria incluir a descentralização, a identificação de um pacote essencial de cuidados de saúde, um sistema de

informação que forneça evidências de melhoria de acesso aos serviços, oferta e resultados, e um diálogo regular entre as partes interessadas.

Torna-se, portanto, indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Angola apresenta elevadas taxas de morbi-mortalidade por doenças transmissíveis, mas também taxas significativas de morbi-mortalidade por doenças não-transmissíveis e por causas externas, este último particularmente nos grandes centros urbanos. Assim, além dos aspectos anteriormente mencionados referentes às ações intersetoriais e aos mecanismos de cooperação e coordenação a estabelecer, o modelo a adotar deveria contemplar elementos dos modelos de atenção às condições agudas, de atenção crónica, da continuidade da atenção à saúde, de entre outros e uma estrutura operacional onde a atenção primária cumpriria o papel de coordenação dos fluxos e contrafluxo da rede. Para além dos aspectos epidemiológicos, fatores como, o contexto demográfico, cultural e sócio-económico são elementos que deveriam ser considerados na definição do modelo.

Na perspectiva da organização da atenção à saúde, processos de descentralização são vistos como movimentos que potencializam a valorização da atenção primária e da universalização (PROTTI C.A. et al., 2004). Por outro lado, o redimensionamento da oferta de ações e serviços de saúde, no contexto de um processo de regionalização da assistência à saúde, visa aprofundar a descentralização e garantir a equidade no acesso dos cidadãos a uma atenção integral (LUCCHESI, 2003).

O deficiente desenvolvimento económico e social, a dispersão populacional e a baixa densidade populacional de muitos municípios de Angola demonstram também a necessidade da discussão da regionalização do sistema de serviços de saúde e neste âmbito, das redes de atenção à saúde. De acordo com Mendes (2007), as redes de atenção à saúde são entendidas como a organização horizontal dos serviços, com o centro de comunicação na atenção primária à saúde, que permite prestar uma atenção contínua a determinada população – no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa – e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e económicos relativos àquela população.

Embora contemplado na legislação, em Angola existe muito pouco domínio sobre os fundamentos teóricos da regionalização, como se pode depreender das diversas falas dos informantes tendo sido referido que a regionalização tem normalmente um sentido político, provoca resistências e até clivagens no pensamento político Angolano, considerando que é

conotada com, autonomia excessiva da região, separação administrativa regional, e até uma tendência de separatismo.

Levando em consideração esta conotação, alguns entrevistados consideram a regionalização ser de baixa ou média prioridade, pois não resolvendo os problemas básicos de saúde, a regionalização poderia dificultar ainda mais o acesso da população aos cuidados de saúde, considerando que as áreas desprovidas de serviços continuariam na mesma condição, pois passariam a fazer parte de uma região. Neste caso, segundo ainda estes entrevistados, a regionalização só beneficiaria a província ou o município pólo. Nesta base, sugerem que se deveria continuar com a descentralização e somente regionalizar as compras agrupadas de medicamentos. Na opinião destes, a descentralização também deveria ser precedida de uma ampla normatização e melhoria das infra-estruturas de acesso facilitando a circulação de pessoas, bens e serviços.

Apesar disso, a maioria dos entrevistados com domínio dos aspectos teórico-conceituais da regionalização em saúde destacou que, este deve ser um dos objetivos a ser atingido pelo SNS de Angola, a par da descentralização, pelos seus ganhos em economia da saúde, nomeadamente, maior mobilidade dos recursos humanos, concentração e racionalização de recursos incluindo tecnológicos e constitui-se como mecanismo para construção de uma rede integrada de serviços de saúde.

Segundo ainda os entrevistados, em função de algumas dúvidas e reticências existentes, para a implantação e implementação da regionalização dos serviços de saúde de Angola seria necessário um vasto trabalho de informação sobre o sentido do referido conceito em saúde, seguido de uma ampla sensibilização para fazer com que, a sua importância e especificidade em saúde sejam corretamente percebidos e apropriados e para que se consiga a adesão de atores chaves. Adicionalmente deveria ser elaborada uma legislação específica e a sua correspondente regulamentação.

Considerando os inúmeros problemas de Angola referentes às dimensões “capacidade do governo” (Matus, 1996) e “estrutura” (Donabedian, 1980), não correspondendo os recursos humanos em todos os níveis com as exigências e necessidades da descentralização, seria necessário também um grande esforço do domínio da formação, capacitação e comunicação como se aborda no artigo de Oliveira e Artmann (2009b) (anexo 12).

De acordo com os autores, considerando as necessidades assistenciais verificadas no país, resultantes de infra-estrutura e financiamento insuficientes, concomitante à implementação da estratégia de regionalização, devem ser feitos grandes investimentos na rede, visando à integração de ações de promoção, prevenção, assistência curativa e reabilitação. Para tanto, a vontade política é fundamental para a captação de recursos

necessários para reconstrução da rede, aquisição de meios técnicos, formação de pessoal, importantes elementos para reorganização e gestão estratégica de um sistema de serviços de saúde.

O decreto-lei nº 54/03 de 5 de Agosto (ANGOLA, 2003d), estabelece que regiões sanitárias podem ter extensão e população variável, como regra geral as regiões sanitárias não deverão ultrapassar 1.000.000 de habitantes e na maior parte das províncias devem coincidir com a sua divisão político-administrativa.

Os estudos sobre regionalização gravitam naturalmente em torno do conceito de região (GIL et al, 2006). Mas, de acordo com os autores, cabe considerar que seu uso é bastante controvertido, já que vem sendo utilizado com frequência cada vez maior, não apenas por geógrafos, mas também por historiadores, sociólogos, economistas, demógrafos, antropólogos, cientistas políticos e urbanistas, que lhe emprestam significado de acordo com o objeto das disciplinas a que se vinculam.

Barcellos (2008) refere que Milton Santos (1978), por exemplo, formulou a teoria de dois circuitos econômicos (inferior e superior), que formam redes complementares de diferentes extensões e funções. O circuito inferior se desenvolve em um território contínuo, interligando centros urbanos através da oferta de bens e serviços básicos e de baixo custo. Neste sentido, a distância é um parâmetro controlador da relação entre oferta e demanda destes bens. O circuito é descontínuo e liga centros urbanos de maior nível hierárquico, que suprem as demandas de grupos sociais de maior poder aquisitivo.

Neste sentido, os principais critérios para a construção de serviços de saúde regionalizados são: a contigüidade intermunicipal; a subsidiaridade econômica e social, que avalia as cadeias produtivas na microrregião e os fluxos de demandas por serviços de saúde (MENDES, 2001).

No caso deste estudo, os entrevistados e os grupos apontaram várias modalidades ou critérios para a criação das regiões sanitárias, designadamente:

- 1) Apenas considerar o perfil epidemiológico e desenvolvimento da cobertura sanitária;
- 2) Combinar os eixos de desenvolvimento econômico-social com o acesso geográfico;
- 3) Combinar os eixos de desenvolvimento econômico-social, o perfil epidemiológico e desenvolvimento da cobertura sanitária e o acesso geográfico;
- 4) Apenas considerar a população total (número de habitantes da província ou região);

Neste caso, argumentam que se a região deve ter de acordo com a legislação de 750.000 a 1.000.000 habitantes. Implica dizer que numa mesma província ou em um mesmo

município podem existir mais de uma região sanitária. Assim, com este mecanismo seria mais fácil o diálogo e o entendimento de todos.

5) Combinar o acesso geográfico, o perfil epidemiológico e o desenvolvimento da cobertura sanitária;

6) Para evitar possíveis interpretações políticas foi sugerido também a possibilidade da regionalização por valências, ou seja, por especialidades médicas, criando-se, por exemplo, uma região oncológica, uma região oftalmológica e assim por diante.

7) Outro critério apontado para regionalização do SNS de Angola é fazer coincidir as seis regiões acadêmicas já existentes, pólos de desenvolvimento do ensino superior e em funcionamento após a criação das novas universidades públicas, com as regiões sanitárias criando-se assim sinergias entre o ensino, pesquisa e assistência médica de alta complexidade tecnológica, de qualidade.

Considerando que algumas províncias apresentam dimensões territoriais enormes, grande dispersão populacional, e baixa densidade demográfica (12,86 habitantes por Km², segundo dados de 2006), sendo as duas últimas características extensivas para quase todo o território nacional, o critério da criação das regiões através da população total pode dificultar ainda mais o acesso da população aos cuidados, pois seria para além de uma barreira geográfica, uma barreira organizacional que obrigaria aos usuários a percorrerem longas distâncias para conseguirem acesso a unidade de saúde de referência. No entanto, o referido critério seria possivelmente útil e ótimo para as áreas urbanas ou para as províncias com grande concentração populacional como é o caso da província de Luanda.

Para as demais províncias, o acesso geográfico, o perfil epidemiológico, o desenvolvimento da cobertura sanitária, os eixos de desenvolvimento econômico-social e os pólos de desenvolvimento acadêmico-científico (regiões universitárias) são critérios que poderiam ser combinados, de acordo com as especificidades de cada município, província ou região.

Para ambos os casos, considerando a tipologia do estado angolano, o paradigma possivelmente a considerar seria o da microregionalização cooperativa, em que os municípios continuam como os gestores principais dos sistemas de serviços de saúde no âmbito local, mas organizam-se em microrregiões e as províncias em regiões.

De todo modo, tendo em conta as dificuldades inerentes às condições das vias de comunicação e de infraestruturas, as grandes distâncias entre municípios e províncias, as diferenças regionais enormes, onde se destacam os extremos entre regiões quase despovoadas e centros urbanos superpopulosos será preciso pensar com criatividade e contextualizar os

parâmetros através de adaptações viáveis, que poderiam trazer impactos positivos sobre a situação problemática (OLIVEIRA e ARTMANN, 2009b).

O aprofundamento da descentralização do SNS de Angola é uma necessidade tendo em conta os efeitos positivos esperados. No entanto, de acordo com Xirimimbi e Tati (2000), em Angola “muitos dirão que a descentralização aumenta os custos do aparelho de estado”. Nesta perspectiva, os autores advertem que tal só acontecerá se, havendo a descentralização, o aparelho central do estado mantiver o seu quadro de pessoal inalterável, sem efetuar transferências de pessoal para a administração local. Os autores destacam ainda que “é preciso não esquecer que a descentralização provoca o aumento da eficiência do estado (2000:99)”.

Consideramos que em função dos resultados do estudo e tendo em vista o contexto sanitário e sócio-económico de Angola, a implementação da descentralização, com certeza, vai representar à curto, médio e longo prazos, um aumento nos gastos. Isto se deve à necessidade de adequar os serviços a suas novas funções, assim como aumentar o acesso aos serviços básicos, melhorar a qualificação de pessoal, entre outras (TEIXEIRA, 1990). A redução de gastos em saúde não se coloca no cenário atual colocando em pauta, pelo contrário, a necessidade do seu aumento por um longo período de tempo.

Observa-se que todos os gestores nacionais, provinciais e municipais, 14 dos 15 gestores hospitalares e 35 dos 45 profissionais concordam com a pertinência e urgência de uma efetiva e profunda descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola tendo em conta os seus benefícios, muitos dos quais já visíveis com as mudanças registradas.

Assim, para Angola, a descentralização pode ser um mecanismo institucional de reforço e consolidação da unidade nacional, coesão social e de promoção da democracia social, bem assim uma resposta adequada à diversidade étnica e geográfica e à necessidade da consolidação da paz que passa pelo desenvolvimento de estratégias de promoção de confiança entre as comunidades, particularmente ao nível local (ANGOLA, 2007b)

Além disso, no que tange ao SNS, de acordo o resultado do estudo, uma efetiva descentralização teria, entre outros, os seguintes benefícios: 1) permitiria melhor uso dos já escassos recursos, com ampliação dos resultados; 2) Aumentaria a responsabilização e conseqüentemente, melhora a qualidade dos serviços prestados pelas unidades sanitárias, pois estaria em causa a imagem dos próprios gestores locais; 3) Contribuiria e aceleraria a revitalização dos serviços municipais da saúde; 4) Facilitaria a hierarquização das unidades sanitárias deixando os hospitais secundários e terciários de desempenhar o papel de centros de cuidados primários de saúde.

Contudo, para o alcance de todos seus desígnios e para que seja aceita pelos usuários, a descentralização do SNS de Angola deveria ser abrangente contemplando todas as

instituições e níveis de atenção, incluindo os programas de saúde pública, o que permitiria melhorar o acesso da população Angolana aos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação e promoção de qualidade.

Recomendações

A descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola decorre sem um documento normativo específico setorial. Apesar disso, com os documentos generalistas existentes foram registradas mudanças positivas nos níveis central, provincial e municipal, embora incipientes. Para a superação dos pontos fracos, dos constrangimentos e seu aprofundamento, considera-se necessário o fortalecimento do triângulo do governo com estratégias específicas para cada um dos vértices. Assim, recomenda-se o seguinte:

1. No domínio do projeto, dever-se-ia definir os objetivos, metas, etapas, instrumentos e cronograma clarificando as “zonas cinzentas” do processo em função da situação epidemiológica, demográfica e econômico-social. Os documentos sobre a revitalização dos serviços municipais e de desenvolvimento do sistema local de saúde poderiam servir de base. Na redefinição do projeto a participação de todos os atores e de parceiros do MINSA seria importante, tendo em conta, as especificidades das organizações de saúde. Um parceiro fundamental a considerar seria o Ministério da Administração do território (MAT), para além dos governos de províncias e administrações municipais.

No âmbito ainda do projeto do governo, considera-se vital a regulamentação e a normatização do SNS definindo-se as atribuições e responsabilidades dos órgãos, organismos e níveis da pirâmide sanitária. A descrição do perfil dos responsáveis e dos postos deveria ser também uma preocupação.

Considerando a diversidade dos organogramas das Direções Provinciais da Saúde e indefinição de muitos aspectos fundamentais para o normal funcionamento do SNS considera-se importante também a atualização do estatuto orgânico do MINSA tendo em vista a construção de uma rede hierarquizada e integrada.

2. A governabilidade sobre as variáveis seria reforçada pela maior capacidade e pela atenção que deveria ser dada aos aspectos considerados como dificultadores do processo, particularmente, a conquista do apoio e participação dos diversos atores dos três níveis do SNS.

3. A descentralização em curso vai resultar na reestruturação dos serviços de saúde o que exigirá a consideração de muitos elementos inerentes à mudança organizacional. Assim, tendo em conta a cultura enraizada no SNS de centralização, para aumentar a governabilidade recomenda-se também aos atores envolvidos no processo um espírito de negociação e

cooperação permanente quer na vertical, como na horizontal e de divulgação dos elementos do processo incrementando assim, a adesão exigida pela descentralização.

4. No que concerne à capacidade do governo, maior atenção deveria ser dada a formação e capacitação e informação de todos os atores e em todos os níveis. A assessoria prestada pela OMS, UNICEF, PNUD, FED, deveria ser estimulada e reforçada, por enquanto, tendo em conta o déficit e a baixa qualificação dos recursos humanos particularmente em gestão, planejamento, auditoria e avaliação em saúde.

Neste âmbito, dever-se-ia velar por um melhor enquadramento dos profissionais com pós-graduação em saúde pública e administração hospitalar no sentido de garantir uma interligação efetiva entre a formação e a inserção profissional.

No que tange à formação de profissionais de nível superior que carece de uma atenção especial pelo grande *déficit* de profissionais qualificados, para além da massificação das escolas de formação em saúde, dever-se-ia apostar na sua diferenciação no país e no exterior. Quanto à formação em saúde pública, a conclusão do processo de instalação da Escola Nacional de Saúde Pública de Angola deveria ser considerada como uma prioridade.

Considerando o déficit de profissionais de enfermagem e de técnicos de diagnóstico e terapêutica particularmente nas províncias do interior, as escolas de formação destes deveriam ser repostas na fase atual.

Tendo em conta o contexto de Angola (falta de profissionais de saúde, elevada taxa de analfabetismo, entre outras dificuldades) e considerando a importância da promoção da saúde e do papel agente comunitário de saúde como defensor e mensageiro da saúde na comunidade, a figura do agente promotor da saúde também deveria ser restabelecida no contexto atual das administrações municipais e dos cuidados primários de saúde.

Para superação da falta de profissionais no interior seria importante a implementação de estratégias para a sua fixação e retenção. A atribuição de incentivos seria um aspecto a considerar.

Os cursos de capacitação e actualização sobre conceitos fundamentais de gestão em saúde deveriam acompanhar todo o processo de implementação da descentralização do SNS tendo em vista a criação de capacidades locais de gestão dos serviços de saúde.

5. Considerando a pouca confiabilidade da informação produzida e o *déficit* de informação em saúde para a decisão, o investimento no sistema nacional de informação em saúde que integre o sistema de informação do SNS deveria ser considerada como uma prioridade. A par disso, dever-se-ia cuidar da melhoria de comunicação entre os níveis operacional e estratégico o que poderia contribuir positivamente na implementação das ações e motivação do pessoal colocado na periferia.

6. O aprofundamento da descentralização do SNS de Angola vai exigir o aumento de gastos a curto, médio e longo prazos. Assim, coloca-se a necessidade do aumento da percentagem da saúde no PIB cuja média na série temporal estudada foi de 1,9% (gráfico 3) e do aumento de investimentos em todos os domínios do SNS.

7. Uma das maiores dificuldades identificadas pelo estudo refere-se ao financiamento motivando incompreensão entre gestores e insubordinação na linha hierárquica. Deste modo, a (re)definição dos mecanismos e critérios de financiamento das unidades sanitárias dos três níveis, municipal, provincial e central e dos programas, projetos e dependências do MINSA é uma obrigação do processo tendo em vista o alcance da integralidade assistencial.

8. Apesar do esforço feito no domínio das infra-estruturas, este deveria ser intensificado tendo em mente a diminuição das assimetrias regionais e a construção de uma rede de cuidados estruturada com base em modelagem e normas a serem definidas a priori. Todo o esforço a ser feito deve visar o alcance de maior equilíbrio entre as regiões o que poderá contribuir para a harmonização do SNS e social do país.

9. Os problemas no domínio de aquisição, distribuição e gestão de medicamentos são vários. Os dois mecanismos ensaiados, de central única e multipolar, parecem carecer de aprimoramentos. Urge assim, encontrarem-se mecanismos que garantam a diminuição ou fim do desperdício de medicamentos e de recursos financeiros. Este mecanismo poderia passar por mix entre compras descentralizadas e agrupadas mediante uma forte normatização e fiscalização. Quanto aos mecanismos de distribuição e de gestão, estes carecem de estudos específicos.

10. Uma atenção especial deveria ser direcionada para a categoria “processo”, por apresentar muitas debilidades. A elaboração de manuais, protocolos clínicos baseados em evidência e normas para os distintos serviços é, pois um grande imperativo.

Por conseguinte, para permitir a introdução de correções no andamento do processo sugere-se que o mesmo seja sistematicamente monitorado e periodicamente avaliado. A avaliação poderia permitir a introdução de ações corretivas através de ajustamento ou replanejamento das atividades para aumentar a possibilidade de sucesso do processo.

As recomendações do estudo, no entanto, poderão não corresponder, na totalidade, com a necessidade prática da implementação do processo, o que poderá ser superado com a construção de operações estratégicas. Em um cenário viável realizável (Godet, 1993) e de alta governabilidade, o fortalecimento do triângulo de governo (Matus, 1996) e a atenção devida às categorias “estrutura” e “processo” da tríade de Donabedian (1980), através do uso de ferramentas do planeamento estratégico, poderão trazer resultados para o processo de descentralização do SNS de ANGOLA a médio e longo prazos e para os usuários,

profissionais e gestores e até para o governo, pois veriam melhor aplicados os sempre escassos recursos.

Considerando as assimetrias registradas no SNS de Angola, existindo províncias com enorme déficit de recursos em saúde, a transferência de responsabilidades e competências para os níveis locais (províncias e municípios), acompanhado de medidas de re-equilíbrio regional e interprovincial, o aprofundamento da descentralização pode ter um sério impacto em termos de equidade territorial e qualidade dos serviços.

Neste sentido, o alargamento e a regulamentação da rede em função de critérios demográficos e das principais necessidades de saúde, agora mais viável graças à estabilidade político-social e à relativa estabilidade econômica poderão contribuir para uma melhor gestão das ações setoriais e intersetoriais o que poderá também contribuir para a melhoria do acesso aos serviços de saúde e a satisfação dos usuários, profissionais e gestores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAY LA; ANDERSEN R. *A Framework for the Study of Access to Medical Care*. Health Serv Res 1974; 9:208-20.

AFD. *Formação Profissional no Sector Informal. Relatório sobre o inquérito realizado em Angola* (Documento de Trabalho). Paris-França, Novembro de 2006. Disponível em: http://www.afd.fr/jahia/webdav/users/admirecherche/public/DT/DT_35_fp_Sector_informal_-_Angola.pdf - Acessado em 19 de Maio de 2009.

ALASSANE-SEIDOU. *Bénin: Décentralisation et système de santé. Le Municipal. Notre Credo: Développement à la Base*. 2008. Disponível em: <http://lemunicipal.org/index.php/2008/12/15/gestion-des-cimetieres-a-porto-novo-djegan-aho-affiche-de-nouveaux-prix-de-vente-des-tombes/> - Acessado em 12 de Abril de 2009.

ALMEIDA, E. S. et Al.. *Distritos Sanitários: Concepção e Organização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998. (Série saúde & cidadania, v.1).

_____ *Distritos sanitários: Concepção e Organização*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; v. 1. 2ª Ed. 2002.

ANDERSEN, R.M. *Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?* J Health Soc Behav 1995; 36:1-10.

ANGOLA. *Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde. (Lei nº 21-B/92 de 28 de Agosto)*. Diário da República nº 34, I série. Luanda, Agosto de 1992a.

_____ Decreto nº 36/92 de 7 de Agosto (Sobre o Regulamento do Exercício da Actividade Farmaceutica). Diário da República nº 31, I série. Luanda, Agosto de 1992b.

_____ *Decreto-lei 17/99 de 29 de Outubro (Sobre a Orgânica dos Governos Provinciais e Administrações Municipais e Comuns)*. In: Diário da República nº 44, I série. Luanda, Outubro de 1999a.

_____ MINSÁ-DNRH. *Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos 1997-2007*, Luanda - Angola, 1999b.

_____ MINSÁ-GEPE. *Relatório Estatístico*. Luanda - Angola. 2000a

_____ *Decreto-lei 2/00 de 14 de Janeiro (Sobre o Estatuto Orgânico do MINSÁ)*. Luanda, Janeiro de 2000b.

_____ *Decreto-Lei 29/00 de 20 de Abril (Da Transição das Delegações Provinciais em Direcões Provinciais)*. Diário da República nº, I série. Luanda, Abril de 2000c.

_____ *Decreto-lei 27/00 de 19 de Maio (Paradigma de Regulamento dos Governos Provinciais, Administrações Municipais e Comunais)*. Diário da República nº 20, I série. Luanda, Maio de 2000d.

_____ MINSA. *Anais da Conferência Nacional sobre as Grandes Endemias*, Luanda, 2000e.

_____ MINSA-GEPE. *Relatório Estatístico*. Luanda - Angola. 2001

_____ MINSA-GEPE. *Relatório Estatístico*. Luanda - Angola. 2002a.

_____ *Decreto-lei 2/02 de Maio de 2002*. Diário da República nº, I série. Luanda, Maio de 2002b.

_____ *Decreto-lei n.º 36/02 de 19 de Julho (Regulamento da Participação da População nos Custos com a Saúde)*. Diário da República nº 57, I Série. Luanda, Julho de 2002c.

_____ INE; UNICEF. *Relatório Analítico do Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS). Avaliando a Situação das Crianças e das Mulheres Angolanas no Início do Milênio*. Luanda, Angola. 2003a.

_____ MINSA-GEPE. *Relatório Estatístico*. Luanda - Angola. 2003b

_____ MINPLAN; AGÊNCIAS DAS NAÇÕES UNIDAS EM ANGOLA. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório de Progresso MDG/NEPAD*, Luanda- Angola, 2003c. Disponível em:

<http://mirror.undp.org/angola/LinkRtf/MDG%20Relatorio%20Outubro%200003.pdf> - Acessado em 10 de Outubro de 2008.

_____ *Decreto-Lei 54/03 de 5 de Agosto (Regulamento Geral das Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde)*. Diário da República nº 61, I série. Luanda, 2003d.

_____ MINSA-GEPE. *Relatório Estatístico*. Luanda - Angola. 2004

_____ MAT; PNUD. *Encontro Nacional sobre Administração Local em Angola*, Editora Nzila. Luanda - Angola. 2005a.

_____ MINSA-INLCS. *Relatório de UNGASS 2006*, Dezembro, 2005b.

_____ MINSA-GEPE. *Relatório Estatístico*. Luanda - Angola. 2005c.

_____ MINSA. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), 2006-2008*, Luanda-Angola, 2005d.

_____ MINPLAN; PNUD. *Quadro de Implementação do Programa de Cooperação entre o Governo de Angola e o PNUD*. Luanda - Angola. 2005e. Disponível em: <http://mirror.undp.org/angola/LinkRtf/CPAP.doc> - Acessado em 13 de Agosto de 2007.

_____ MINSA-DNRH. *Relatório Anual*. Luanda - Angola. 2005f.

_____ MINPLAN. *Estratégia de Combate a Pobreza. Reinserção Social, Reabilitação e Reconstrução e Estabilização Económica*. Edição Revista. Luanda. 2005g.

_____ MINSA-DNME/PNME. *Gestão e Controlo de Medicamentos. Manual de Procedimentos Destinado às Unidades Sanitárias*. 2ª Edição. Luanda-Angola, Novembro. 2005h.

_____ MINSA-GEPE. *Relatório Estatístico*. Luanda - Angola. 2006.

_____ *Lei Constitucional da República de Angola (Lei nº 23/92, de 16 de Setembro)*. Editora Plural Editores. Coleção Legislação. Luanda, 2007a.

_____ MAT; PNUD, *Plano Estratégico da Desconcentração e Descentralização Administrativa: O poder Local Autárquico e o Poder Tradicional em Angola. Setembro de 2001*. In: Descentralização e Desconcentração em Angola, Vol. II. Ponto Um. Indústria Gráfica. Luanda, Angola. 2007b.

_____ MAT; PNUD. *Estudo sobre a Macro-estrutura do Poder Local*. In: Angola. MAT; PNUD, Descentralização e Desconcentração em Angola, Vol. II. Ponto Um. Indústria Gráfica. Luanda, Angola. 2007c.

_____ DPSL. *Relatório Estatístico Anual de 2007*. Luanda. 2007d.

_____ *Decreto-Lei 2/07 de 3 de Janeiro (Atribuições, Competências, e Regime Jurídico de Organização e Funcionamento dos Governos Provinciais, das Administrações Municipais e Comuns)*. Diário da República nº 156, I série. Luanda, Janeiro de 2007e.

_____ MINSA-GEPE. *Angola, Despesa Pública no Setor da Saúde, 2000-2007*. CASSOMA, B., VINYALS, L, (Org.) Príncipe, Editora, Estoril, Março de 2007f.

_____ MINSA-GEPE. *Relatório Estatístico*. Luanda - Angola. 2007g.

_____ MINFIN. *Boletim Anual de Estatísticas do Orçamento Geral do Estado – 2006*. Gabinete de Estudos e Relações Económicas Internacionais (GEREI). Luanda, Novembro de 2007h.

_____ MINSA; OMS. *Evaluation du Secteur Pharmaceutique de L'Angola. Accès, Qualité et Usage Rationel des Medicaments*. Luanda - Angola, 2007i

_____ MINSА-GEPE; FED. *O Sistema Local de Saúde em Angola. Conceitos e Modelo para a Planificação Municipal e Provincial (Documento de trabalho)*. Fundo Europeu de Desenvolvimento. Programa de Apoio ao Setor da Saúde. Luanda - Angola, 2008a.

_____ MINSА-DNSP. *Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde. Para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna Infantil*. Luanda – Angola, Janeiro de 2008b.

_____ MINSА. *Revitalização do Sistema Municipal de Saúde. Para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna Infantil*. Luanda - Angola. Março de 2008c.

ANGOLA. MINSА. *Programa do Setor da Saúde para o Ano de 2009*. Luanda – Angola, Dezembro de 2008d.

_____ MINFIN. *Boletim Anual de Estatísticas do Orçamento Geral do Estado – 2007*. Gabinete de Estudos e Relações Económicas Internacionais (GEREI). Luanda, Dezembro de 2008e.

_____ MINSА - GAB. VICE MINISTRA/ COMISSÃO TÉCNICA. *Programa de Melhoria da Capacidade de Resposta dos Hospitais*. Relatório Síntese. Fevereiro/2007 à Setembro/2008. Luanda - Angola. 2008f.

_____ MINSА. *Plano Estratégico para o Reforço do Setor Farmacêutico em Angola*. Luanda – Angola, Maio, 2008g.

_____ MINSА. *Política Nacional de Saúde. Versão de Luanda (5º Esboço)*. Luanda – Angola, Março, 2009a.

_____ MINSА - GAB. MINISTRO. *Balanço do Programa Geral do Governo (2007-2008)*. Relatório Consolidado – 2008. Luanda – Angola. 2009b.

_____ MINSА - DNRH. *Apresentação para o XX - Conselho Consultivo*, Huambo – Angola, 2009c.

_____ MINSА. *Formação Médica Pré-Graduada em Angola*. XX Conselho Consultivo. Huambo - Angola. Março de 2009d.

_____ MINSА. *Plano Nacional 2009. Programa Executivo Sectorial*. Luanda – Angola, Fevereiro de 2009e.

_____ MINSА - DNSP. *Relatório Anual de 2008*. Luanda – Angola, Janeiro de 2009f.

ANGOP (AGÊNCIA ANGOLA PRESS). *Hospital Geral Reforça Número de Médicos – Entrevista do Diretor do Hospital Geral de Luanda*. 2009a. Disponível em:

http://www.portalangop.co.ao/motix/pt_pt/noticias/saude/Hospital-Geral-reforca-numero-medicos,c2fc1139-ecc0-4ed4-b756-16444cfe68f1.html – Acessado em 25 de Maio de 2009.

_____ *Reorganização da UAN permite Surgimento de Sete Regiões Acadêmicas no País*. 2009b. Disponível em:

http://www.portalangop.co.ao/motix/pt_pt/noticias/educacao/Reorganizacao-UAN-permite-surgimento-sete-regioes-academicas-pais,2d516549-5f59-4e32-8ddc-fe7c34ff38a4.html –

Acessado em 23 de Março de 2009.

ARAÚJO, L. C. G. *Organização, Sistemas e Métodos: e as Modernas Ferramentas de Gestão Organizacional*. São Paulo: Atlas, 2001.

ARRETCHE, M. *Estado Federativo e Políticas Sociais: Determinantes da Descentralização*. 1. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2000. v. 1. 304 p.

_____ *O Mito da Descentralização como Indutor de Maior Democratização e Eficiência das Políticas Públicas*. In: a Miragem da Pós-modernidade; Editora Fiocruz; 2001.

ARTMANN, E. *Planejamento Estratégico Situacional no Nível Local: Um Instrumento a Favor de uma Visão Multisetorial*. In: Cadernos da Oficina Social, n 3. Rio de Janeiro 2000. p 98-119.

ARTMANN, E.; RIVERA F.J.U., *A démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade*. Ciênc. Saúde Col. Vol.8, nº2, 2003a. p. 479-499.

_____ *Regionalização em Saúde e Mix Público-privado* (Julho, 2003b) Disponível em:

http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/TT_AS_05_EArtmann_RegionalizacaoEmSaude.pdf - acessado em 6 de outubro de 2006.

_____ *Humanização no Atendimento em Saúde e Gestão Comunicativa*. In: DESLANDES, S. (org.) *Humanização dos Cuidados em Saúde: Conceitos, Dilemas e Práticas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 2006.

ASSANE DIOP. *Dura Batalha pela Seguridade Social*, Maio de 2006 in: <http://diplo.uol.com.br/2006-05,a1308> – Acessado em 15 de Julho de 2007

AZEVEDO, C. S. *Liderança e Processos Intersubjetivos em Organizações de Saúde*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 349-372, 2002

BARCELLOS, C. *Os Indicadores da Pobreza e a Pobreza dos Indicadores: Uma Abordagem Geográfica das Desigualdades Sociais em Saúde*. In: Christovam Barcellos. (Org.). A

geografia e o Contexto dos Problemas de saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008, v. 1, p. 107-139.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Edição Revista e Atualizada. Edições 70, Lda Lisboa/Portugal 2009.

BECH, J. *Princípios Fundamentais da Atenção à Saúde*. In: Maria Ceci Misoczky & Jaime Bech; *Estratégias de Organização da Atenção à Saúde*. Porto Alegre: DaCasa, 2002. p.11-20.

BERNARDO L. *Taxa de Desemprego em Angola*: Abril de 2006. In: http://www.angoladigital.net/index.php?option=com_content&task=view&id=2009&Itemid=1 – Acessado em 10/12/2007

BERTOLOZZI, M.R. et Al. *Saúde Internacional e Sistemas Comparados de Saúde Pública*. In: Aristides Almeida Rocha; Chester Luiz Galvão Cesar. (Org.). *Saúde Pública: bases conceituais*. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z: Intersectorialidade em saúde*. Brasília, 2005. 344 p.

_____. Ministério da Saúde. *Avaliação de Tecnologias em Saúde: institucionalização das ações no Ministério da Saúde*. Rev Saúde Pública 2006; 40(4):743-7

_____. Ministério da Saúde. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais*. 5ª Edição, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. 286 p.: il.

BRUNDTLAND, G.H., *Declaração à Quadragésima - Oitava Sessão Comitê Regional Africano da OMS*. Harare, Zimbábue, Agosto de 1998 UPDATED: Feb 2002. – Disponível em: http://www.who.int/director-general/speeches/1998/portuguese/19980831_afro.html - Acessado em 17 de Agosto de 2008.

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

CAMPOS, C. E. A. *Estratégias de Avaliação e Melhoria Continuada no Contexto da Atenção Primária à Saúde*. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 5, p. 563-569, 2005.

CAMPOS, G.W, *Efeitos Paradoxais da Descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil*. In: Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha; Fleury, Sonia (Org). Rio de Janeiro, Editora FGV, 2006.

CARVALHO, G. *Contra a Regionalização Autárquica e a Favor da Regionalização Ascendente Pactuada entre Municípios e Estados*. Revista do CONASEMS, 2005.

CASEBEER, ANN. *Regionalizing Canadian Healthcare: The Good – The Bad – The Ugly*; In *Regionalization: Making Sense of the Canadian Experience*, vol.5 n.1, Toronto: by A Longwoods Publication; 2004.

CAVALHEIRO, M.T.P. *Fonoaudiologia e Saúde da Família*. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 11, n. 2, June 2009.

CEPAL. *Equidad, Desarrollo y Ciudadanía*. Santiago de Chile, 2000.

CDC. *Framework for Program Evaluation in Public Health*. MMWR, 1999. 48(RR11): 40pp.

COELHO, I.B. *Formas de Pensar e Organizar o Sistema de Saúde: Os Modelos Assistenciais em Saúde*. In: CAMPOS, G.W.S. e GUERREIRO A.V.P. (org), *Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. HUCITEC. São Paulo; 2008. 411 p.

COHN, A. *O SUS e o Direito à Saúde: Universalização e Focalização nas Políticas de Saúde*. In: Lima NT, Gerschman S, Elder FC. *Saúde e Democracia*: Fiocruz; 2005.

CONASS, Relatório do Seminário para construção de consensos sobre Modelo de Atenção à Saúde no SUS. Brasília, Janeiro de 2009. Disponível em: http://www.conass.org.br/admin/arquivos/NT_01_09.pdf - Acessado em 3 de Janeiro de 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A. P et Al. *Avaliação na Área de Saúde: Conceitos e Métodos*. In: HARTZ, ZMA (org.). *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. CHAMPAGNE, F; DENIS, JR & INEALUT, R, *A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos*. IN: HARTZ, ZMA (org.) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1997. pp. 29-47.

CORDEIRO, H. *Descentralização, Universalidade e Equidade nas Reformas da Saúde*. *Ciênc. saúde coletiva*, 2001, vol.6, no.2, p.319-328.

COSTA, A.M. *Integralidade na Atenção e no Cuidado a Saúde*. IN: *Saúde e Sociedade* v.13, n.3, set-dez 2004, p.5-15.

CRÉMADEZ M; GRATEAU F. *Le Management Stratégique Hospitalier*. Inter Éditions, Paris. 2ª Ed. 1997.

CRA/OMS. *Relatório Sobre a Reavaliação dos Cuidados Primários de Saúde na Região Africana*, Dez., 2003.

_____ *Revitalização dos Sistemas de Saúde no Contexto dos Cuidados Primários de Saúde na Região Africana*, 2006. - Disponível em: http://afrolib.afro.who.int/RC/RC%2056/Doc_Por/AFR%20RC56%2012.pdf – Acessado em 20/8/ 2006.

_____ *Atividades da OMS na Região Africana 2006-2007. Relatório Bienal do Diretor Regional*. À quinquagésima oitava sessão do Comitê Regional Africano Yaoundé, República dos Camarões, 1–5 de Setembro de 2008. Brazzaville, Setembro de 2008.

CRUZ NETO, Otávio. *O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação*. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994, p. 51-66.

DE TONI, J. KLARMANN, H. *Regionalização e Planejamento: Reflexões Metodológicas e Gerenciais sobre a Experiência Gaúcha*. Ensaio FEE, Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, v. 23, n. Especial, p. 517-538, 2002.

DONABEDIAN, A. *The Assessment of Need*. In: Donabedian A, editor. *Aspects of medical care administration*. Cambridge: Harvard University Press; 1973. p. 58-77.

_____ *Enfoques Básicos para la Evaluación. Estructura, Proceso y Resultado*. In: DONABEDIAN A. *La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación*. La Prensa Médica Mexicana, México D.F. 1984:95-135.

_____ *The Quality of Care. How Can it be Assessed?* J. Am. Med. Assoc., v. 260, n. 12.1988. p. 1743-1748

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

_____ *The Seven Pillars of Quality*. Arch. Pathol. Lab. Med., v. 114. 1990b. p. 1115-1118

_____ *Basic Approaches to Assessment: Structure, Process and Outcome*. In: DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assesment and monitoring*. Michigan: Health Administration Press, 1980.

DOUGHERTY, C. J. *Back to Reform: Values, Markets and the Health Care System*. New YORK, Oxford Univ. Press, 1996.

DUARTE, I.G. – “*Leitos Hospitalares – Algumas Considerações*”. Revista de Administração em Saúde; volume 2; número 5; São Paulo: Dezembro 1999 –CQH.

DRUMOND JR. M. *Epidemiologia em Serviços de Saúde: Conceitos, Instrumentos e Modos de Fazer*. In: CAMPOS G.W.S. et Al.(Org.) Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz. 2006

FAVERET Filho, P.; OLIVEIRA, P.J. *A Universalização Excludente: Reflexões sobre as Tendências do Sistema de Saúde*. Planejamento e Políticas Públicas, n.3, junho de 1990.

FEKETE, M.C. *Estudo da Acessibilidade na Avaliação dos Serviços de Saúde*. In: SANTANA et al. (Org.), 1997. Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: OPS. 1996.

FEIJÓ, C.M. *Programa de Reforma Administrativa na Perspectiva de Reconstrução Nacional*. IN: Anais da IV Jornada Técnico-Científica da FESA "Planeamento e Gestão: sua inserção científica na administração pública e privada". Luanda, Angola, 2000. pp. 103-123.

FERNANDES, J.; NTONDO, Z. *Angola: Povos e Línguas*. Editorial Nzila. Luanda, 2002.

FERREIRA, T.S.; CAMPOS, L.F. *O Conhecimento Veiculado em Literatura Nacional sobre Integralidade em Saúde*. Cogitare Enfermagem. Abr/Jun. 2009; 14(2):368-73

FIGUEIRÓ, A.C. et Al., *Avaliação no Contexto das Mudanças na Organização e Nas Práticas de Saúde*. In: FREESE, EDUARDO (Organizador). Municípios: a gestão da mudança em saúde. Recife: Ed. UFPE; 2004. p. 127-141.

FILGUEIRAS, C.A.C. *Interação entre Governos Nacional e Local na Gestão de Programas Sociais no Brasil*. 2008. XIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Buenos Aires, Argentina, 4 - 7 nov. 2008

FINATEC. *Descentralização e Poder Local: A experiência das Subprefeituras no Município de São Paulo*. Editora Hucitec, 2004.

FLEURY, S. *Democracia, Descentralização e Desenvolvimento*. In: Sonia Fleury. (Org.). Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha. 1 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006, v. 1, p. 23-75.

FLORES, R.L., *Descentralización de los Servicios de Salud: ¿Una Política de las Crisis del Fin de Siglo?* Issue Paper People's Health Assembly, 2000. Disponível em: <http://www.phmovement.org/pdf/pubs/phm-pubs-flores.pdf> - Acessado em 12/06/2008

- FONSECA, P.L. *Preparação e Organização das Administrações Locais Para a Implementação do Programa do Governo e Acções Complementares*. In: MAT e PNUD, Encontro Nacional sobre Administração Local em Angola, Luanda, 2005.
- FURTADO, J.P. *Avaliação Normativa de Programas e Serviços*, In: Campos, Gastão Wagner de Sousa; Minayo, Maria Cecília de Souza, Akerman, Marco, Drumond Júnior, Marcos e Carvalho, Yara Maria de (orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz, co-edição com a Editora Hucitec, 2006. pp-715-740.
- GIL et Al. *Regionalização da Saúde e Consciência Regional*. *Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2(3): 35-46, Dez 2006
- GIL et Al. *Região de Saúde: Um Conceito em Construção*. *Caderno de Saúde – Vol. 2 - Nº 3 - 1º semestre de 2007*.
- GIRALDEZ, E.C. “*Consultoria para a Regionalização Sanitária da Província de Luanda - Relatório Final*”, MINSA - PSPE - UE, Março 1997.
- GODET, M. *Manual de Prospectiva Estratégica: da antecipação à acção*. Editora Publicações Dom Quixote; Lisboa, 1993.
- GOLDBAUM, M. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*, RIO DE JANEIRO, v. 12, n. SUP, p. 95-98, 1996.
- GOHN, M.G. *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica*. São Paulo: Cortez, 2003.
- GONDIM, G. M. M. Et Al., *O Território da Saúde: A Organização do Sistema de Saúde e a Territorialização*. In: Miranda A.C. et Al. (Org.). *Território, Ambiente e Saúde*. 1ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, v. único, p. 237-255.
- GRESSLER, L A. *Introdução à pesquisa. Projetos e Relatórios*. São Paulo: Loyola, 2003.
- HABICHT, J.P. et Al.. *Evaluation Designs for Adequacy, Plausibility and Probability of Public Health Programme Performance and Impact*. *Int J Epidemiol* 1999; 28:10-8.
- HAM, C. *Evaluations and Impact of Disease Management Programmes*. Conference of Bonn, 2007.
- HARTZ, ZMA et Al.. *Avaliação do Programa Materno Infantil: Análise da Implantação em Sistemas Locais de Saúde no Nordeste do Brasil*. IN: HARTZ, ZMA (org.) *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Ed. FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 1997. Pp. 89-125.

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*. IN: Cadernos de Saúde Pública, v. 15, n. 2, 1999. pp. 229-260.

_____. *Avaliação dos Programas de Saúde: Perspectivas Teórico-Methodológicas e Político-institucionais*. Ciência e Saúde Coletiva, v. 4, n. 2, 1999. pp. 341-354.

HARTZ, Z.M.A. CONTANDRIOPOULOS, A.P. *Integralidade da Atenção e Integração de Serviços de Saúde: Desafios para Avaliar a Implantação de um "Sistema Sem Muros"*. Cad. Saúde Pública. 2004, vol.20.

HILHORST, J. *Planejamento Regional, Enfoque sobre Sistemas*, Zahar, Rio de Janeiro, 1975.

HORTALE, V.A.; PEDROZA, M.; ROSA, M.L.G. *Operacionalizando as Categorias Acesso e Descentralização na Análise de Sistemas de Saúde*. Cad. Saúde Pública, jan./mar. 2000, vol.16, no.1, p.231-239. ISSN 0102-311X.

IPAD. *Países - Angola*. Embaixada de Portugal em Luanda. Disponível em: http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=29&Itemid=60 - Acessado em 16/11/2006

JANNUZZI P.M. *Indicadores Sociais no Brasil. Conceitos, Fontes de Dados e Aplicações*. Editora Alínea. 3ª Ed. – Campinas, São Paulo, 2004. 141 p.

JEPPSSON, A.; OKUONZI S, A. *Vertical or Holistic Decentralization of the Health Setor? Experiences from Zambia and Uganda*. In: International Journal of Health Planning and Management Int J Health Plann Mgmt 2000; 15: 273-289.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. *Descentralização e Intersetorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil: A Experiência de Fortaleza*. In: EL TRÁNSITO de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública. Caracas: Unesco / Clad. 1997. P. 63-124.

KAMIMURA, Q.P.; MOLINA, V.L.I. *Descentralização e Processo de Regionalização da Saúde*. Trabalho apresentado no X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. 2006. São José dos Campos/SP. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/INIC_2006/epg/06/EPG00000629_ok.pdf - acessado em 16 de Outubro de 2008.

KASEJE D., Health Care in Africa: Challenges, Opportunities and An Emerging Model for Improvement. Presented at The Woodrow Wilson International Center for Scholars.

November 2006. Disponível: <http://www.wilsoncenter.org/topics/docs/Kaseje2.pdf> - Acessado em 23 de Janeiro de 2010.

KELL, M.C.G. *Integralidade da Atenção à Saúde*. Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc> - Acessado em 18 de Outubro de 2008.

KISIL, M. *Gestão da Mudança Organizacional*. Volume 4. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

KRUEGER, R. *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. London: Sage Publications, 1994

KUSSUMUA, J.B. *Desminados Mais de Quatrocentos Milhões de Metros Quadrados*. In: II Encontro Nacional sobre Desminagem. Luanda, Maio de 2009. Disponível em: http://www.portalangop.co.ao/motix/pt_pt/noticias/politica/Desminados-mais-quatrocentos-milhoes-metros-quadrados,df76eaf4-64a2-4dd7-9e8f-93334b137b7f.html – Acessado em 27 de Maio de 2009.

LACERDA, A. *Apoio Social e a Concepção do Sujeito na sua Integração entre Corpo e Mente: Uma Articulação de Conceitos no Campo da Saúde Pública*. Rio de Janeiro: ENSP, 2002. 101 p. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://teses.cict.fiocruz.br/pdf/lacerdaam.pdf>> - Acessado em 12 de Março de 2008.

LAURENTI R. et. Al. *Estatísticas de Saúde*. 2ª Edição Revista e Atualizada. São Paulo: EPU, 2005.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. *Sistemas de Saúde: Origens, Componentes e Dinâmica*. In: GIOVANELLA L; ESCOREL SARAH; LOBATO L.V.C.; CARVALHO AI; NORONHA JC. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008,

LOBO, T. *Política Social e Descentralização*. In: Ministério da Previdência e Assistência Social & CEPAL - Projeto: A Política Social em Tempo de Crise. Articulação Institucional e Descentralização. Vol. III. Brasília, 1990. pp. 483-485.

_____ Descentralização: uma alternativa de mudança. *Rev. Adm Pública*, 22(1):14-22, 1998.

LUCCHESI, P. T. R.. *Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde*. *Ciênc. saúde coletiva*. 2003, vol.8, n.2. 2003.

LUKOMBO NZATUZOLA, J.B. *Desemprego e Crise Social em Luanda. “Um Esboço Sobre alguns Aspectos Referentes à População e o Mercado de Trabalho”*. In: VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Coimbra, Setembro de 2004. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/lab2004/pdfs/JoaoBaptistaLukombo.pdf> - Acessado em 8/3/2008

MACEDO, C.G. *Extensão de Ações de Saúde através dos Serviços Básicos*. Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1980.

MAIATO, E.L. *A Educação Acadêmica e Científica no Processo de Estabilização de Angola*. In: Zengo Z.A., Van-Dúnem J.O.S.(Org.) *Caminhos e Perspectivas para o Progresso Cultural, Social e Econômico Sustentável*. Anais do Fórum de Quadros Angolanos e Angolanistas- Rio de Janeiro: 2005.p.216. Novembro de 2007.

MALIK, A. M. *Gestão de Recursos Humanos*. Coleção de Manuais: Saúde e Cidadania 2. ed. São Paulo: Fundação Peirópolis Ltda., 2002. v. 9. 137 p.

MALAGÓN-LONDOÑO. *Universo do Hospital*. In: MALAGÓN-LONDOÑO et al.(org) *Administração Hospitalar*. 2ª edição. RJ. Editora Guanabara Koogan. 2003.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1986.

MARQUES F.B., *Avaliação de Tecnologias de Saúde: Perspectiva Geral*. Rev Port Clin Geral. Nº 24. 2008: 705-7.

MATTOS, R. A. *Os Sentidos da Integralidade: Algumas Reflexões acerca dos Valores que merecem ser Defendidos*. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de (Org.). *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64. LEWIS, S.; KOURI, D. *Regionalization: Making Sense of the Canadian Experience*, vol.5 n.1, Toronto: by A Longwoods Publication; 2004.

_____ *Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde*. In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2003. p.45-59.

MATUS, C. *O Plano como Aposta*. São Paulo em Perspectiva, São Paulo: v.5, nº4, out/dez., 1991. p.28-42.

_____ *Política, Planejamento e Governo*. Brasília: Editora IPEA, 1993.

_____ *Sobre la Teoría de las Macroorganizaciones*. Santafé de Bogotá: Fondo Editorial. Altadir. 1994 a.

_____ *Guia de Análisis Teórico. Curso de Governo e Planificação.* Caracas: Fundación Altadir. 1994b.

_____ *Adeus, Senhor Presidente: Governantes Governados,* Edições FUNDAP, São Paulo, 1996.

_____ *Teoria do Jogo Social.* Trad. Luis F.R. Del Riego. Fundap. S. Paulo, 2005. 524 p.

MEDINA et Al. *Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos Conceituais e Operacionais.* In: HARTZ, Z e SILVA, LM. (org.) *Avaliação em Saúde. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde.* –Salvador: UDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275 p.: il.

MENDES, EV. *Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde.* São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ ABRASCO; 1993

_____ *Os Grandes Dilemas do SUS. I. e II.* Salvador, B.A.: Casa da Qualidade Editora, 2001.

_____ *Os Sistemas de Serviços de Saúde: O que os Gestores Deveriam saber sobre essas Organizações Complexas.* Fortaleza (CE): Escola de Saúde Pública do Ceará; Fortaleza-Ceará, 2002a.

_____ *A Atenção Primária à Saúde no SUS.* Fortaleza. Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b.

_____ *O SUS Que Temos e o SUS Que Queremos: Uma Agenda.*; Revista Mineira de Saúde Pública, N°4, Ano 03. Janeiro a Junho/2004. Belo Horizonte, 2004;

_____ *Uma Agenda para a Saúde.* 2ª Edição. Primeira Reimpressão. Editora Hucitec. São Paulo. 2006.

_____ *A Modelagem das Redes de Atenção à Saúde.* Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Assessoria de Normalização. Julho de 2007.

MENEZES S. *Mamma Angola: Sociedade e Economia de um País Nascente.* São Paulo: Editora da Universidade de S.Paulo: Fapesp, 2000.

MILLS, A, *Conceptos y Problemas de la Descentralización: Examen General.* IN: *Descentralización de los sistemas de salud - Conceptos, aspectos y experiencias nacionales.* Editado por Anne Mills et al. OMS, Ginebra, 1990. p.11-46.

MINAYO, M.C.S. *Pesquisa Avaliativa por Triangulação de Métodos*. In: Bosi M.L.M., Mercado F.J.(Orgs.), *Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde, Enfoques Emergentes*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006a.

_____ *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 9ª edição, revista e aprimorada – São Paulo: Hucitec, 2006b. 406 p.

MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes*. São Paulo: Atlas, 2003.

MOREIRA, T.M.A. *Avaliação da Descentralização das Ações Programáticas de Hanseníase: Um Estudo de Caso*. Rio de Janeiro: ENSP, 2002. Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

MOTTIN, L. M. *Elaboração do Plano Municipal de Saúde: Desafio para os Municípios: Um Estudo no Rio Grande do Sul*. Rio de Janeiro: ENSP, 1999. 159 p. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; Rio de Janeiro, Brasil.

MOURA, B. *Distribuição de Medicamentos no Sector Público. Realidade Angolana*. Luanda – Angola, Maio de 2008. Disponível em:

http://www.afplp.org/xfiles/scContentDeployer_pt/docs/articleFile162.pdf - Acessado em 12 de Outubro de 2008.

NASSUNO, M. *Organização dos Usuários, Participação na Gestão e Controle das Organizações Sociais*. Revista do Serviço Público Ano 48 Número 1 Jan-Abr 1997

NOVAES, H.M. *Ações Integradas nos Sistemas Locais de Saúde - Silos, Análise Conceitual e Apreciação de Programas Selecionados nas América Latina*. Guazzelli E.M. & CIA. Ltda, 1990.

NOVAES, H.M.D. *Epidemiologia e Avaliação em Serviços de Atenção Médica: Novas Tendências na Pesquisa*. Cad. Saúde Pública. 1996, vol.12, suppl.2.

_____ *Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologias em Saúde*. Rev. Saúde Pública 2000; 34(5): 547-49.

NOGUEIRA, V.M. R. *Ajuste Estrutural, Equidade e Exclusão Social sob o Prisma do Funcionamento à Saúde no Brasil*. In: VII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2000, Brasília. O Serviço Social e a Questão Social. Brasília: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, 2000. v. III. p. 17-25.

NORONHA, J.C. *Novo Universalismo ou Saúde Como Comércio?* Boletim ABRASCO Nº 81, 2001. – Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/Boletins/bol81/bol81partic1.htm> - Acessado em 17 de Agosto de 2008.

NHPAC (National Health Priority Action Council). National Chronic Disease Strategy. Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra. 2006. Disponível em: <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/pq-ncds-strat> - Acessado aos 14 de Abril 2010.

OLIVEIRA, M. S.; ARTMANN, E. *Características da Força de Trabalho Médica na Província de Cabinda, Angola*. Cad. Saúde Pública. vol.25, n.3, 2009a. pp. 540-550.

_____ E. *Regionalização dos Serviços de Saúde: Desafios para o Caso de Angola*. Cad. Saúde Pública., Vol.25, n.4, 2009b. pp. 751-760.

OMS. *Preparación de Indicadores para Vigilar los Progresos Realizados en Logro de Salud para todos en año 2000*. Genebra: Série “Salud para todos” nº 4; 1981.

_____ *Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*; Novembro de 1986;

_____ *Relatório da saúde no Mundo 2005: Fazer com que cada mãe e cada filho contem*, Genebra, OMS, 2005a.

_____ *Estratégia da OMS de Cooperação com os Países: Angola-2002-2005*, 2005b. Disponível em: http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/countries/angola_2002_2005_portuguese.pdf - Acessado em dia 14/10/2006.

_____ *Country Health System Fact Sheet-Angola 2006*. Disponível em: http://www.afro.who.int/home/countries/fact_sheets/angola.pdf - acessado aos 27/12/07.

_____ *Angola - Contexto, 2007*. Disponível em: <http://www.unangola.org/oms.asp> - Acessado aos 02/02/2007.

OPAS/OMS. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) Washington, D.C: OPAS. Março de 2008.

PAIM, J. A. *Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde*. In.: ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PATTON, M.Q. *Evaluation Issues in Pratical Perspective*. In: Patton M.Q. *Pratical evaluation*. Beverly Hill, Ca: Sage Publications. 1982. p: 32-54.

_____ *Utilization-focused evaluation. The new century text*. Thousandas Oaks – London – New Delhi: Sage Publications, 1997.

PAULO, A.R. *A Reforma Administrativa em Angola: Retrospectiva e Perspectivas*. IX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Madrid, España, 2 – 5 Nov. 2004

PENCHANSKY, DBA; THOMAS, JW. *The Concept of Access — Definition and Relationship to Consumer Satisfaction*. Med Care 1981; 19:127-40. [Medline]

PEREIRA, G.P. *Epidemiologia, Teoria e Prática*. RJ. Editora Guanabara Koogan. 1995.

PETERLINI, O. L. G.; IZAGONEL I.P.S. *Explorando a Avaliação: Um Instrumento Básico para o Gerenciamento do Cuidado em Saúde Coletiva*. Cogitare Enfermagem (UFPR), Curitiba, v. 8, n. 2, p. 18-25, 2003.

PINHEIRO, R.S.; ESCOSTEGUY, C.C., *Epidemiologia e Serviços de saúde*. In: MEDRONHO et Al. *Epidemiologia*. São Paulo: Editora Atheneu. 2006

PINTO, A.J. *Competência dos Órgãos Locais do Estado Angola*. In: Angola. MAT; PNUD, Encontro Nacional sobre Administração Local em Angola, Luanda, 2005.

PIOLA, S. F. *Perspectivas da Descentralização na Saúde Pública*. Obsevatório da Cidadania, Observatório da Cidadania, São Paulo, p. 62-67, 2002

PNUD. *Human Development Report 2005: International Cooperation at a Crossroads - Aid, Trade and Security in an Unequal World*, New York, 2005.

PORTER, M.E. TEISBERG, E.O. *Repensando a Saúde. Estratégias para melhorar a Qualidade e Reduzir Custos*. São Paulo. Ed. Bookman, 2007.

PROTTI C.A. et Al., *Gestão Local da Saúde: Descentralização e Desenvolvimento Organizacional em dois Municípios do Estado do Rio Grande do Sul*. In: Misoczky M.C., Bordin R. (Org.) *Gestão Local em Saúde. Práticas e Reflexões*. Porto Alegre: Decasa, 2004. 236 p.: il.

REDINHA, J. *Distribuição Étnica de Angola*, Centro de Informação e Turismo de Angola, 8.^a ed., Luanda, 1984.

RIPSA. *Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações*. 2 ed.- Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p: il.

RIVERA FJU. *Agir Comunicativo e Planejamento Social (uma Crítica ao Enfoque Estratégico)*, Fiocruz, Rio de Janeiro. 1995.

_____ *Reflexões sobre a Subjetividade na Gestão a partir do Paradigma da Organização que Aprende*. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Vol.6, n.1, 2001. pp. 209-219.

- RIVERO, D.T. *Descentralización y Sistemas Locales de Salud: Una Contribución a la Unidad de Doctrina*. In: Los Sistemas Locales de Salud: Conceptos-Métodos-Experiencias. Washington: OPS/OMS. 1990.
- RODRIGUES, M. P.; LEITE, J. L. *Questão Social e Saúde na Atualidade: Reflexões acerca da AIDS e da Saúde Mental*. In: Congresso Internacional de Políticas Sociais, Nueva Cuestion Social: analisis de investigaciones, experiencias y proposiciones, 2000, Peru. Anais do Congresso Internacional: Políticas Sociais, Nueva Cuestion Social, 2000. p. 01-10.
- RONDINELLI, D. L. *Decentralization in developing countries*. Washington D.C., 1983.
- ROSSI, P.H.; FREEMAN, H.E. *Evaluation: A Systematic Approach*. (2ª ed.) London: Sage. 1982.
- ROVERSI-MONACO, F. *Descentralização e Centralização*. IN: BOBBIO, N., MATTEUCCI, N., PASQUINO, G. (org.) Dicionário de Política. Brasília, UnB, 1993.
- ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. Editora Guanabara Koogan S.A. 6ª Edição. Rio de Janeiro, 2003.
- SALTMAN, R.B.; FIGUERAS, J. – *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe, 1997.
- SANDERS, J, *Cluster Evaluation*. IN: Chelimsky E. and Shadish W.R. (eds), *Evaluation for the 21st Century - A handbook*. Sage Publications, New Delhi. 1997. pp. 396-403.
- SANTOS, Milton. *O espaço dividido: os dois circuitos da economia urbana*. Rio de Janeiro : Livraria Francisco Alves, 1978.
- SANTOS, I. S.; VICTORA, C. G. *Serviços de Saúde: Epidemiologia, Pesquisa e Avaliação*. Cad. Saúde Pública, vol.20, suppl.2. 2004.
- SCATENA J.H.G., *Avaliação da Descentralização da Assistência à Saúde no Estado de Mato Grosso*. São Paulo: USP, Tese (Doutorado). USP, São Paulo. 2000.
- SELDIN, R. et Al., *O Papel da Cultura Organizacional na Implantação de Sistemas Integrados de Gestão – Uma Abordagem Sobre Resistência à Mudanças*, XXIII ENEGEP - Ouro Preto, MG, Brasil, 22 a 24 de outubro de 2003.
- SENGE P et al. 1995. *La Quinta Disciplina en la Práctica. Estrategias y Herramientas para Construir la Organización Abierta al Aprendizaje*. Ed. Granica, Barcelona, 1995. 590 pp
- SEVERIM DE MORAIS. *Temos um Fundo Inicial de Cinco Milhões de Dólares para cada Município*. Entrevista à Angop. Fevereiro de 2008. Disponível em:

http://www.angonoticias.com/full_headlines.php?id=18396 – Acessado em 12 de Março de 2008.

SCHUTZ, A. *A Common Sense and Scientific Interpretations of Human Actions*. Collected Papers, vol. 1. Hague: Martiness Niphoff, 1982).

SCRIVEN, M.S. *The Methodology of Evaluation*. IN: Curriculum Evaluation, R E Stake Ed., Chicago: Rand McNally.1967.

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

_____ *Conceitos, Abordagens e Estratégias para Avaliação em Saúde*. In: HARTZ, Z e SILVA, LM. (org.) *Avaliação em Saúde. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde*. –Salvador: UDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275 p.: il.

SILVA, L.M.V. et. Al., *Análise da Implantação da Gestão Descentralizada em Saúde: Estudo Comparado de Cinco Casos na Bahia, Brasil*. Cad. Saúde Pública vol.23 n.2 Rio de Janeiro Feb. 2007.

SILVA, F.G. *O Papel do Laboratório na Revitalização do Sistema Municipal de Saúde*. XX Conselho Consultivo. Huambo, Angola. Março de 2009.

SILVA JUNIOR, A. G.; ALVES C.A. *Modelos Assistenciais no Brasil: Desafios e Perspectivas*. 2001. Disponível em:

http://assistenciafarmaceutica.fepese.ufsc.br/pages/arquivos/m_a_s.pdf - acessado em 11 de Janeiro de 2007.

SILVA JUNIOR, A.G., *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O Debate no Campo da Saúde Coletiva*. 2ª Edição. Hucitec. São Paulo. 2006. 143 p.

SILVA, P.F., *Angola - A Hora do Setor Não Petrolífero*. BPI, Departamento de Estudos Econômicos e Financeiros. Lisboa. Agosto 2006

SILVA, S.F., *Municipalização da Saúde e Poder Local: Sujeito, atores e políticas*; Prefácio de Minayo M.C.S. São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVEIRA, C.H. *Algumas Considerações a Respeito das Políticas de Saúde no Brasil*. In: Battaglin P., Leandro A.L. e Michaliszyn M.S. (Org). *Saúde Coletiva: Um campo em Construção*. Curitiba: IbpeX, 2006.

SMITH, N. *The Feasibility and Desirability of Experimental Methods in Evaluation*. Evaluation and Program Planning (3):251-256, 1980.

SOMERS, A.R. & SOMERS, H.M. *Certificate of Need Regulation, the Case of New Jersey*. In: Regionalization and Health Policy .U.S. Department of Commerce. N.T.I.S., 1977. nº HRP-0024039.

SOUSA, C.R. *Os Problemas da Gestão Urbana e as Questões Relativas à Fiscalização*. In: Angola. MAT; PNUD, Encontro Nacional sobre Administração Local em Angola, Luanda, 2005.

STARFIELD, B. *Atenção Primária - Equilíbrio entre Necessidades de saúde, Serviços e Tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.,725 p.

TANAKA, O.Y.; MELO, C.M.M. *Uma Proposta de Abordagem Transdisciplinar para Avaliação em Saúde*. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, p. 113-119, 2000.

_____, *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, A. *A Estratégia de Formação, Colocação e Utilização dos Recursos Humanos*. In: Angola. MAT; PNUD, Encontro Nacional sobre Administração Local em Angola, Luanda, 2005.

TEIXEIRA C.F. *A Mudança do Modelo de Atenção à Saúde no SUS: desatando nós, criando laços*. In: Teixeira C.F., Modelo de Atenção à Saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família/ autores: Teixeira C.F., Solla J.P. Salvador: Edufba, 2006.

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 em Saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003. p.89-111.

TEIXEIRA, S. M. F., *Descentralização dos Serviços de Saúde: Dimensões Analíticas*. In: Revista de Administração Pública, 2. 1990. p. 78-99.

TOBAR, F. *O Conceito de Descentralização: Usos e Abusos*. Plan. Pol. Pub. 5. 1991. p. 31-51.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R.; *Como Fazer Teses em Saúde Pública: Conselhos e Idéias para Formular e Redimir Teses e Informes de Pesquisa*; Editora Fiocruz; Rio de Janeiro, 2001.

TUCHMAN, G. Historical Social Science: Methodologies, Methods, and Meanings. In: DENZIN, N; LINCOLN, Y. (Ed) *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage, 1994. p. 306-323.

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

UGA, M. A. *Descentralização e Democracia: O Outro Lado da Moeda*. In: Planejamento e Políticas Públicas. Brasília, n. 5, p.87-104. 1991.

UNCDF; PNUD; *Diagnóstico da Descentralização Fiscal em Angola*. Luanda- Angola 2006. Disponível em <http://mirror.undp.org/angola/LinkRtf/DiaDesFisc-Port.doc> - Acessado em 2 de Abril de 2008.

UNICEF. *Situação Mundial da Infância. Sobrevivência Infantil: Unidos Pelas Crianças, 2008*. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/sowc2008final/> - Acessado aos 14 de Agosto de 2008.

UNFPA-Angola. *Evolução da População em Angola 1940-2005*. Disponível em: <http://angola.unfpa.org/pop2.htm> - acessado em 7 de outubro de 2006.

_____ *Integração das Variáveis Sócio-demográficas nos Programas e Planos de Desenvolvimento*. Disponível em: <http://angola.unfpa.org/ang97po2.htm>- acessado em 5 de Outubro de 2006.

VARANDA, J. *A Saúde e a Companhia de Diamantes de Angola*. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 11 (suplemento 1): 261-68, Rio de Janeiro, 2004.

VERGARA, S.C; PINTO, M. C. S. *Cultura e Mudança Organizacional: O Caso TELERJ*, Rev. Adm. Contemp. vol.2 n°.2 Curitiba May/Aug. 1998.

VERGARA, S. C. *Métodos de Pesquisa em Administração*. 3ª. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

VICTORIA et Al., The Expanded Chronic Care Model. An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. In: Hospital Quartely Vol. 7, n°1, 2003. Disponível em: http://www.primaryhealthcarebc.ca/phc/pdf/eccm_article.pdf - Acessado em 23 de Janeiro de 2010.

VINYALS, L. *O Financiamento Público dos Sectores Sociais em Angola*. Ed. Principia e Organização Internacional para as Migrações. 1ª Edição, Cascais, Agosto de 2002.

VUORI, H., *Strategies for Improving the Quality of Health Care*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. (mimeo.). 1988.

XIRIMBIMBI J.L.; TATI J.A. *O Papel da Administração do Estado a Nível Central e Local para o Desenvolvimento Regional de Angola*. In: Anais da IV Jornada Técnico-Científica da FESA "Planeamento e Gestão: Sua Inserção Científica na Administração Pública e Privada". Luanda, Angola. 2000.

WHO. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO; 2000.

WORTHEN, B. et Al, *Evaluation's Basic Purpose, Uses, and Conceptual Distinctions*. IN: Program Evaluation - Alternativas Approaches and Practical Guidelines. Second Edition, Logman, Inc. New York. 1997. pp. 3-34.

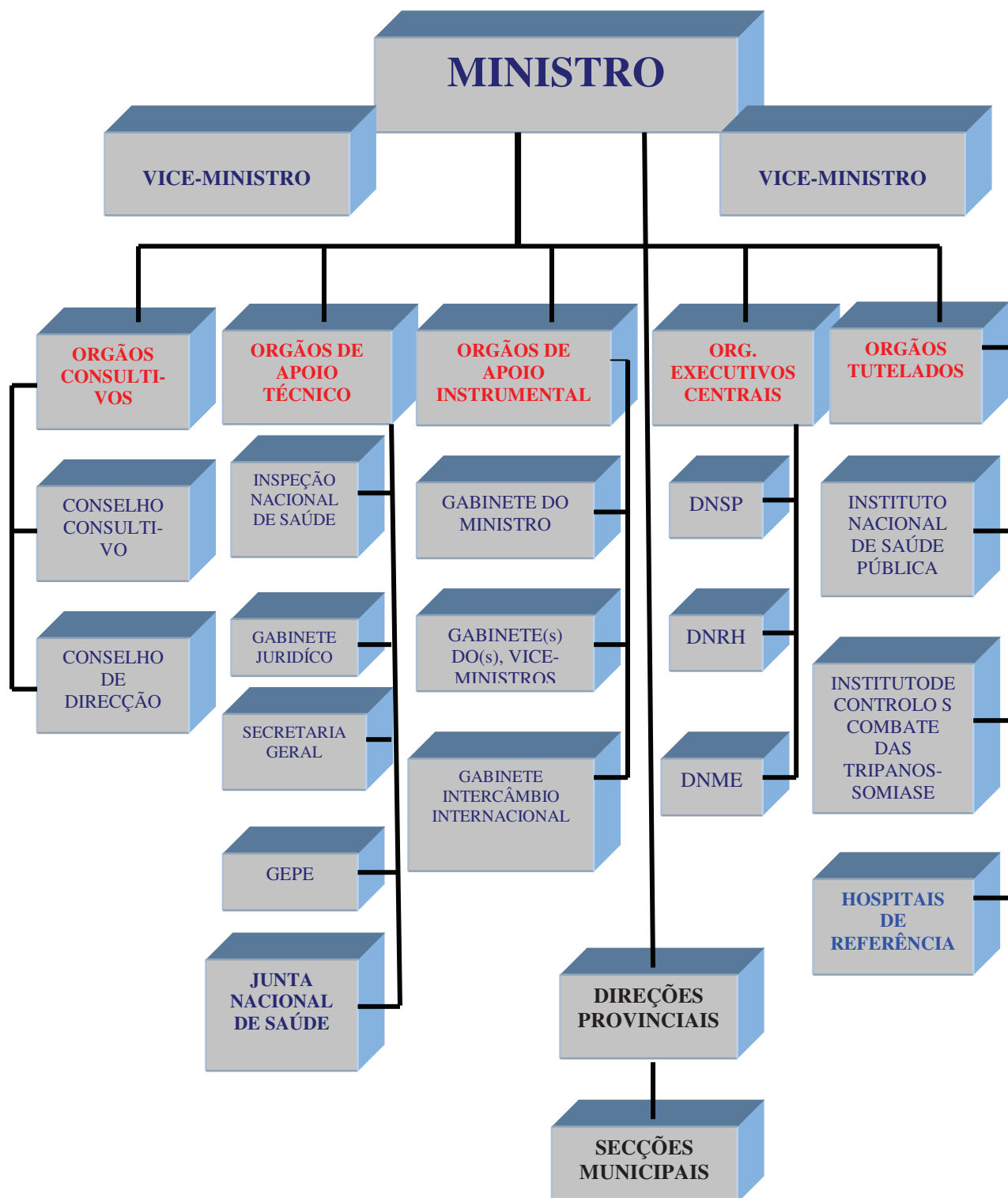
WORTHEN, B. et Al., *Avaliação de Programas. Concepções e Práticas*. São Paulo: Fonte, Gente, EDUSP, 2004.

ZILDA, P. S. *O Município e a Descentralização da Saúde*. São Paulo em Perspectiva, 10(3) 1996.

ANEXOS

ANEXO 1 – Organograma do MINSA

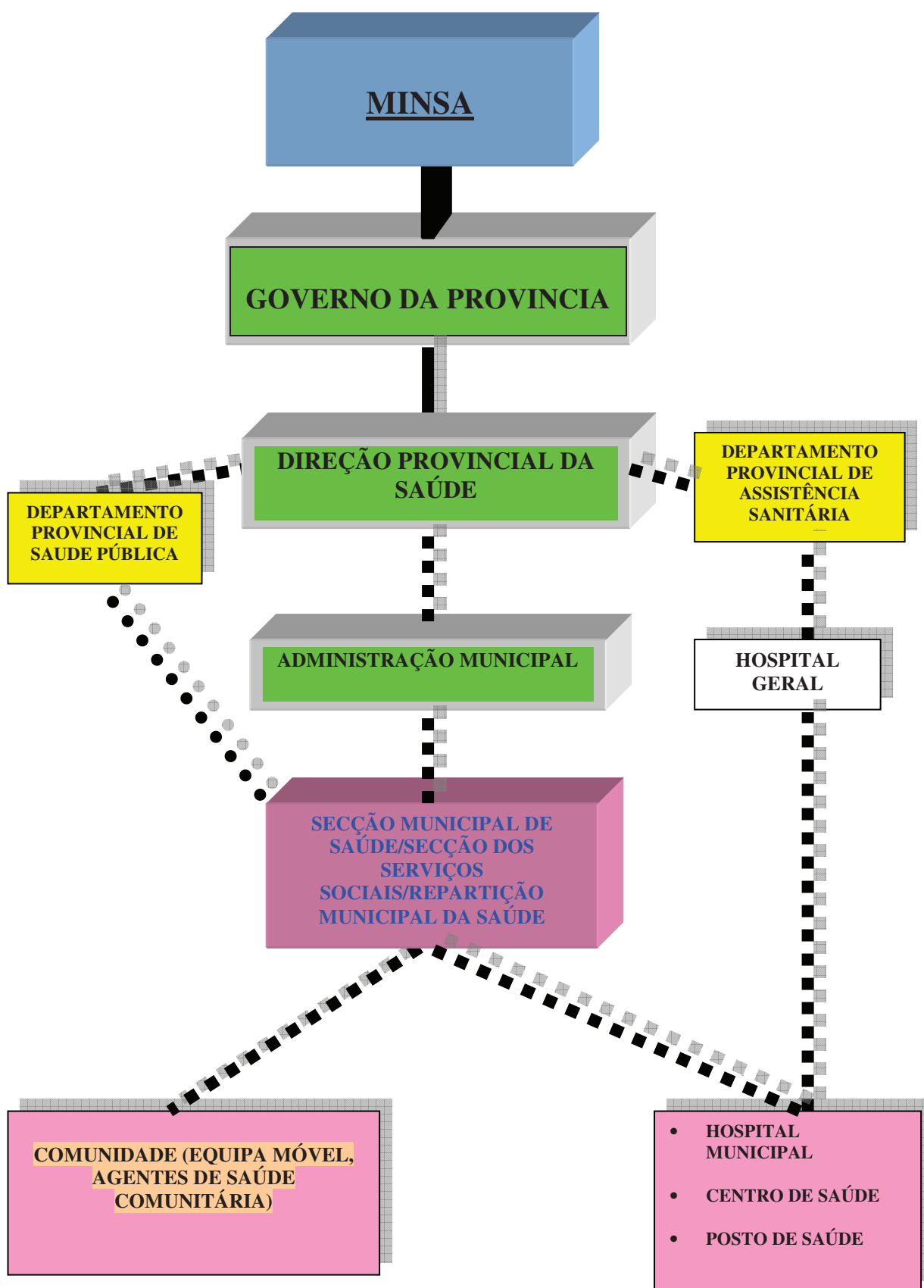
Figura 13 - Organograma do MINSA



Fonte: Angola (2005d)

Legenda: DNSP – Direção Nacional de Saúde Pública;
 DNRH – Direção Nacional dos Recursos Humanos;
 DNME – Direção Nacional de Medicamentos e Equipamentos

Figura 14 - Organograma do MINSA (Nível Provincial e Municipal)



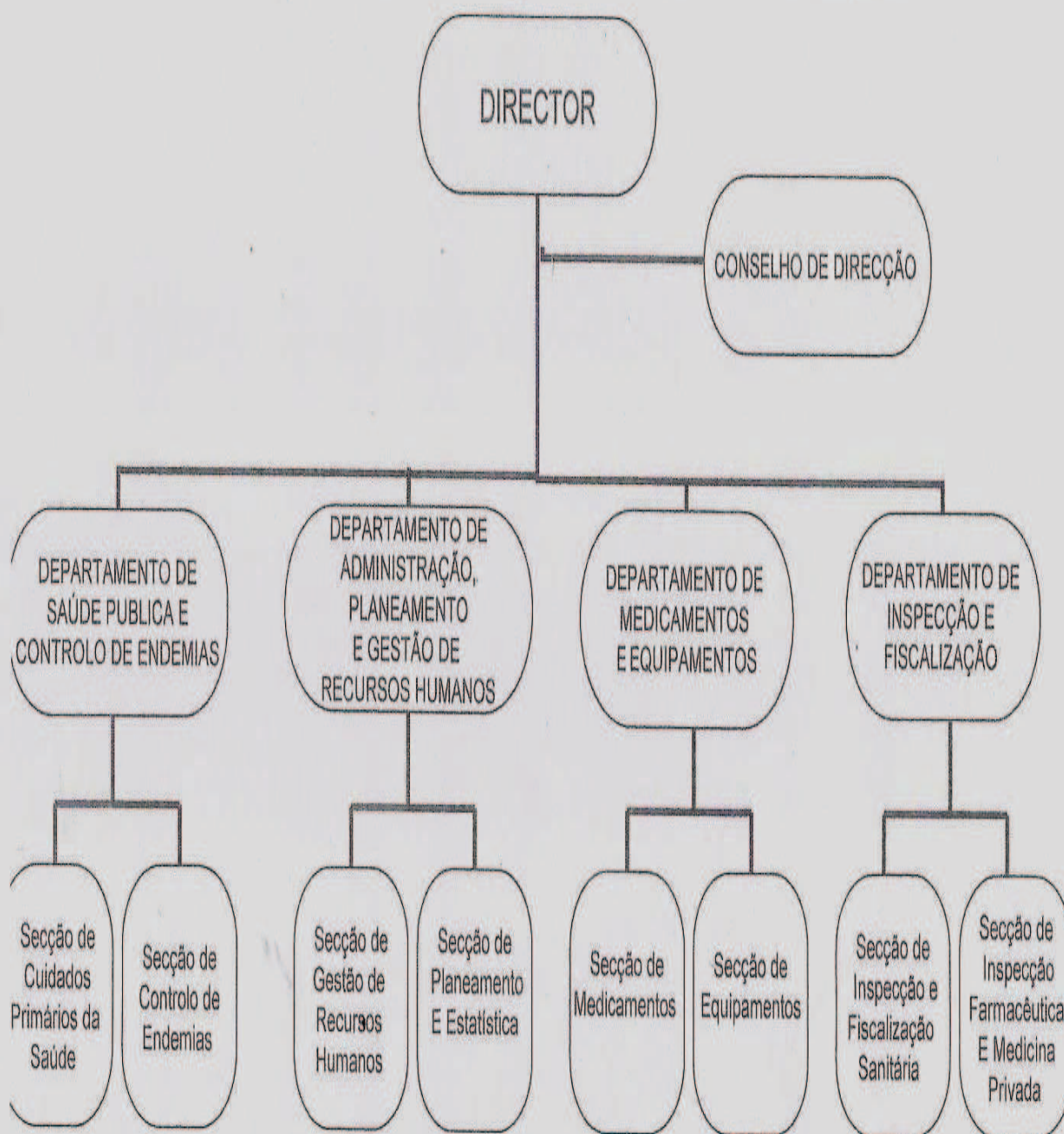
Fonte: Adaptado de Angola (2005d)

ANEXO 2 – Diversidade de Organogramas das D. P. Saúde

CASO 1

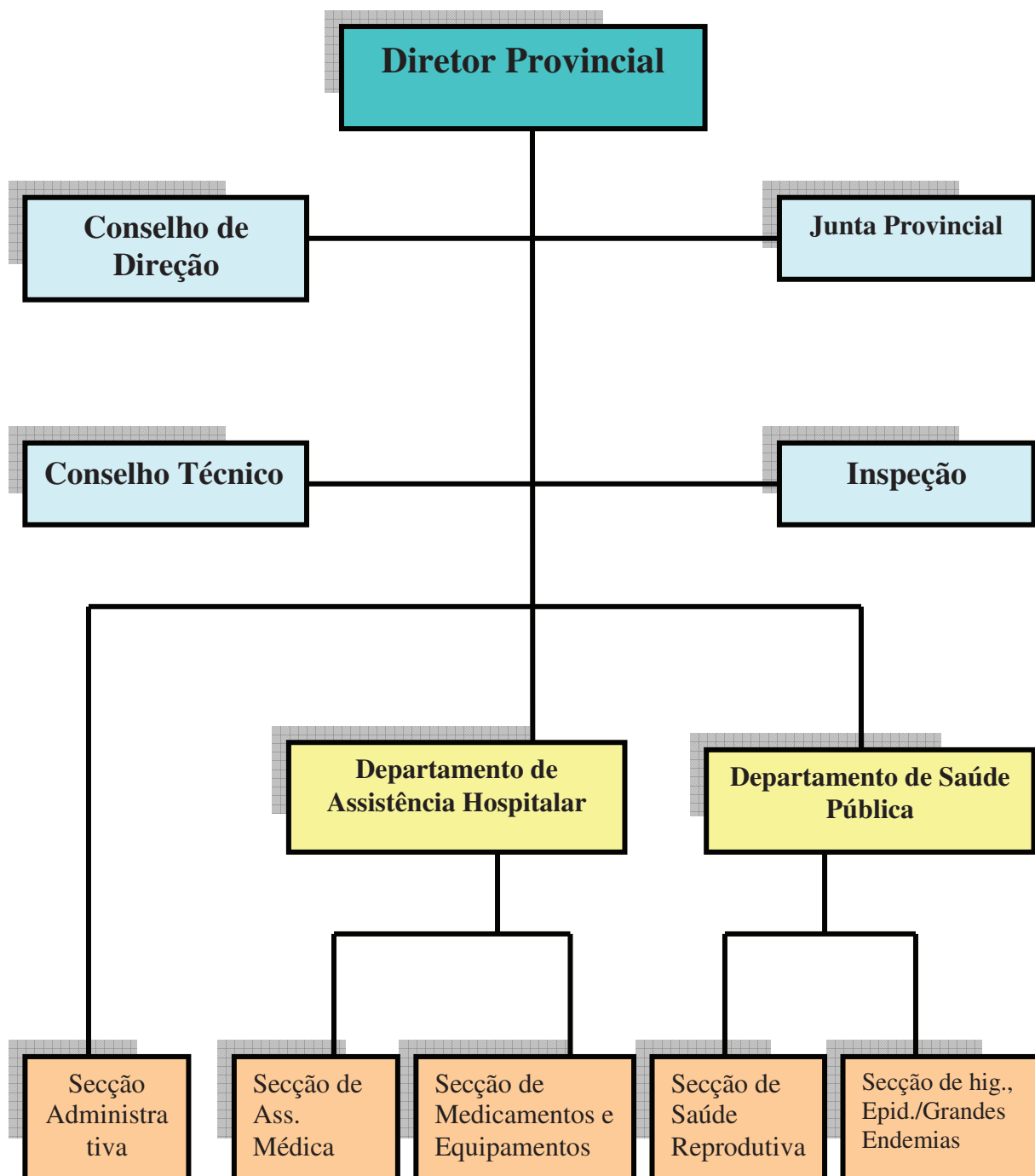
REPUBLICA DE ANGOLA
GOVERNO DA PROVÍNCIA DO
DIRECÇÃO PROVINCIAL DA SAÚDE

ORGANIGRAMA DA DIRECÇÃO PROVINCIAL DA SAÚDE



CASO 2

República de Angola
Governo da Província de -----
Direção Provincial da Saúde

Organograma da Direção Provincial da Saúde

Obs: Transcrição fiel do original

ANEXO 3 – Roteiro da Observação Direta

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

SUB-ÁREA - GESTÃO E PLANEJAMENTO DE UNIDADES E SISTEMAS DE SAÚDE

ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO DIRETA

A. DIMENSÕES/CATEGORIAS TEÓRICAS DO TRIÂNGULO DO GOVERNO DE CARLOS MATUS

Projeto do Governo

1. Existência do plano/programa do governo sobre o processo e de legislação correspondente (no MAT, MINSA, Imprensa nacional e Faculdade de direito)
2. Levantamento de estatutos orgânicos (nos hospitais) e organogramas (nas direções e unidades sanitárias).

Capacidade do Governo

1. Uso de instrumentos de gestão e planejamento (em toda a rede do SNS)
2. Existência de liderança técnica na condução da saúde (no MINSA)
3. Incentivos para fixação de profissionais no interior (constatação nas províncias e municípios).

Governabilidade

1. Existência de um setor responsável pela administração do orçamento (nas direções provinciais, hospitais e secções municipais).
2. Liderança política no MINSA

B. DIMENSÕES/CATEGORIAS TEÓRICAS DA TRIÁDE DE DONABEDIAN

Estrutura

1. Oferta de serviços de referência; adequação da oferta de serviços ao contexto (nas províncias e municípios, com ênfase nas sedes e capital do país).
2. Distribuição geográfica de recursos em saúde (recursos humanos, infra-estruturas e tecnologias de saúde) – nas províncias e municípios

Processo

1. Existência e utilização de protocolos (nacionais, provinciais e hospitalares); em todas as unidades sanitárias).

2. Sistema de transferência de pacientes (nas unidades sanitárias)
3. Sistema de marcação de consultas e filas de espera (nas unidades sanitárias).
4. Porta de entrada de usuários no SNS e condições de acolhimento (em toda da rede de serviços).
5. Tempo de permanência e cumprimento da carga horária pelos profissionais nos serviços (nas unidades sanitárias)
6. Condições das vias de comunicação (rodoviárias e ferroviárias, nas províncias visitadas)

Resultado

1. Levantamento da situação estrutural e funcional comparativa das unidades com orçamento, unidades órgãos dependentes e unidades sem orçamento dos níveis primário e secundário.

ANEXO 4 – Questionários (Roteiro das Entrevistas)

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
 SUB-ÁREA - GESTÃO E PLANEJAMENTO DE UNIDADES E SISTEMAS DE
 SAÚDE**

**QUESTIONÁRIO PARA MEMBROS DO GOVERNO (MINISTROS DAS OBRAS
 PÚBLICAS E DO TERRITÓRIO)**

Identificação _____

Local de Trabalho _____

_____ Município _____

Idade ____ sexo ____ naturalidade _____ profissão _____

Pós-graduação-SIM/NÃO. Nível de escolaridade _____

Tempo de Formação _____ Estado civil _____

Dados do Perfil

1. Há quanto tempo o(a) Sr(a) trabalha no Ministério?

2. Há quanto tempo exerce o seu cargo atual?

Projeto do Governo

1. O Ministério tem algum plano/projeto para contribuir para o fortalecimento dos níveis de gestão provinciais e locais? Que ações estão a ser desenvolvidas neste sentido?

Capacidade do Governo

1. Existe no seu Ministério práticas de planejamento e avaliação da descentralização em curso. Caso afirmativo, quais e como se tem feito a avaliação?

2. Os recursos humanos existentes no seu Ministério correspondem com as exigências e necessidades da descentralização? Sim () Regular() Não()
 Não sabe responder. (). Comente.

3. As administrações locais estão preparadas para gerir as Unidades Sanitárias (Hospitais, Centros e Postos de Saúde) que estão a ser erguidas por todo país?. Sim () Parcialmente () Não (). Comente

Governabilidade

1. Está efetivamente o governo central preparado e disponível para transferir atribuições e responsabilidades para os níveis hierárquicos locais (provincial, municipal e comunal)?

2. Que fatores têm facilitado a implantação/implementação da desconcentração /descentralização em curso no setor da saúde?
3. Que fatores têm dificultado a implantação/implementação da desconcentração /descentralização em curso no setor da saúde? Quais soluções para o caso?
4. Como os Ministérios, províncias e municípios têm reagido à implementação da descentralização? Muito bem () Bem() Regular()
Comente para cada um dos níveis.
5. A descentralização da saúde conta com apoio político? Sim () Não (). Caso afirmativo, como o avalia? Forte () Parcial () Nenhum (). Comente.
6. Na sua visão, os gestores locais em saúde estão preparados para as mudanças a serem introduzidas com a descentralização? Fortemente () Parcialmente () Não ().
Comente.

Processo

1. Como avalia a circulação de pessoas e bens (meios de trabalho e de consumo), tendo em conta o ainda mau estado de algumas de acesso e a presença de minas e como ela interfere no processo de descentralização? Comente.

Resultado

1. Como avalia o processo da descentralização da administração pública e no setor da saúde em particular?

Em geral: Bom () Regular(), Mau (Ruim) (). Argumente.

No setor da saúde: Bom () Regular(), Mau (Ruim) (). Argumente.

2. Como avalia a velocidade com que decorre o referido processo?

Em geral: Muito Lento () Lento () Rápido () Muito rápido ()

Argumente

No setor da saúde: Muito Lento () Lento () Rápido() Muito rápido.
() Argumente

3. A descentralização trouxe benefícios para o país?

Poucos () Muitos() Nenhum Só prejuízos () Quais? Comente.

4. A descentralização trouxe prejuízos para o país?

Poucos () Muitos() Nenhum () Só benefícios()

Quais? Comente. ()

Outras questões do estudo

1. Possivelmente já ouviu falar sobre referenciação de doentes, hierarquização do atendimento e regionalização da saúde. Em sua opinião, existe alguma importância e viabilidade da sua adoção no país? Como deveria ser.

2. Algo mais a dizer sobre a descentralização em curso no país e na saúde.

Local e data:

Assinatura:

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SUB-ÁREA - GESTÃO E PLANEJAMENTO DE UNIDADES E SISTEMAS DE
SAÚDE

**QUESTIONÁRIO PARA GESTORES NACIONAIS DA SAÚDE (MINISTRO, VICE-
 MINISTRO E DIRETORES NACIONAIS)**

Identificação _____

Local de Trabalho _____

_____ Município _____

Idade ____ sexo ____ naturalidade _____ profissão _____

Pós-graduação-SIM/NÃO. Nível de escolaridade _____

Tempo de Formação _____ Estado civil _____

Dados do Perfil

1. Há quanto tempo o(a) Sr(a) trabalha no Ministério?
2. Há quanto tempo exerce o seu cargo atual?

Projeto do Governo

1. Como avalia os objetivos do plano de desconcentração e descentralização em curso no setor da saúde? Claros () Parcialmente claros() Não claros (). Comente.
2. Qual é a prioridade da descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola? Alta () Média () Baixa (). Comente.
3. As especificidades do setor da saúde (presença da saúde a nível de todo o território nacional, incluindo comunas, a maioria dos usuários é pobre e a necessidade de uma rede de cuidados primários eficiente no nível local e ainda o fato dos profissionais acumularem muitos poderes nas organizações de saúde) têm sido consideradas no processo de descentralização em curso em termos de produção do pacote legislativo?. Sim () b) Não (). Argumente.

Capacidade do Governo

1. Os recursos humanos, incluindo os gestores, existentes no seu Ministério correspondem com as exigências e necessidades da descentralização? Sim () Regular () Não () Não sabe responder. () Comente.

2. Os recursos humanos existentes nas províncias e municípios correspondem com as exigências e necessidades da descentralização? Sim () Regular () Não () Não sabe responder (). Comente.

Governabilidade

1. Estão efetivamente os órgãos centrais preparados e disponíveis para transferir atribuições e responsabilidades para os níveis hierárquicos locais (província, município e comuna)?
2. Como o Ministério, províncias e municípios têm reagido à implementação da descentralização?
3. Que ações estão a ser desenvolvidas pelo Ministério da Saúde ou pela sua direção que podem ou poderão contribuir para a descentralização em Angola?
4. A descentralização da saúde conta com apoio político? Sim () Não (). Caso afirmativo, como o avalia? Forte () Parcial () Nenhum (). Comente.
5. A desconcentração financeira fez surgir diversas unidades orçamentais. Como avalia a relação entre os diretores provinciais com os diretores dos hospitais (provinciais e municipais) Muito bom () Bom () Regular () Ruim (). Comente
6. Que fatores têm facilitado a implantação/implementação da desconcentração /descentralização em curso?
7. Que fatores têm dificultado a implantação/implementação da desconcentração /descentralização em curso? Quais soluções para o caso?

Estrutura

1. As especificidades do setor da saúde (presença da saúde a nível de todo o território nacional, incluindo comunas, a maioria dos usuários é pobre e a necessidade de uma rede de cuidados primários eficiente no nível local e ainda o fato dos profissionais acumularem muitos poderes nas organizações de saúde) têm sido consideradas no processo de descentralização em curso no âmbito de disponibilização de recursos para setor? a) Sim () b) Não (). Argumente.

2. Como avalia, na série histórica 2000-2007, o volume dos recursos financeiros que têm sido disponibilizados para o setor da saúde? Aumentaram () Diminuíram () Permaneceu inalterada ()
Suficiente () Parcialmente suficiente () Insuficiente (). Comente
- a. Em que nível ou área se têm dado os maiores investimentos financeiros? Atenção primária da saúde () b) Atenção secundária () c) Atenção terciária (). Comente
- b. A forma do financiamento atual da saúde dá mais ênfase: Atenção Primária à Saúde () Assistência Médico-Hospitalar () Atividades preventivas e de promoção da saúde () Nenhum () Todos () Argumente
- c. Como você avalia a aplicação dos Recursos Financeiros da Saúde no MINSA ou no seu setor de trabalho?
3. Como avalia porcentagem da disponibilidade de medicamentos da lista de medicamentos para o país, no período 2000-2007? Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante () Não sabe responder (). Comente.
4. Como avalia o comportamento dos recursos em geral (infra-estruturas, meios de trabalho, recursos humanos, etc) para o setor da saúde na série histórica em análise? Aumentaram () Diminuíram () Permaneceram constantes () Comente
- A que isto se deve?
a) Paz () b) Descentralização () c) Gestores de setor (). Outro (). Qual?

Comente

Processo

1. Como avalia a circulação de pessoas e bens (meios de trabalho e de consumo), tendo em conta o ainda mau estado de algumas vias de comunicação e a presença de minas e como ela interfere no processo de descentralização? Comente.
2. Como tem sido a busca dos serviços externos pelas províncias, municípios e hospitais?
Espontânea () Coordenada () Outro (). Se for coordenada, como tem sido? a) Comunicação e transporte () b) Apenas o protocolo e a guia de transferência ()? c) Outra forma () Qual? Comente.

3. Como se comportou o percentual dos usuários transferidos para unidades de maior densidade tecnológica (hospitais secundários e terciários e exterior do país) na série histórica de 2000-2007? Aumentou () Diminuiu() Permaneceu inalterada () A que se deve?
- a. Como tem sido o atendimento nas unidades para onde os pacientes são transferidos? Atendimento imediato () Tempo adequado () Muito tempo de espera () Não são atendidos (). Comente.
4. Como se comportou a taxa de mortalidade operatória no período 2000-2007? Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante(). Não sabe responder () Comente.
5. Como se comportou a taxa de ocupação de leitos hospitalares no período 2000-2007? Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante () Não sabe responder(). Comente.

Resultados

1. Como avalia a velocidade com que decorre o referido processo? Muito Lento () Lento () Rápido () Muito rápido. () Argumente
2. A descentralização trouxe benefícios para o Serviço Nacional de Saúde? Poucos () Muitos() Nenhum () Só prejuízos (). Quais? Argumente.
3. A descentralização trouxe prejuízos para Serviço Nacional de Saúde do país? Poucos () Muitos() Nenhum() Só benefícios() Quais? Argumente.
4. A situação de saúde mudou com a descentralização da saúde em curso no período 2000-2007? Sim () Não (). Caso afirmativo, responde: Para pior ()? Para o melhor ()? Permaneceu inalterada ()? Argumente.
- a. Quanto aos níveis de atenção, que impacto a descentralização causou e em qual deles foi maior? –
- Nível central () ----- Positivo () Negativo ()
 - Nível provincial () ----- Positivo () Negativo ()
 - Nível municipal () ----- Positivo () Negativo ()

- Todos os níveis () ----- Positivo () Negativo ()
- Nenhum deles (). ----- Positivo () Negativo ()

Comente!

- b. Quanto as Unidades Sanitárias, que impacto a descentralização causou e em qual delas foi maior? Positivo () Negativo ()
- Hospitais Centrais () ----- Positivo () Negativo ()
 - Hospitais Gerais () ----- Positivo () Negativo ()
 - Hospitais Municipais () ----- Positivo () Negativo ()
 - Centros e postos de saúde () ----- Positivo () Negativo ()
 - Todos () ----- Positivo () Negativo ()
 - Nenhum deles ().

Comente.

- c. Como avalia a capacidade do setor da saúde para atender a demanda no país no período 2000-2007? Aumentou () Piorou () Permaneceu Inalterada () Bom () Regular(), Mau (Ruim) (). Argumente.

5. Como se comportou taxa de mortalidade geral no período 2000-2007? Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante (). Não sabe responder () Comente.
6. Como variou a taxa de mortalidade entre crianças menores de 1 ano de idade na série histórica em análise e quais são as causas a referida mortalidade? Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante(). Não sabe responder () Comente

Outras Questões de interesse do Estudo

1. Qual é a prioridade da regionalização do Serviço Nacional de Saúde de Angola? Alta () Média () Baixa (). Comente.
2. Caso a regionalização fosse de fato implantada, que critérios deveriam ser utilizadas para agrupar e municípios? Através dos 5 eixos de desenvolvimento econômico-social definidos pelos pelo governo () Através da base da lingüística e cultural() Através do perfil epidemiológico e desenvolvimento atual da cobertura sanitária () Combinação de critérios() Outras bases(). Quais?
3. Algo mais a dizer sobre a descentralização em curso no país e na saúde.

Local e data:

Assinatura:

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SUB-ÁREA - GESTÃO E PLANEJAMENTO DE UNIDADES E SISTEMAS DE
SAÚDE

QUESTIONÁRIO PARA GESTORES PROVINCIAIS DA SAÚDE

Identificação _____

Local de Trabalho _____

_____ Município _____

Idade ____ sexo ____ naturalidade _____ profissão _____

Pós-graduação-SIM/NÃO. Nível de escolaridade _____

Tempo de Formação _____ Estado civil _____

Dados do Perfil

- 1) Há quanto tempo o(a) Sr(a) trabalha no SNS em geral e na DPS em particular?
- 2) É o seu primeiro emprego?
- 3) Como foi a sua colocação no local onde trabalha atualmente? Concurso público ()
 transferência de uma outra instituição () transferência interna () outro ()
 Qual? a) E os profissionais que aqui trabalham , como são selecionados? Concurso
 Público () Contratação () Transferência () Outra forma (). Qual ?

Projeto do Governo

1. Qual o seu conhecimento sobre a descentralização da saúde em curso no país e como
 você o avalia. Bom () Regular () Ruim (). Comente
2. Qual é a prioridade da descentralização e da regionalização para o Serviço Nacional
 de Saúde de Angola? Alta () Média () Baixa ().
 Comente.
3. Como avalia os objetivos do plano de desconcentração e descentralização em curso no
 setor da saúde? Claros () Parcialmente claros () Não claros ().
 Comente.
4. As especificidades do setor da saúde (presença da saúde a nível de todo o território
 nacional, incluindo comunas, a maioria dos usuários é pobre e a necessidade de uma
 rede de cuidados primários eficiente no nível local e ainda o fato dos profissionais
 acumularem muitos poderes nas organizações de saúde) têm sido consideradas no

processo de descentralização em curso em termos de produção do pacote legislativo?

Sim() b) Não() - Argumente.

Capacidade do Governo

1. Está satisfeito com o seu nível de formação e capacitação para a função que exerce?
- Satisfeito () Parcialmente satisfeito () Insatisfeito().Comente. a) Tem alguma formação em Gestão, Planeamento ou Saúde Publica? Sim () Não ()
2. Os recursos humanos existentes na província correspondem com as exigências da descentralização?
 - a. Sim ()
 - b. Regular ()
 - c. Não ()
 - d. Não sabe responder. ()
3. Utiliza-se alguma estratégia de incentivo para colocação e retenção de profissionais no interior da província? Caso afirmativo, qual ?
4. As práticas de planeamento e de avaliação fazem parte da sua administração?
Argumente.

Governabilidade

1. Que aspectos facilitam a implantação/implementação da desconcentração/descentralização em curso?
2. Que aspectos dificultam a implantação/implementação da descentralização em curso?
Quais soluções para o caso?
3. Como avalia o apoio e participação dos profissionais aqui colocados nas reformas em curso? Bom () Regular(), Mau (Ruim) (). Argumente.
4. A desconcentração financeira fez surgir diversas unidades orçamentais. Como avalia a relacionamento entre os diretores provinciais e diretores dos hospitais provinciais/gerais e municipais? Argumente.

5. Que ações estão a ser desenvolvidas pela sua Direção que podem ou poderão contribuir para a descentralização em Angola?
6. A descentralização da saúde conta com apoio político? Sim () Não (). Caso afirmativo, como o avalia? Forte () Parcial () Nenhum (). Comente.

Estrutura

1. As especificidades do setor da saúde (presença da saúde a nível de todo o território nacional, incluindo comunas, a maioria dos usuários é pobre e a necessidade de uma rede de cuidados primários eficiente no nível local e ainda o fato dos profissionais acumularem muitos poderes nas organizações de saúde) têm sido consideradas no processo de descentralização em curso no âmbito de disponibilização de recursos para o setor?
 - a. Sim () b. Não (). - Argumente.
2. Em que nível ou área se têm feito os maiores investimentos financeiros, com a implementação da descentralização do Serviço Nacional de Saúde?
 - a. Atenção primária da saúde, ()
 - b. Atenção secundária ()
 - c. Atenção terciária (). – Argumente
3. A forma do financiamento atual (com a descentralização) da saúde dá mais ênfase:

Atenção Primária à Saúde () Assistência Médico-Hospitalar() Atividades preventivas e de promoção da saúde() Nenhum () Todos () Argumente
4. Como avalia o comportamento, no período 2000-2007, dos recursos financeiros para o setor da saúde? Aumentaram () Diminuíram() Mantiveram-se constantes (). Comente.
 - a. Está satisfeito com o volume dos recursos financeiros que são disponibilizados para a instituição/órgão que Sr. dirige? Satisfeito () regular () insatisfeito (). Comente
 - b. Como você avalia a aplicação dos Recursos Financeiros da Saúde na sua DPS?
5. Como avalia percentagem da disponibilidade de medicamentos da lista de medicamentos na sua província, no período 2000-2007? Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante () Não sabe responder(). Comente.

6. Como avalia o comportamento dos recursos no geral (infra-estruturas, meios técnicos, recursos humanos, etc.) para o setor da saúde no período em análise? Aumentaram () Diminuíram () Permaneceram constantes (). - **A que isto se deve?** a) Paz () b) Descentralização () c) Gestores de setor (). Comente.

Processo

1. Como tem sido a busca dos serviços externos pelos hospitais e municípios da província? Espontânea () Coordenada () Outro ().

Se for coordenada, como tem sido? a) Comunicação e transporte () b) Apenas o protocolo e a guia de transferência ()? c) Outra forma () Qual? Comente.

2. Como se comportou o percentual dos usuários transferidos para unidades de maior densidade tecnológica (hospitais secundários e terciários) na série histórica de 2000-2007? Aumentou () Diminuiu () permaneceu inalterada (). Comente.

- a. Como tem sido o atendimento nas unidades de saúde para aonde são transferidos? Atendimento imediato () Tempo adequado () Muito tempo de espera () Não são atendidos (). Comente.

3. Como se comportou de mortalidade operatória de 2000 a 2007? Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante (). Não sabe responder (). Comente

4. Como se comportou a taxa de ocupação de leitos hospitalares na série histórica 2000-2007? Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante () Não sabe responder (). Comente.

Resultado

1. Como avalia a velocidade com que decorre a descentralização no setor da saúde? Muito Lento () Lento () Rápido () Muito rápido. (). Argumente
2. Como avalia as mudanças ocorridas no setor da saúde no período 2000-2007? Para pior () Para melhor () Permaneceu inalterada () . -Argumente. a) A que fatores o(a) Senhor(a) associa as mudanças? Paz () Descentralização () Gestão () Outro (). Qual? Argumente.

a. Quanto aos níveis de atenção, que impacto a descentralização causou e em qual deles foi maior? -

- Nível central () ----- Positivo () Negativo ()
- Nível provincial () ----- Positivo () Negativo ()
- Nível municipal () ----- Positivo () Negativo ()
- Todos os níveis () ----- Positivo () Negativo ()
- Nenhum deles (). ----- Positivo () Negativo ()

Comente!

b. Quanto as Unidades Sanitárias, que impacto a descentralização causou e em qual delas foi maior? Positivo () Negativo ()

- Hospitais Centrais () ----- Positivo () Negativo ()
- Hospitais Provinciais (gerais) () ----- Positivo () Negativo ()
- Hospitais Municipais () ----- Positivo () Negativo ()
- Centros e postos de saúde () ----- Positivo () Negativo ()
- Todos () ----- Positivo () Negativo ()
- Nenhum deles ().

Comente.

3. Como avalia a capacidade da província para atender a demanda da saúde na série histórica em análise? Aumentou () Diminuiu (), Permaneceu inalterada ().

Argumente.

- a. A Direção Provincial da Saúde tem com a descentralização mais competências para decidir sobre os principais problemas relevantes da saúde na província? - Sim () Não (). Comente. a) Está satisfeito com os competências conferidas. Satisfeito () regular () insatisfeito (). Comente.

4. A descentralização em saúde trouxe benefícios para sua província? Poucos () b) Muitos() c) Nenhum () d) Só prejuízos () Quais? Argumente.

5. A descentralização saúde trouxe prejuízos para a sua província?

Poucos () b) Muitos() c) Nenhum () Só benefícios(). Quais? Argumente.

6. Como se comportou a taxa de mortalidade geral no período 2000-2007? Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante(). Não sabe responder () Comente.

7. Como variou a taxa de mortalidade entre crianças menores de 1 ano de idade no período 2000-2007 e quais foram as causas da referida mortalidade? Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante(). Não sabe responder () Comente.

Outras Questões do Interesse do Estudo

1. Qual é a prioridade da regionalização do Serviço Nacional de Saúde de Angola?
Alta () Média () Baixa (). Comente.
2. Caso a regionalização fosse de fato implantada, que critérios deveriam ser utilizadas para agrupar municípios e províncias? Através dos 5 eixos de desenvolvimento econômico-social definidos pelo governo () Através da base da lingüística e cultural() Através do perfil epidemiológico e desenvolvimento atual da cobertura sanitária () Combinação de critérios() Outras bases(). Quais?
3. Algo mais a dizer sobre a descentralização em curso no país e na saúde.
Local e data:
Assinatura:

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SUB-ÁREA - GESTÃO E PLANEJAMENTO DE UNIDADES E SISTEMAS DE
SAÚDE

QUESTIONÁRIO PARA GESTORES DE HOSPITAIS CENTRAIS, PROVÍNCIAIS
(GERAIS) E MUNICIPAIS.

Identificação _____

Local de Trabalho _____

_____ Município _____

Idade ____ sexo ____ naturalidade _____ profissão _____

Pós-graduação-SIM/NÃO. Nível de escolaridade _____

Tempo de Formação _____ Estado civil _____

Dados do Perfil

1. Há quanto tempo o(a) Sr(a) trabalha no SNS, em geral e nesta US, em particular?
2. É o seu primeiro emprego?
3. Como foi a sua colocação no local onde trabalha atualmente? Concurso público ()
 Transferência de uma outra instituição () Transferência interna ()
 Outro (). Qual?

Projeto do Governo

1. Qual o seu conhecimento sobre a descentralização da saúde em curso no país e como o(a) Senhor(a) o avalia. Bom () Regular () Ruim (). Comente
2. Como avalia os objetivos do plano de desconcentração e descentralização em curso no setor da saúde?
 Claros () Parcialmente claros() Não claros (). Comente.
3. As especificidades do setor da saúde (presença da saúde a nível de todo o território nacional, incluindo comunas, a maioria dos usuários é pobre e a necessidade de uma rede de cuidados primários eficiente no nível local e ainda o fato dos profissionais acumularem muitos poderes nas organizações de saúde) têm sido consideradas no processo de descentralização em curso em termos de produção do pacote legislativo?
 - a. Sim ()
 - b) Não () - Argumente.

4. Qual é a prioridade da descentralização para o Serviço Nacional de Saúde de Angola?
Alta () Média () Baixa (). Comente.

Capacidade do Governo

1. Está satisfeito com o seu nível de formação e capacitação para a função que exerce?
- Satisfeito() Parcialmente satisfeito () Insatisfeito().Comente.
a) Tem alguma formação em gestão, planeamento ou em saúde pública? Sim ()
Não ()
2. As práticas de planeamento e de avaliação fazem parte da sua administração? Sim ()
Não (). Argumente.

Governabilidade

1. Quais aspectos facilitam a implantação/implementação da desconcentração/descentralização em curso?
2. Quais aspectos dificultam a implementação da descentralização em curso? Quais soluções para o caso?
3. A desconcentração financeira fez surgir diversas unidades orçamentais. Como avalia a relacionamento entre os diretores provinciais e diretores dos hospitais com orçamento (provinciais e municipais)? Argumente.

Estrutura

1. As especificidades do setor da saúde (presença da saúde a nível de todo o território nacional, incluindo comunas, a maioria dos usuários é pobre e a necessidade de uma rede de cuidados primários eficiente no nível local e ainda o fato dos profissionais acumularem muitos poderes nas organizações de saúde) têm sido consideradas no processo de descentralização em curso no âmbito de disponibilização de recursos para o Setor? a) Sim () b) Não (). - Argumente.
2. A forma do financiamento atual (com a descentralização) da saúde dá mais ênfase:
Atenção Primária à Saúde () Assistência Médico-Hospitalar() Atividades preventivas e de promoção da saúde() Nenhum () Todos () Argumente

3. Como avalia o comportamento, no período 2000-2007, dos recursos financeiros para o setor da saúde? Aumentaram () Diminuíram() Mantiveram-se constantes (). Comente.
- a) Está satisfeito com o volume dos recursos financeiros que são disponibilizados para a sua Unidade Sanitária?
Satisfeito () regular () insatisfeito (). Comente
- b) Como você avalia a aplicação dos Recursos Financeiros da Saúde na sua Unidade Sanitária?
4. Como avalia porcentagem da disponibilidade de medicamentos da lista de medicamentos da sua unidade, na série histórica 2000-2007? Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante () Não sabe responder(). Comente.
5. Como avalia o comportamento dos recursos (materiais, humanos, técnicos, etc.) para o setor da saúde no período 2000-2007? Aumentaram () Diminuíram () Permaneceram constantes(). Comente.

- **A que isto se deve?** a) Paz () b) Descentralização () c) Gestores de setor ().

Processo

1. Como se comportou o percentual dos usuários transferidos para unidades de maior densidade tecnológica (hospitais secundários e terciários) na série histórica de 2000-2007? Aumentou () Diminuiu () Manteve-se inalterado () Por quê?
- a. Como tem sido o atendimento nas unidades para aonde são transferidos?
Atendimento imediato () Tempo adequado () Muito tempo de espera () Não são atendidos (). Comente.
2. Como tem sido a busca dos serviços externos pela província, município ou pelo hospital? Espontânea () Coordenada() Outro ().
- Se for coordenada, como tem sido?** a) Comunicação e transporte () b) Apenas o protocolo e a guia de transferência () c) Outra forma () Qual? Comente.

3. Como se comportou a taxa de mortalidade operatória no período 2000-2007?
Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante (). Não sabe responder () Comente.
4. Como se comportou a taxa de ocupação de leitos hospitalares no período 2000-2007?
Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante () Não sabe responder ().
Comente.

Resultado

1. Como avalia a velocidade com que decorre a descentralização no setor da saúde?
Muito Lento () Lento () Rápido () Muito rápido (). Argumente
2. A desconcentração/ descentralização trouxe mudanças para a sua Unidade Sanitária?
Sim () Não (). Caso afirmativo, responde:
Poucos () b) Muitos () c) Nenhum () d) Só prejuízos () Quais?
Argumente.
- a) Como avalia a capacidade da sua Unidade Sanitária para atender a demanda, no período 2000-2007? Aumentou () Diminuiu () Manteve-se Inalterada () Argumente.
- b) Considera que a fase atual da descentralização conferiu mais ou menos competências aos hospitais do seu nível de atenção? Caso afirmativo. Enumere-os.
- Está satisfeito com os competências conferidas. Satisfeito () regular () insatisfeito (). Comente.
3. Como avalia as mudanças ocorridas no setor da saúde no período 2000-2007? Para pior () Para melhor () Permaneceu inalterada () . -Argumente. a) A que fatores o(a) Senhor(a) associa a esta mudança? Paz () Descentralização () Gestão () Outro (). Qual? Argumente.
- a. Quanto aos níveis de atenção, que impacto a descentralização causou e em qual deles foi maior? -
- Nível central () ----- Positivo () Negativo ()
 - Nível provincial () ----- Positivo () Negativo ()
 - Nível municipal () ----- Positivo () Negativo ()

- Todos os níveis () ----- Positivo () Negativo ()
- Nenhum deles (). ----- Positivo () Negativo ()
- Comente!

b. Quanto as Unidades Sanitárias, que impacto a descentralização causou e em qual delas foi maior? Positivo () Negativo ()

- Hospitais Nacionais/Centrais () ----- Positivo () Negativo ()
- Hospitais Provinciais/Gerais () ----- Positivo () Negativo ()
- Hospitais Municipais () ----- Positivo () Negativo ()
- Centros e postos de saúde () ----- Positivo () Negativo ()
- Todos () ----- Positivo () Negativo ()
- Nenhum deles ().

Comente.

4. Como se comportou a taxa de mortalidade geral no período em análise?

Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante(). Não sabe responder ()

Comente..

5. Como variou a taxa de mortalidade entre crianças menores de 1 ano de idade no período 2000-2007 e quais são as causas da referida mortalidade? Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante (). Não sabe responder () Comente.

Outras Questões de interesse do Estudo

1. Qual é a prioridade da regionalização para o Serviço Nacional de Saúde de Angola?
Alta () Média () Baixa (). Comente.

2. Caso a regionalização fosse de fato implantada, que critérios deveriam ser utilizados para agrupar municípios e províncias? Através dos 5 eixos de desenvolvimento econômico-social definidos pelos pelo governo () Através da base da lingüística e cultural() Através do perfil epidemiológico e desenvolvimento atual da cobertura sanitária () Combinação de critérios() Outras bases(). Quais?

3. Algo mais a dizer sobre a descentralização em curso no país e na saúde.

Local

Data

Assinatura:

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
 SUB-ÁREA - GESTÃO E PLANEJAMENTO DE UNIDADES E SISTEMAS DE
 SAÚDE**

**QUESTIONÁRIO PARA OS CHEFES DE SEÇÕES MUNICIPAIS (PARA
 GESTORES MUNICIPAIS)**

Identificação _____

Local de Trabalho _____
 _____ Município _____

Idade ____ sexo ____ naturalidade _____ profissão _____

Pós-graduação-SIM/NÃO. Nível de escolaridade _____

Tempo de Formação _____ Estado civil _____

Dados do Perfil:

- 1) Há quanto tempo o(a) Sr(a) trabalha no SNS em geral e no Município, em particular?
- 2) É o seu primeiro emprego e cargo?
- 3) Como foi a sua colocação no local onde trabalha atualmente? Concurso público ()
 transferência de uma outra instituição () transferência interna () outro ().
 Qual? a) E os profissionais, como selecionados e colocados? Concurso Público ()
 Contrato () Transferência () Outra Forma (). Qual?
- 4) Está nomeado oficialmente para o exercício do cargo?

Projeto do Governo

1. Qual o seu conhecimento sobre a descentralização da saúde em curso no país e como
 você o avalia. Bom () Regular () Ruim (). Comente
2. Como avalia os objetivos do plano de desconcentração e descentralização em curso no
 setor da saúde? Claros () Parcialmente claros () Não claros (). Comente.
3. As especificidades do setor da saúde (presença da saúde a nível de todo o território
 nacional, incluindo comunas, a maioria dos usuários é pobre e a necessidade de uma
 rede de cuidados primários eficiente no nível local e ainda o fato dos profissionais
 acumularem muitos poderes nas organizações de saúde) têm sido consideradas no
 processo de descentralização em curso em termos de produção do pacote legislativo?
 Sim() Não() - Argumente.

4. Qual é a prioridade da descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola?
Alta () Média () Baixa (). Comente.

Capacidade do Governo

1. Está satisfeito com o seu nível de formação e capacitação para a função que exerce? - Satisfeito () Parcialmente satisfeito () Insatisfeito (). Comente. a) Tem alguma formação em gestão, planeamento ou em Saúde Pública? Sim () Não ()
2. Os recursos humanos existentes do município correspondem com as exigências da descentralização? Sim () Regular () Não () Não sabe responder. ()
3. Utiliza-se alguma estratégia de incentivo para colocação e retenção aqui de profissionais? Caso afirmativo, qual?
4. As práticas de planeamento e de avaliação fazem parte da sua administração? Argumente.

Governabilidade

1. A descentralização da saúde conta com apoio político? Sim () Não (). Caso afirmativo, como o avalia? Forte () Parcial () Nenhum (). Comente.
2. Que aspectos facilitam a implantação/implementação da desconcentração/descentralização em curso?
3. Que aspectos dificultam a implantação/implementação da descentralização em curso? Quais soluções para o caso?
4. Como avalia o apoio e a participação dos profissionais aqui colocados nas reformas em curso? Bom () Regular () Mau (Ruim) (). Argumente.
5. A desconcentração financeira fez surgir diversas unidades orçamentais. Como avalia o relacionamento entre os chefes de secções municipais e os diretores dos hospitais municipais com orçamento? Argumente.
6. Como avalia o seu relacionamento com os diretores dos hospitais orçamentados do teu município? Argumente.

7. Que ações estão a ser desenvolvidas pela sua secção que podem ou poderão contribuir para a descentralização em Angola?

Estrutura

1. As especificidades do setor da saúde (presença da saúde a nível de todo o território nacional, incluindo comunas, a maioria dos usuários é pobre e a necessidade de uma rede de cuidados primários eficiente no nível local e ainda o fato dos profissionais acumularem muitos poderes nas organizações de saúde) têm sido consideradas no processo de descentralização em curso no âmbito de disponibilização de recursos para o setor da saúde? Sim() Não() - Argumente.

 2. A forma do financiamento atual da saúde dá mais ênfase:
 - a) Atenção Primária à Saúde ()
 - b) Assistência Médico-Hospitalar ()
 - c) atividades preventivas e de promoção da saúde()
 - d) Nenhum ()
 - e) Todos ().
 Argumente

 3. Como avalia o comportamento, no período 2000-2007, dos recursos financeiros para o setor da saúde? Aumentaram () Diminuíram() Mantiveram-se constantes (). Comente.
 - a) Está satisfeito com o volume de recursos financeiros que são disponibilizados para a instituição/órgão que o(a) Sr(a). dirige? Satisfeito () regular () insatisfeito ().
 Comente

 4. Como avalia o comportamento dos recursos no geral para o setor da saúde no período em análise ? Aumentaram() Diminuíram () Permaneceram constantes().

- **A que isto se deve?** a) Paz () b) Descentralização () c) Gestores de setor ().

 Comente.

 5. Como avalia percentagem da disponibilidade de medicamentos da lista de medicamentos nas unidades do seu município, na série histórica em análise? Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante () Não sabe responder().
- Comente.

Processo

1. Como tem sido a busca dos serviços externos pela província, município ou pelo hospital? Espontânea () Coordenada() Outro (). **Se fôr**

- coordenada, como tem sido?** a) Comunicação e transporte () b) Apenas o protocolo e a guia de transferência () c) Outra forma () Qual? Comente.
2. Como se comportou o percentual dos usuários transferidos para unidades de maior densidade tecnológica (hospitais secundários) na série histórica de 2000-2007? Aumentou () Diminuiu () Manteve-se Constante. Por que?
- a. Como tem sido o atendimento nas unidades para onde são transferidos? Atendimento imediato() Tempo adequado () Muito tempo de espera () Não são atendidos (). Comente.
3. Como se comportou a taxa de ocupação de leitos hospitalares no período 2000-2007? Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante () Não sabe responder(). Comente.

Resultado

1. Como avalia a velocidade com que decorre a descentralização no setor da saúde? Muito Lento () Lento () Rápido() Muito rápido. (). Argumente
2. Como avalia as mudanças ocorridas no setor da saúde no período 2000-2007? Para pior () Para melhor () Permaneceu inalterada () . -Argumente. a) A que fatores o(a) Senhor(a) associa a mudança verificada? Descentralização () Paz () Gestão () Outro ().Qual? Argumente.
- a. Quanto aos níveis de atenção, que impacto a descentralização causou e em qual deles foi maior? -
- Nível central () ----- Positivo () Negativo ()
 - Nível provincial () ----- Positivo () Negativo ()
 - Nível municipal() ----- Positivo () Negativo ()
 - Todos os níveis () ----- Positivo () Negativo ()
 - Nenhum deles () . ----- Positivo () Negativo ()
- Comente!
- b. Quanto as Unidades Sanitárias, que impacto a descentralização causou e em qual delas foi maior? Positivo () Negativo ()

- Hospitais Nacionais/Centrais () ----- Positivo () Negativo ()
- Hospitais Provinciais/Gerais () ----- Positivo () Negativo ()
- Hospitais Municipais () ----- Positivo () Negativo ()
- Centros e postos de saúde () ----- Positivo () Negativo ()
- Todos () ----- Positivo () Negativo ()
- Nenhum deles ().

Comente.

3. Como se comportou a taxa de mortalidade geral na série histórica em análise? Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante () Não sabe responder ().

Comente.

4. Como variou a taxa de mortalidade entre crianças menores de 1 ano de idade no período 2000-2007 e quais foram as causas da referida mortalidade? Aumentou() Diminuiu () Permaneceu constante (). Não sabe responder (). Comente.

5. Como avalia a capacidade do setor da saúde no município para atender a demanda da população, no período 2000-2007? Aumentou () Diminuiu () Manteve-se Constante. Por que? Atualmente é Boa() Regular(), Má (Ruim) (). Argumente.

- a. Considera que a fase atual da descentralização conferiu mais ou menos competências às secções municipais da saúde? Sim () Não (). Comente.

- b. Está satisfeito com as competências conferidas. Satisfeito () regular () insatisfeito (). Comente.

- 5) A descentralização trouxe benefícios para o município? Poucos () b) Muitos() c) Nenhum () d) Só prejuízos () Quais? Argumente.

- 6) A descentralização trouxe prejuízos na gestão da saúde do município? Poucos () b) Muitos() c) Nenhum () Só benefícios() Quais? Argumente.

Outras Questões do Interesse do Estudo

1. Qual é a prioridade da regionalização do Serviço Nacional de Saúde de Angola? Alta () Média () Baixa (). Comente.

2. Caso a regionalização fosse de fato implantada, que critérios deveriam ser utilizados para agrupar municípios e províncias? Através dos 5 eixos de desenvolvimento econômico-social definidos pelos pelo governo () Através da base da lingüística e cultural() Através do perfil epidemiológico e desenvolvimento atual da cobertura sanitária () Combinação de critérios() Outras bases(). Quais?

3. Algo mais a dizer sobre a descentralização em curso no país e na saúde.

Local-

Data-

Assinatura-

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SUB-ÁREA - GESTÃO E PLANEJAMENTO DE UNIDADES E SISTEMAS DE
SAÚDE

QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS
COLOCADOS NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Identificação _____

Local de Trabalho _____

_____ Município _____

Idade ____ sexo ____ naturalidade _____ profissão _____

Pós-graduação-SIM/NÃO. Nível de escolaridade _____

Tempo de Formação _____ Estado civil _____

Informações do Perfil

1. Há quanto tempo o(a) Sr(a) trabalha no SNS, em geral e nesta Unidade Sanitária, em particular.?
2. É o seu primeiro emprego?
3. Como foi a sua colocação no local onde trabalha atualmente? Concurso público ()
transferência de uma outra instituição () transferência interna () outro ()
Qual ?

Projeto do Governo

1. Qual o seu conhecimento sobre a descentralização da saúde em curso no país e como você o avalia. Bom () Regular () Ruim (). Comente
2. Como avalia os objetivos do plano de desconcentração e descentralização em curso no setor da saúde? Claros () Parcialmente claros () Não claros (). Comente.
3. As especificidades do setor da saúde (presença da saúde a nível de todo o território nacional, incluindo comunas, a maioria dos usuários é pobre e a necessidade de uma rede de cuidados primários eficiente no nível local e ainda o fato dos profissionais acumularem muitos poderes nas organizações de saúde) têm sido consideradas no processo de descentralização em curso em termos de produção do pacote legislativo?
 - a. Sim () b. Não () - Argumente.

4. Qual é a prioridade que o(a) Senhor(a) atribui a descentralização para o Serviço Nacional de Saúde de Angola? Alta () Média () Baixa ().
Comente.

Capacidade do Governo

1. Está satisfeito com o seu nível de formação e capacitação para a função que exerce?
- Satisfeito () Parcialmente satisfeito () Insatisfeito (). Comente.
2. Aceitaria uma transferência para uma localidade do interior? Caso positivo, por quanto tempo? Que condições exigiria? (Só para profissionais colocados em Municípios Sedes ou Hospitais nacionais/centrais e provinciais/gerais).

Governabilidade

1. Como avalia o apoio e participação dos profissionais aqui colocados nas reformas em curso? Bom () Regular () Mau (Ruim) (). Argumente.

Estrutura

1. As especificidades do setor da saúde (presença da saúde a nível de todo o território nacional, incluindo comunas, a maioria dos usuários é pobre e a necessidade de uma rede de cuidados primários eficiente no nível local e ainda o fato dos profissionais acumularem muitos poderes nas organizações de saúde) têm sido consideradas no processo de descentralização em curso no âmbito de disponibilização de outros recursos? a. Sim () b) Não () Argumente.
2. A forma do financiamento atual da saúde dá mais ênfase:
Atenção Primária à Saúde () Assistência Médico-Hospitalar () Atividades preventivas e de promoção da saúde () Nenhum () Todos () Argumente
3. Como avalia o comportamento, no período 2000-2007, dos recursos financeiros para o setor da saúde? Aumentaram () Diminuíram () Mantiveram-se constantes (). Comente.
4. Como avalia o comportamento dos recursos no geral para o setor da saúde no período 2000-2007? Aumentaram () Diminuíram () Permaneceram constantes () -
A que isto se deve? a) Paz () b) Descentralização () c) Gestores de setor ().
Comente.

5. Como avalia as condições de trabalho incluindo a disponibilidade de meios de diagnóstico com a descentralização?
- Melhoraram ()
 - Pioraram ()
 - Mantiveram inalteradas ()
- Comente.
6. Como avalia percentagem da disponibilidade de medicamentos da lista de medicamentos da sua unidade ou província, no período 2000-2007? Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante () Não sabe responder() . Comente.

Processo

1. Como se comportou a taxa de ocupação de leitos hospitalares no período 2000-2007? Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante () Não sabe responder() . Comente.
2. Como se comportou a taxa de mortalidade operatória no período 2000-2007? Aumentou () Diminuiu () Permaneceu constante() . Não sabe responder () Comente.

Resultados

1. Como avalia a velocidade com que decorre a descentralização no setor da saúde?
- a) Muito Lento () b) Lento () c) Rápido () d) Muito rápido () .
Argumente
2. Como avalia as mudanças ocorridas no setor da saúde nos oito anos em análise? Para pior () Para melhor () Permaneceu inalterada () . -Argumente.
3. Quanto aos níveis de atenção, que impacto a descentralização causou e em qual deles foi maior? -
- Nível central () ----- Positivo () Negativo ()
 - Nível provincial () ----- Positivo () Negativo ()
 - Nível municipal () ----- Positivo () Negativo ()
 - Todos os níveis () ----- Positivo () Negativo ()
 - Nenhum deles () . ----- Positivo () Negativo ()

Comente!

4. Quanto as Unidades Sanitárias, que impacto a descentralização causou e em qual delas foi maior? Positivo () Negativo ()
- Hospitais Nacionais/Centrais () ----- Positivo () Negativo ()
 - Hospitais Provinciais/Gerais () ----- Positivo () Negativo ()
 - Hospitais Municipais () ----- Positivo () Negativo ()
 - Centros e postos de saúde () ----- Positivo () Negativo ()
 - Todos () ----- Positivo () Negativo ()
 - Nenhum deles ().

Comente.

- a) Qual é o grau da sua satisfação? Muito satisfeito () Satisfeito () Regular () Insatisfeito (). Comente

- b) Que fatores você associa a esta mudança? Descentralização () Paz ()
- A gestão () Outro (). Argumente.

5. A descentralização trouxe benefícios para esta unidade sanitária e província?

- Poucos ()
 - Muitos ()
 - Nenhum ()
 - Só prejuízos ()
- Quais? Argumente.

6. A descentralização trouxe prejuízos na gestão da saúde da sua província, município ou unidade sanitária (a depender da instituição em o profissional estiver colocado)?

- Poucos ()
 - Muitos ()
 - Nenhum ()
 - Só benefícios ()
- Quais? Argumente.

Outras Questões do Estudo

1. Qual é a prioridade que o(a) Senhor(a) atribui a regionalização para o Serviço Nacional de Saúde de Angola? Alta () Média () Baixa ().
Comente.

2. Caso a regionalização fosse de fato implantada, que critérios deveriam ser utilizados para agrupar as províncias e municípios em áreas e regiões sanitárias? Através dos 5 eixos de desenvolvimento econômico-social definidos pelos pelo governo () Através da base da lingüística e cultural() Através do perfil epidemiológico e desenvolvimento atual da cobertura sanitária () Combinação de critérios() Outras bases (). Quais?

3. Algo mais a dizer sobre a descentralização em curso no país e na saúde.

Local e data:

Assinatura:

ANEXO 5 – Roteiro dos Grupos Focais e da Entrevista Aberta

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SUB-ÁREA - GESTÃO E PLANEJAMENTO DE UNIDADES E SISTEMAS DE
SAÚDE**

ROTEIRO DOS GRUPOS FOCAIS E DA ENTREVISTA ABERTA

1. Descentralização da saúde em Angola

- a. Avanços (Benefícios até ano 2007)
- b. Recuos (Prejuízos)
- c. Fatores que facilitam
- d. Fatores que dificultam
- e. Necessidade de aprofundamento

2. Regionalização

- a. Necessidade e viabilidade
- b. Fundamentos (critérios) para agrupar os municípios e províncias.

2.1. Fundamentos (critérios) para a regionalização

- a. Através dos 5 eixos de desenvolvimento econômico-social definidos pelos pelo governo?
 - Eixo Uíge/Malange/Bié
 - Eixo Kuanza Sul/Benguela/Namibe/Huambo
 - Eixo Kuanza-Norte/Malange
 - Eixo Benguela/Huambo/Bié/Moxico
 - Eixo Lunda Norte/Lunda Sul/Moxico
- b. Através da base da lingüística e cultural?
- c. Através do perfil epidemiológico e desenvolvimento atual da cobertura sanitária?
- d. Através da acessibilidade geográfica?
- e. Combinação de critérios? Quais?
- f. Outras bases? Quais ()

ANEXO 6 – Termos de Consentimento

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SUBÁREA - GESTÃO E PLANEJAMENTO DE UNIDADES E SISTEMAS DE
SAÚDE.
Comitê de ética em Pesquisa da ENSP**

TERMO DE CONSENTIMENTO

O(A) Senhor(a) está convidado(a) para participar da pesquisa “Análise do Processo de Descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola”.

O(A) Senhor(a) foi selecionado(a) por trabalhar num(a) dos(as) Ministérios /Departamentos, Províncias/Municípios, ou Unidade Sanitária, 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 o pesquisador ou com a instituição. O objetivo do estudo é: Avaliar o processo de descentralização do sistema de saúde de Angola, em curso desde 1999, e discutir a proposta de regionalização dos serviços de Angola.

A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas do questionário que serão feitas por mim, Miguel dos Santos de Oliveira, responsável pela pesquisa e aluno de doutorado 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 do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

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 2009

Nome e assinatura do responsável pela pesquisa
Miguel dos Santos de Oliveira

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

_____ aos ____ de _____ de 2009

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa.

Contatos do responsável pelo estudo:

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. Gabinete do Ministro, Rua 17 de Setembro C.P. n° 1201- Luanda. Tel. -00-244-222372690. [E-mail - misaol65@yahoo.com.br](mailto:misaol65@yahoo.com.br)

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SUBÁREA - GESTÃO E PLANEJAMENTO DE UNIDADES E SISTEMAS DE
SAÚDE.
Comitê de ética em Pesquisa da ENSP**

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA GESTORES DE NÍVEL NACIONAL

O(A) Senhor(a) está convidado(a) para participar da pesquisa “Análise do Processo de Descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola”.

O(A) Senhor(a) foi selecionado(a) por chefiar um dos Ministérios /Departamentos, 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 o pesquisador ou com a instituição. O objetivo do estudo é: Avaliar o processo de descentralização do sistema de saúde de Angola, em curso desde 1999, e discutir a proposta de regionalização dos serviços de Angola.

A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas do questionário que serão feitas por mim, Miguel dos Santos de Oliveira, responsável pela pesquisa e aluno de doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz - Rio de Janeiro.

Os benefícios do estudo relacionam-se com o entendimento da problemática em análise e com a produção de conhecimento e de ferramentas que auxiliem na melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde.

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 a 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 2009

Nome e assinatura do responsável pela pesquisa

Miguel dos Santos de Oliveira

Contatos:

1) 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

2) Em Angola – Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, Rua 17 de Setembro C.P.
nº 1201- Luanda. Tel. -00-244-222372690. [E-mail - misaol65@yahoo.com.br](mailto:misaol65@yahoo.com.br)

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 _____ de 2009

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa.

ANEXO 7 – Autorização do Estudo do Ministério da Saúde de Angola



**REPUBLICA DE ANGOLA
MINISTERIO DA SAÚDE
GABINETE DO VICE-MINISTRO**

**AO
EXMO SENHOR
DR. MIGUEL DOS SANTOS DE OLIVEIRA**

LUANDA

OF. Nº. 207/GAB.VMS/2008

Melhores cumprimentos.

Em referência a carta relacionada com o Projecto de tese de Doutoramento em Saúde Pública, onde solicita autorização para realizar pesquisa em Angola endereçada a Sua Excia Sr. Vice-Ministro da Saúde Dr. José Vieira Dias Van-Dúnem, temos o prazer de transcrever o Despacho nela recaída:

“Autorizada”

**Assina: José Van-Dúnem
14.07.2008**

Renovados cumprimentos.

**GABINETE DO VICE-MINISTRO DA SAÚDE, EM LUANDA AOS 15 DE
JULHO DE 2008.**

A DIRECTORA DO GABINETE


MARIA JOSÉ ALFREDO

ANEXO 8 – Lista de Medicamentos Essenciais

Medicamentos Essenciais - Kit para Posto de Saúde

CONTEUDO DA CAIXA (KIT) DE POSTO DE SAÚDE						2008
	Nome genérico	Forma	Dosagem	Embalagem		Quantidade total
				Unidades	Quantidade	
1	Acido acetilsalicílico (Aspirina)	compr	500 mg	500	10	500
2	Acido salicilico e benzóico	pomada		bisnaga 36 g	35	35
3	Adrenalina (Epinefrina)	inj	1 mg/ml	amp. 1 ml	2	2
4	Agua por inj.	inj		5 ml	100	100
5	Ártesunato + Lumefantrina	comp	(20 + 120) mg	Blister de 12	100	1.200
6	Ártesunato	supositório	50 mg		20	20
7	Amoxicilina	capsula	250 mg	1000	1	1000
8	Atropina (sulfato)	compr	1 mg	100	1	100
9	Benzoat de benzilo	solução	25%	frasco 1 L	1	1
10	Clorfeniramina (maleato)	compr	4 mg	100	1	100
11	Clorexidina (digluconato)	solução	20%	frasco 100 ml	2	2
12	Cotrimoxazole	comp	400 + 80 mg	1000	3	3000
13	Camisinhas	Caixas de 144		2	288	288
14	Fenoximetilpenicilina	compr	250 mg	1000	1	1000
15	Magnesium Trisilicato Comp.	compr	500 mg	500	1	500
16	Lidocaina (HCL)	inj	1%	frasco 50 ml	2	2
17	Albendazol	compr	400mg	100	2	200
18	Metronidazole	compr	250 mg	100	10	1000
19	Paracetamol	compr	500 mg	100	15	1500
20	Penicilina procaina	inj	1 g	frasco	100	100
21	Sais de reidratação oral (OMS 2007)	pó		pacotes	200	200
22	Sulfato Ferroso + ácido fólico	compr	200 + 0,25 mg	1000	5	5000
23	Salbutamol	compr	4 mg	100	2	200
24	Sulfadoxina + pirimetamina	compr	500 + 25 mg	300	1	300
25	Tetraciclina (HCl) oftálmica	pomada	1%	bisnaga 5 g	50	50
26	Violeta de genciana	pó		25 g	2	2
27	Oxido de zinco vaselina	pomada	10%	bisnaga 100 g	5	5
28	Multivitamina	compr		1000	1	1000
29	Zinco (Sulfato)	compr	10 mg	Blister de 10	100	1000
1	Adesivo			25mm x 5m	10	10
2	Algodão			500 g	3	3
3	Gaze			1m x 100m	1	1
4	Ligadura			10cm x 5m	100	100
5	Agulhas intramusc.21Gx1,5			21G X 1 1/2	150	150
6	Agulhas,subcut., irrecup.			23G x 1	5	5
7	Seringas 1 ml, irrecup.				5	5
8	Seringas 5 ml, irrecup.				150	150
9	Fio de sutura, seda 00 c/agulha				15	15
10	Laminas de bisturi no 22				5	5
11	Luvas cirurgicas 7 1/2				20	20
12	Sabonete				10	10
13	Saquinhas p/comprimidas (10x8cm), fechavel				4000	4000
14	Bloco de papel				2	2
15	Esferográficas				4	4

Medicamentos Essenciais - Kit para Centro de Saúde

	Nome genérico	Forma	Dosagem	Embalagem		Quantidade total
				Unidades	Quantidade	
1	Acido acetilsalicílico (Aspirina)	compr	500 mg	100	5	500
2	Acido silicilico e benzóico	pomada		bisnaga 36 g	35	35
3	Adrenalina (Epinefrina)	inj	1 mg/ml	amp. 1 ml	5	5
4	Agua para inj. (Água destilada)	inj		5 ml	200	200
5	Artemeter + Lumefantrina	comp	(20 + 120) mg	Blister de 12	150	1.800
6	Artesunato	supositório	50 mg		50	50
7	Amoxicilina	compr	250 mg	1000	1	1000
8	Atropina (sulfato)	compr	1 mg	100	1	100
9	Benzoato de benzilo	locao	25%	frasco 1 L	1	1
10	Clorfeniramina (maleato)	compr	4 mg	100	1	100
11	Clorexidina (digluconato)	solucao	20%	frasco 100 ml	2	2
12	Cotrimoxazole	comp	400 + 80 mg	1000	3	3000
13	Camisinhas (preservativos)	Caixa de 144	camisinhas	2	288	288
14	Diazepam	rectiole	2 mg/ml	3ml	10	10
15	Metylergometrina	compr	0,125 mg	100	1	100
16	Fenoximetilpenicilina	compr	250 mg	1000	1	1000
17	Magnesium Trisilicate Comp.	compr	500 mg	500	1	500
18	Lidocaina	inj	1%	frasco 50 ml	2	2
19	Albendazol	compr	400 mg	100	2	200
20	Metronidazol	compr	250 mg	100	10	1000
21	Paracetamol	compr	500 mg	100	15	1500
22	Penicilina procaina	inj	1 g	frasco	200	200
23	Prometazina (HCL)	inj	25 mg/ml	amp 2 ml	10	10
24	Sais de reidratacao oral (OMS 2007)	pó		pacotes	200	200
25	Sulfato ferroso + acido fólico	compr	200 + 0,25 mg	1000	6	6000
26	Salbutamol	compr	4 mg	100	2	200
27	Sulfadoxina + pirimetamina	compr	500 + 25 mg	300	1	300
28	Tetraciclina (HCl) oftálmica	pomada	1%	bisnaga 5 g	50	50
29	Violeta de genciana	pó		25 g	2	2
30	Oxido de zinco vaselina	pomada	10%	bisnaga 100 g	5	5
31	Multivitamina	compr		1000	1	1000
32	Zinco (Sulfato)	compr	10 mg	Blister de 10	10	100
33	Adesivo			25mm x 5m	10	10
34	Algodão Hidrófilo			500 g	3	3
35	Gaze Hidrófilo			1m x 100m	1	1
36	Ligadura			10cm x 5m	100	100
37	Agulhas, intramusc., irrecup.			21G x 11/2	300	300
38	Agulhas, subcut., irrecup.			23G x 1	30	30
39	Seringas 1 ml, irrecup.				10	10
40	Seringas 5 ml, irrecup.				300	300
41	Fio de sutura, seda 00 c/agulha				15	15
42	Laminas de bisturi no 22				5	5
43	Luvras cirurgicas 7 1/2				20	20
44	Sabonete				15	15
45	Saquinhas p/comprimidas (10x8cm), fechavel				4000	4000
46	Bloco de papel				2	2
47	Esferográficas				4	4

CONTEUDO DE KIT DE MEDICAMENTOS/ COMPLEMENTAR DO KIT CENTRO DE SAUDE

2008

	Nome genérico	Forma	Dosagem	Embalagem		Quantidade total
				Unidades	Quantidade	
1	Acido Folico	compr	5 mg	1000	1	1000
2	Acido Nalidixico	compr	500 mg	100	3	300
3	Aminofilina	inj	25 mg/ml	10 ml	10	10
4	Artemether	inj	80mg/ml	50	1	50
5	Cimetidina	compr	200 mg	100	3	300
6	Cloranfeinicol (Sucinato de sódio)	inj	1 g	25	1	25
7	Dexametaxona (sulfato de sódio)	inj	4mg/ml	ampola 1ml	100	100
8	Diazepam	compr	5 mg	50	1	50
9	Ergometrina (maleato)	inj	0,2mg/ml	ampola 1ml	25	25
10	Fenobarbital	compr	30 mg	100	3	300
11	Gentamicina	inj	80 mg/2ml	5	10	50
12	Glucose (Dextrose) com sistema	inj	5%	Balão de 500 ml	20	20
13	Griseofulvina	compr	125 mg	500	1	500
14	Hidroclorotiazida	compr	25 mg/ml	500	2	1000
15	Lactato de Ringer com sistema	solução		Balão de 500 ml	20	20
16	Metoclopramida	inj	5mg/ml	Caixa de 5	1	5
17	Nifedipina	compr	10 mg	100	1	100
18	Penicilina Benzatinica	inj	2,4 MUI	Vial	10	10
19	Penicilina Procaina Benzil	inj	3 MUI	Vial	20	20
20	Prednisolona	compr	5 mg	100	1	100
21	Propranolol (HCL)	compr	40 mg	100	2	200
22	Quinina di-HCL	inj	300mg/ml	ampola 2ml	25	25
23	Vitamina A (Retinol)	capsula	200000 UI	500	1	500
24	Agua para injeção	inj		5 ml	100	100
25	Agulha intramuscular	20 G x2		100	1	100
26	Agulha subcutanea	22 GX1,25		100	1	100
27	Seringa plastica de 5ml			1	100	100
28	Seringa plastica de 2ml			1	50	50
29	Seringa plastica de 10 ml			1	5	5
30	Luvas não cirurgicas 7 1/2			pares	100	100
31	Luvas cirurgicas 7 1/2			pares	10	10
32	Saquinhos para medicamentos	10x8cm, fechavel		100	10	1000
33	Sonda Naso Gástrica (SNG)	n.º17		1	1	1

**ANEXO 9 – Modelos de Documentos Utilizados para a Transferência de
Usuários para os Níveis de Maior Complexidade**

Modelos de Documentos de Transferência

MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO PROVINCIAL DA SAÚDE
HOSPITAL PROVINCIAL DO _____
GUIA DE EVACUAÇÃO N.º _____ /2008

Nome do Paciente _____
Idade _____, natural de _____, residente em _____, sexo _____
Filiação _____
Queixa do doente _____


Hipótese de diagnóstico, _____

Tratamento efectuado, _____

Motivo de evacuação, _____

_____, AOS _____ DE _____ DE _____

_____ O MÉDICO DE SERVIÇO
 _____ O DIRECTOR CLÍNICO


REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Direcção Provincial de
Hospital Provincial de _____

GUIA DE EVAC. N.º 1

Por este Hospital, _____

 de acordo com o relatório do Médico assistente e por falta de recursos _____

 transfere-se deste Hospital para o Hospital _____,
 em _____ o paciente _____,
 filho de _____ e de _____
 de _____ idade _____ natural de _____
 e residente em _____ Província de _____

E, para que se lhe não ponha impedimento, mandei passar a presente Guia que vai por mim assinada e autenticada com carimbo a óleo em uso neste Hospital.

_____ de _____ de _____

O Director do Hospital

Dr.

Informação Clínica de Transferência		Visto
República de Angola - Ministério da Saúde		O Director Clínico
Identificação do Doente		
Nome	Processo N.º	
Data de Nascimento	Sexo	Idade
Local	Nacionalidade	Raça
Filho de	e de	
Residência		
Referência de Transferência		
Causa de Admissão		
Serviço de Internamento	Data de Admissão	
Transferido para o Hospital de		
Motivo da Transferência		
Médico que Solicitou a Transferência		
História Clínica		
Diagnósticos		
1.		
2.		
3.		
Intervenções e Procedimentos Diagnósticos / Terapêuticos		
1.	Data	
2.	Data	
3.	Data	
Complicações		
1.		
2.		
3.		
Exames Médicos e Complementares de Diagnóstico		
Exame Físico Geral		
Exames Complementares		
O Médico Assistente		
Hospital	aos	de
		de

**ANEXO 10 – Matriz da Base de Cálculo de Indicadores Seleccionados e
Checklist do estudo**

Quadro 10 - Matriz de Base de Cálculo de Indicadores Seleccionados

Denominação	Conceituação	Interpretação	Método de Cálculo
Nº de unidades orçamentadas	Número de órgãos ou serviços do estado a que são consignadas dotações orçamentais próprias. Recebem recursos e prestam contas diretamente ao MINFIN. de Angola	Mede o número de órgãos, instituições ou serviços com total autonomia financeira, isto é, com autonomia para realizar despesas	Número absoluto de órgãos ou serviços do estado Angolano a que foram atribuídos orçamento, no ano considerado.
Número de órgãos dependentes	Número de órgãos ou serviços do estado com orçamento próprio, mas sem a capacidade de realizar despesas sem a autorização de uma unidade orçamental.	Mede o número de órgãos, instituições ou serviços com orçamento sem autonomia para realizar despesas.	Número absoluto de órgãos ou serviços do estado Angolano transformado em órgãos dependentes, no ano considerado.
Porcentagem da saúde no PIB /Gasto público com a saúde como percentagem do PIB.	Percentual do PIB de Angola que corresponde ao gasto público com a saúde, ano considerado.	Mede a dimensão do gasto público com a saúde no valor total da economia (PIB) de Angola.	$\frac{\text{Valor do gasto público com a saúde}}{\text{Valor do PIB de Angola}} \times 100$
Porcentagem de gestores com formação em gestão e planeamento em saúde ou em saúde pública.	Número de gestores com a formação em gestão, planeamento ou em saúde pública entre os gestores do SNS.	Mede a relação entre os gestores com a formação em gestão, planeamento ou em saúde pública e o número total de gestores do SNS.	$\frac{\text{Nº de gestores com formação em gestão, planeamento ou em saúde pública}}{\text{Nº total de gestores do SNS}} \times 100$
Porcentagem de profissionais contratados através de concurso público.	Número de profissionais admitidos por concurso público entre os profissionais do SNS	Mede a relação entre os profissionais admitidos por concurso público e o número de admitidos no serviço ou órgão durante o período. .	$\frac{\text{Nº de profissionais admitidos por concurso público}}{\text{Nº de profissionais admitidos durante o ano.}} \times 100$
Número de concluintes/egressos de cursos de graduação em saúde	Número de concluintes/egressos de cursos de graduação em saúde por instituições de ensino superior em Angola, no ano considerado.	Mede a oferta potencial de novos profissionais de saúde de nível superior pelo sistema educacional, por categorias seleccionadas.	Número absoluto de concluintes/egressos de cursos de graduação em Angola, na série temporal.
razão centro de saúde/habitante	Nº de centros de saúde (públicos), por mil habitantes, no país, no ano considerado.	Mede a relação entre a oferta de centros de saúde e a população de Angola.	$\frac{\text{Número de centros de saúde do SNS}}{\text{População total de Angola, ajustada para o 1/2 do ano}} \times 1000$
Número de leitos/habitante	Nº de leitos hospitalares (públicos, no caso), por mil habitantes, em Angola, no ano considerado.	Mede a relação entre a oferta de leitos hospitalares e a população de Angola.	$\frac{\text{Número de leitos hospitalares do SNS}}{\text{População total de Angola, ajustada para 1/2 do ano}} \times 1000$

Numero de Médicos no ano	Número absoluto de médicos no SNS de Angola no ano considerado.	Mede o número absoluto de médicos (Angolanos e Estrangeiros) em atividade no SNS de Angola.	Número absoluto de médicos (Angolanos e Estrangeiros) em atividade do SNS de Angola no ano considerado.
Número de Enfermeiros no ano	Número absoluto de enfermeiros no SNS de Angola no ano considerado.	Mede o número absoluto de enfermeiros de nível básico, médio e superior em atividade no SNS de Angola.	Número absoluto de enfermeiros de nível básico, médio e superior em atividade do SNS de Angola no ano considerado.
Razão médico nacional/habitante	Nº de médicos angolanos em atividade, por 10.000 habitantes, em Angola, no ano considerado.	Mede a disponibilidade de médicos angolanos em atividade em Angola.	$\frac{\text{Número de médicos no SNS}}{\text{População total de Angola, ajustada para o 1/2 do ano}} \times 10.000$
Razão enfermeiro/habitante	Nº de enfermeiros em atividade, por 10.000 habitantes, em Angola, nos anos da série histórica do estudo.	Mede a disponibilidade de enfermeiros em atividade, em Angola.	$\frac{\text{Número de enfermeiros do SNS}}{\text{População total de Angola, ajustada para o 1/2 do ano}} \times 10.000$
Peso das despesas totais e com bens e serviços por níveis de atendimento/ participação das despesas totais e com bens e serviços por níveis de atendimento na despesa total em saúde.	Proporção do gasto total por nível de atendimento ou com bens e serviços do gasto total em saúde, no ano considerado.	Representa a proporção do valor gasto por nível de atendimento ou com bens e serviços de saúde em relação ao valor da despesa total em saúde.	$\frac{\text{Valor da despesa total (ou com bens e serviços) por nível de atendimento no ano considerado}}{\text{Valor da despesa total em Saúde no ano considerado}} \times 100$
Orçamentado per capita/valor total público orçamentado para a saúde per capita.	Valor total nacional público orçamentado para a saúde em Angola por habitante na série histórica.	Representa a dimensão do valor público total previsto para a saúde por habitante no ano do país, sinalizando o montante médio de recursos públicos previstos por ano por habitante em Angola.	$\frac{\text{Valor total orçamentado para a saúde do OGE para o ano}}{\text{População total de Angola, ajustada para o meio do ano}}$
Executado per capita/gasto nacional público executado com saúde per capita	Gasto nacional público com saúde em Angola por habitante no ano considerado.	Mede a dimensão do gasto público total com saúde por habitante em Angola, sinalizando o montante médio de recursos públicos disponíveis por habitante no ano considerado.	$\frac{\text{Valor das despesas públicas gasto com a saúde em Angola}}{\text{População total de Angola, ajustada para o meio do ano.}}$
Despesa per capita com a saúde por província/gasto público com saúde per capita por província	Gasto público com saúde por habitante, por províncias selecionadas, no ano considerado.	Mede a dimensão do gasto público com saúde por habitante da província mencionada, sinalizando o montante médio de recursos públicos disponíveis por habitante da província.	$\frac{\text{Valor das despesas públicas gasto com a saúde por província}}{\text{População total residente na província, ajustada para o meio do ano.}}$
Porcentagem das despesas em medicamentos realizadas pelas DPS/ Gastos com medicamentos feitos pelas DPS em relação aos gastos totais das DPS	Percentual do gasto público em medicamentos pelas DPS em relação ao gasto total das DPS no ano considerado.	Mede a dimensão dos gastos em medicamentos pelas DPS em relação ao total do gasto pelas DPS.	$\frac{\text{Valor total gasto pela DPS com medicamentos durante o ano.}}{\text{Valor total gasto pela DPS durante o ano.}} \times 100$

Despesas anuais com a saúde/Gastos públicos totais com saúde	Valores totais públicos gasto com a saúde a partir do OGE do ano.	Mede os valores absolutos públicos gastos com a saúde durante o ano.	Valores públicos absolutos gastos com saúde durante o ano considerado.
Despesas anuais nacionais em medicamentos/Gastos públicos totais com medicamentos do total dos gastos públicos em saúde.	Valores totais públicos gastos com medicamentos do total gasto público com a saúde.	Mede os valores absolutos públicos gastos com medicamentos do total dos gastos públicos com a saúde durante o ano.	Valores públicos absolutos gastos com medicamentos do total dos gastos públicos em saúde durante o ano considerado.
Porcentagem da taxa de execução orçamental	Representa a diferença entre o valor gasto com saúde durante o ano e o valor orçamentado para a saúde durante o ano.	Mede o valor total gasto do total orçamentado para o ano, sinalizando a capacidade de execução das despesas programadas.	$\frac{\text{Valor total gasto com a saúde durante o ano}}{\text{Valor total orçamentado para a saúde para o respectivo ano}} \times 100$
Porcentagem da saúde no total das despesas públicas/Gasto público com a Saúde como proporção do gasto total público.	Percentual do gasto público total que corresponde a despesas com saúde em Angola, no ano considerado.	Mede a dimensão do gasto nacional com a saúde em relação ao conjunto das despesas realizado pelo governo do país.	$\frac{\text{Valor total da despesa pública com saúde}}{\text{Valor total das despesas públicas de Angola}} \times 100$
Porcentagem da disponibilidade de medicamentos nas Unidades de Saúde /Taxa de Disponibilidade de Medicamentos Essenciais nas U. S.	Relação percentual entre a quantidade de medicamentos essenciais disponibilizados à população no SNS e a quantidade dos medicamentos essenciais da LNME.	Mede a disponibilidade real de medicamentos essenciais nas U.S. do SNS em relação aos medicamentos constantes na LNME.	$\frac{\text{Quantidade de medicamentos essenciais disponibilizados à população nas U.S.}}{\text{Quantidade dos medicamentos essenciais da LNME.}} \times 100$
Taxa de ocupação de leitos hospitalares	É a relação percentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia, num determinado período.	Mede leitos ocupados dentre os leitos oferecidos ou disponíveis	$\frac{\text{Pacientes-dia em determinado período}}{\text{Leitos-dia no mesmo período}} \times 100$
Taxa de mortalidade operatória	Percentual de pacientes que morrem durante as intervenções cirúrgicas em relação ao total de paciente operados, num determinado período.	Mede a proporção de pacientes que morrem durante as intervenções cirúrgicas.	$\frac{\text{Nº de óbitos operatórios, em determinado período.}}{\text{Nº de atos operatórios, no mesmo período.}} \times 100$
Porcentagem de pacientes transferidos	Percentual de pacientes transferidos para outras unidades de saúde (de maior complexidade) em relação ao total de paciente admitidos nas unidades de saúde do país, num determinado período.	Mede a proporção de pacientes transferidos a fim de darem continuidade ao tratamento em unidades de maior complexidade tecnológica.	$\frac{\text{Nº de pacientes transferidos, em determinado período e U.S.}}{\text{Nº de pacientes admitidos, no mesmo período.}} \times 100$
Taxa de cobertura vacinal	Percentual de crianças vacinadas com vacinas específicas, em Angola, no ano considerado.	Estima o nível de proteção da população infantil contra doenças selecionadas, evitáveis por vacinação, mediante o cumprimento do esquema básico de vacinação (calendário de vacinação)	$\frac{\text{Nº de crianças com esquema básico completo na idade-alvo para determinado tipo de vacina}}{\text{Nº de crianças na idade alvo em Angola}} \times 100$

Taxa de mortalidade geral /taxa bruta de mortalidade.	Nº total de óbitos, por mil habitantes, na população de Angola, no ano considerado.	Expressa a intensidade com a qual a mortalidade atua sobre uma determinada população (no caso, de Angola).	Nº total de óbitos em Angola no determinado ano ----- x 1.000 População total de Angola, na metade do período.
Taxa de mortalidade infantil	Nº de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população de Angola, no ano considerado.	Estima o risco de morte dos nascidos vivos em Angola durante o seu primeiro ano de vida	Nº de óbitos de residentes em Angola com menos de um ano de idade ----- x 1000 Nº de nascidos vivos de mães residentes em Angola
Coefficiente de Letalidade por Malaria (CLM)	Representa a proporção de óbitos ocorridos entre os indivíduos afetados por Malária em Angola	Estima o risco de morrer por malária em Angola entre os doentes com malária em um determinado espaço geográfico e período	Nº de óbitos por malária em Angola no período ----- x 10.000 Nº de casos de malária em Angola no período
Coefficiente de Letalidade por Tuberculose	Representa a proporção de óbitos ocorridos entre os indivíduos afetados por TB em Angola nos anos da série estudada.	Estima o risco de morrer por TB em Angola entre os doentes com TB em um determinado e período.	Nº de óbitos por TB em Angola no período ----- x 10.000 Nº de casos de TB em Angola no período

Fonte: Vinyals, L.(2002); RIPSА (2002); Jannuzzi P.M. (2004); Laurenti R. et al.(2005) e ANGOLA(2007b).

	Outros Equipamentos de A.M.D.T.								
Processo	% de cobertura vacinal								
	Taxa de pacientes transferidos								
	Taxa de ocupação de leitos								
	Taxa de mortalidade operatória								
Resultado	Taxa geral de mortalidade								
	Taxa de mortalidade infantil								

Legenda:

A.M.D.T- Alta e Média Densidade Tecnológica

ANEXO 11 – Artigo – Regionalização dos Serviços de Saúde: desafios para o caso de Angola

Regionalização dos serviços de saúde: desafios para o caso de Angola

Regionalization of health services: challenges for the Angolan case

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

E. Artmann
Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões 1480, Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil.
artmann@ensp.fiocruz.br

Abstract

This article presents the health situation in Angola from 2000 to 2007, discussing regionalization of the health system as an important instrument for improving access and the use of health services in the country, besides highlighting the conditions and challenges for implementation. The article is based on a literature review of: (a) Brazilian authors, considering that health reform is still under way in Brazil, with extensive academic output on this particular theme, (b) African authors or studies on Africa and international studies, considering the need to review regional and global experiences related to the subject, and (c) World Health Organization studies and guidelines on health decentralization and regionalization. The need for reform in the Angolan health system has been demonstrated by the enormous structural and operational deficiencies, leading in turn to low effectiveness and reliability. Regionalization was considered a key strategy for restructuring the health system. However, the evaluation of its impact will only be possible in the long term.

Health Services Accessibility; Regional Health Planning; Health Systems

Miguel dos Santos de Oliveira ¹
Elizabeth Artmann ¹

Introdução

Em muitos países africanos, apesar dos esforços que estes têm envidado para levar a saúde a todos os indivíduos, verificam-se enormes dificuldades na garantia do acesso de numerosos grupos populacionais aos serviços de saúde. Isto se deve à fragilidade organizacional dos sistemas de saúde, à crise econômica, à atenção inadequada aos princípios dos cuidados primários da saúde, à escassez dos recursos de toda ordem (financeiros, humanos, tecnológicos, entre outros) e/ou sua má distribuição ¹. Observam-se, ainda, o surgimento e o alastramento de epidemias como o HIV/AIDS, a excessiva concentração de recursos nos grandes centros urbanos, os conflitos civis, bem como a falta, em alguns casos, de uma correspondente vontade política. Alguns desses fatores estão na base das dificuldades enfrentadas pela população de Angola para ter acesso à assistência sanitária.

O Comitê Regional Africano/Organização Mundial da Saúde (CRA/OMS) ¹ destaca que, para os países da região, o acesso seria facilitado por meio de serviços distritais de saúde em bom funcionamento, capazes de proporcionar intervenções essenciais às comunidades, famílias e indivíduos em devido tempo e a custo acessível. Contudo, a regionalização dos serviços de saúde, também conhecida por distritalização, entre outras designações, ainda não é levada devidamente em consideração como uma das estratégias

fundamentais para organização dos sistemas de saúde em muitos países africanos. O mesmo se verifica em Angola, onde, ainda que timidamente, priorizam-se investimentos no nível dos cuidados secundários, o que agrava sobremaneira as dificuldades de acesso e utilização dos serviços de saúde pela população.

A discussão da temática torna-se ainda mais relevante pelo fato de estar em curso em Angola, desde 1999, a implementação de um programa de desconcentração e descentralização administrativas com vista à melhoria do acesso da população aos serviços públicos².

Este artigo tem por objetivo discutir os benefícios, possibilidades e dificuldades para a implementação da regionalização do sistema de serviços de saúde de Angola, considerando seu contexto sócio-sanitário.

Metodologia

O presente estudo apóia-se numa revisão bibliográfica. Assim, considerando os objetivos traçados, buscaram-se autores brasileiros, uma vez que, no Brasil, está ainda em curso a reforma sanitária, existindo uma vasta produção bibliográfica sobre a temática. Portanto, foram selecionados trabalhos de autores reconhecidos na área.

Com o propósito de identificar estudos e discussões sobre a desconcentração e descentralização das políticas públicas em curso em Angola e também a fim de levantar dados sobre a sua situação sanitária, efetuou-se um deslocamento àquele país, o que permitiu o acesso a publicações sobre esse processo, sobre o seu sistema de saúde e a relatórios estatísticos recentes do Ministério da Saúde de Angola.

Para complementar as informações, foram utilizados documentos do CRA/OMS e de outras organizações das Nações Unidas, como também páginas da internet de instituições da União Européia.

Considerando a necessidade de se analisarem outras experiências regionais e mundiais, recorreu-se a autores africanos ou com estudos sobre o continente, a autores internacionais e a estudos e recomendações da OMS para a Região Africana.

A consulta foi feita nas bibliotecas e bases virtuais, como a SciELO (Scientific Electronic Library Online), a BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e a PAHO (acervo da biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde), além de nas bases de dados da MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e WHOLIS (sistema de informação da bi-

blioteca da OMS). A página de buscas da Internet "Google" (<http://www.google.com>) possibilitou um amplo acesso às mais diversificadas fontes de dados. As palavras-chave utilizadas foram: distritos sanitários, distritalização, municipalização, regionalização, descentralização e acesso em saúde (em Português, Inglês e Francês), de forma isolada e/ou combinada com as palavras "Angola" e "África". Outra expressão pesquisada foi "situação sócio-sanitária de Angola". Todo o trabalho de pesquisa e categorização de dados foi realizado de 3 de agosto de 2006 a 2 de dezembro de 2007.

Todos os artigos e documentos passaram por uma leitura em profundidade, orientada pelas categorias: situação de Angola, descentralização, aspectos conceituais, princípios organizativo-assistenciais, benefícios, condições e dificuldades para a regionalização em saúde, ordenados de forma a permitir uma adequada apresentação e abordagem. Foi selecionada principalmente bibliografia recente, dos anos 2000 (Tabela 1).

Foram incluídos todos os trabalhos que se enquadravam na temática, inclusive alguns das décadas de 70 a 90, considerando as características semelhantes dos contextos dos referidos estudos ao de Angola hoje.

Foram excluídos os artigos fora da temática traduzida pelas categorias acima.

Caracterização da situação de Angola

Situada no Sudoeste de África, conta com 18 províncias, 163 municípios e 475 comunas. Tem aproximadamente 1.246.700km², com uma população estimada em 15.107.000 habitantes³, encontrando-se cerca de 49% ainda concentrada nos grandes centros urbanos, resultado da guerra que o país enfrentou desde a independência, em 1975, até 2002. A taxa de alfabetização é de 42%, segundo o Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD)⁴. Além da língua oficial, o Português, existem no país vários grupos etnolingüísticos, expressando-se em mais de vinte línguas nacionais, línguas maternas da maioria da população⁵.

Perfil político-administrativo

A Constituição estabelece um sistema político semipresidencial. No nível subnacional, o poder está concentrado nos governos de província e nos seus governadores, nomeados pelo Presidente da República. No entanto, com a descentralização de responsabilidades administrativas, do nível central para o provincial em curso, o setor da saúde também vive uma descentralização par-

Tabela 1

Bibliografia selecionada.

Origem	Artigos/Capítulos		Manuais	Livros	Páginas da Internet	Documentos do CRA/OMS, PNUD, MAT, MINSA, OMS, INLCS, dissertações ou teses	Total
	Revistas	Livros					
Brasileiros	7	2	1	6	1	-	17
Africanos ou sobre África	3	-	1	-	-	-	4
Estudos e dados sobre Angola	-	1	-	2	4	6	13
Internacionais	-	-	-	1	-	2	3
Total	10	3	2	9	5	8	37

CRA/OMS: Comitê Regional Africano/Organização Mundial da Saúde; PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; MAT: Ministério da Administração do Território; MINSA: Ministério da Saúde de Angola; INLCS: Instituto Nacional de Luta Contra a Sida de Angola.

cial de autoridade e de orçamento, do Ministério da Saúde de Angola para hospitais de cuidados terciários e provinciais e institutos ⁶.

Perfil epidemiológico

As principais endemias são a malária, que representa 50% da demanda; a tuberculose; o HIV/AIDS; a tripanossomíase africana; a lepra e a esquistossomose ⁷, confrontando-se o país com altas taxas de mortalidade infantil (154/mil nascidos vivos) ⁴, sendo a de menores de cinco anos na ordem de 250/mil nascidos vivos ³. A mortalidade materna está em torno de 1.500 por 100 mil nascidos vivos. A geral apresenta-se bastante elevada, 18,8%, para uma taxa de natalidade de 48,4% ⁴.

Estimativas do Instituto Nacional de Estatística (INE) para o ano de 2003, segundo o Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA (INLCS) ⁸, indicam uma cobertura dos serviços de atenção pré-natal de 66%, uma taxa de utilização inferior a 40%, limitado acesso aos serviços de saúde, avaliado em 50%, e somente 45% dos partos são atendidos por profissionais em unidades de saúde.

Recursos humanos

Angola tem cerca 1.458 médicos (nacionais e estrangeiros) ⁹, estando mais de 70% concentrados na capital, Luanda, e seus arredores, com cerca de 5 milhões de habitantes, um terço da população angolana; em geral, o país tem 0,64 médico nacional para cada 10 mil habitantes ⁹. Observa-se também uma elevada concentração de enfermeiros e de outros profissionais da saúde em Luanda, sendo o coeficiente nacional de

12,19 enfermeiros por 10 mil habitantes ⁹, inviabilizando o reforço das redes locais de saúde e a intensificação de intervenções prioritárias de saúde que respondam às necessidades das comunidades locais.

Em geral, verifica-se uma profunda assimetria na distribuição espacial dos servidores civis do Estado, particularmente com os subuniversos do pessoal técnico superior e do técnico: 72% do primeiro e 81% do segundo encontram-se na capital, concluindo-se que é profunda a fraqueza institucional na maioria das províncias de Angola ¹⁰.

Financiamento da saúde

No período de 1997 a 2001, a despesa do Estado com a saúde foi de 3,3% do produto interno bruto (PIB), enquanto a média dos países da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) foi de 7,2%. Do total, mais de 50% foram destinados ao nível secundário e a unidades centrais ⁶.

Rede de saúde

Parte encontra-se ainda degradada, como consequência da guerra, baixo investimento em construção e manutenção, em especial nas zonas periféricas, registrando-se uma proporção de 0,77 cama para mil habitantes e de 49.852 habitantes por centro de saúde ¹⁰.

O sistema de saúde de Angola reflete uma estrutura organizacional essencialmente curativa, ainda precária, sem adequado desenvolvimento do processo de descentralização e do sistema de referência em que os distritos, ou pelo menos os municípios, sejam unidades de importância

fundamental. Essa situação explica a escassez de estruturas intermediárias – hospitais provinciais e municipais – e periféricas – centros e postos de saúde¹¹. Assim, a inexistência de um sistema de referência e contra-referência operacional é uma das dificuldades do sistema de saúde.

Regionalização: contexto e desafios para o caso de Angola

De acordo com o exposto, pode-se concluir que o sistema de saúde de Angola apresenta enormes deficiências de estruturação e funcionamento, o que leva à baixa resolubilidade dos seus serviços. Vemba¹², em seu estudo *As Três Dimensões Críticas do Sistema de Saúde Angolano*, também conclui que este sistema não satisfaz as exigências da realidade atual, sendo, por isso, necessária a sua total reformulação.

Assim, para a inversão da situação, considera-se importante um grande investimento para (re)construção e reestruturação da rede, para formação e contratação de recursos humanos e para aquisição de insumos e tecnologias; a regulamentação e a introdução de reformas que dêem continuidade à descentralização culminante com a regionalização dos serviços de saúde, entre outras ações. Entre elas, destaca-se a revitalização dos cuidados primários de saúde, o que proporcionaria um bom enquadramento para o acesso universal aos cuidados essenciais de saúde¹.

No entanto, a modalidade de descentralização ocorrida até aqui em Angola, no setor da saúde, segundo vários autores^{13,14,15}, é designada por desconcentração que sugere a transmissão de certas responsabilidades e funções, sem a transferência correspondente de poder decisório. Para Silveira¹⁵, descentralização significa redistribuir as responsabilidades quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis do governo, partindo da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chances haverá de acerto. A autora afirma que não se deve confundir com desconcentração ou delegação, pois descentralização envolve compartilhamento do poder. Deve haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis do governo com o nítido reforço do poder municipal sobre a saúde, cabendo ao município, portanto, a maior responsabilidade das ações e a aproximação do usuário do poder decisório do sistema.

A descentralização tornou-se, a partir de 1999, tema central da agenda pública e institucional do governo de Angola. Adiada ao longo de anos, a questão parece ter, definitivamente, ganho espaço na agenda institucional do país,

particularmente depois da aprovação do programa do governo para 2003-2004². Segundo a fonte, a descentralização pode ser um mecanismo institucional de reforço e consolidação da unidade nacional, coesão social e de promoção da democracia local, como também uma resposta adequada à diversidade étnica e geográfica de Angola. Assim, devem ser transferidas da administração central para a administração local do Estado designadamente funções nos domínios da saúde, terras, agricultura, habitação, obras públicas e urbanismo, educação, comércio e transportes.

Entretanto, as especificidades do setor da saúde devem ser consideradas no processo em curso, pois o modo de organizar as redes de atenção à saúde define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais¹⁶. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente, de forma ótima. Essa distribuição ótima vai resultar em eficiência, efetividade e qualidade dos serviços. É nesta base que os principais objetivos da OMS¹⁷ para Angola são justamente o apoio à reabilitação do sistema de saúde municipal, de modo a melhorar a prestação de serviços de saúde de qualidade nos níveis nacional, provincial e municipal, e a promoção de meios de subsistência sustentáveis, boa governança e descentralização.

Para Campos¹⁸, o horizonte da descentralização é o município. Contudo, para a maioria dos municípios, é impossível compor no próprio território toda a complexa rede de serviços e prestações de saúde necessários para assegurar acesso e atenção conforme cada caso¹⁸. O mesmo também se poderia dizer quanto aos municípios e algumas províncias de Angola com as carências financeiras vivenciadas e com os constrangimentos que obliteram as capacidades locais do exercício da função governativa, nomeadamente, nível reduzido dos salários, baixa produtividade administrativa, recursos financeiros limitados, deficiente capacidade institucional, déficit de informação para a decisão, *gap* de recursos humanos qualificados, entre outros¹⁰.

A hierarquização de serviços, ou seja, a construção de uma rede básica com ampla cobertura populacional e capacidade para resolver problemas clínicos e de saúde pública, apoiada por uma variada rede de serviços especializados – de urgência, hospitalares e ambulatoriais –, é um modo de organizar sistemas de saúde que não só assegurem o acesso à atenção e a integralidade desta, como também dêem viabilidade financeira a essas políticas públicas. Seria

impossível e irracional instalar em cada município todos os serviços especializados de saúde. A criação de regiões de saúde é, pois, condição *sine qua non* para a constituição de um sistema público de saúde¹⁸ que seja acessível para a população, incluindo a mais necessitada.

A descentralização como um processo social, na prática, apresentará, sempre, fortalezas e debilidades, mas a questão central está em desenvolver processos de descentralização dos sistemas de serviços de saúde que maximizem as suas fortalezas e minimizem as suas debilidades. Nesse sentido, uma das propostas mais consistentes está em instituir, entre os níveis centrais e locais dos sistemas de serviços de saúde, uma instância mesorregional, sejam distritos sanitários ou regiões de saúde¹⁴. Esses argumentos sustentam a necessidade e a importância da proposta da regionalização dos sistemas de saúde.

Consideramos a regionalização como uma das estratégias para (re)organização da rede de serviços e como um dos instrumentos para a (re)construção de um sistema de saúde integrado de Angola. É um esquema de implantação racional dos recursos de saúde, organizados dentro de uma disposição hierárquica, na qual seja possível oferecer uma assistência máxima nos centros primários, sendo os demais serviços utilizados apropriadamente de acordo com as necessidades individuais do paciente¹⁹. Dentre os princípios organizativo-assistenciais do distrito sanitário²⁰, capazes de conferir a qualidade exigida para tornar-se uma opção para responder aos problemas e necessidades de saúde da realidade local, para além da hierarquização, destacam-se, a orientação por problemas, a intersetorialidade, o planejamento e a programação local. Outros princípios são a intercomplementaridade, a integralidade, a adscrição, a heterogeneidade e a autoridade sanitária local a ser conseguida através da descentralização. Porém, um Sistema Distrital de Saúde só pode funcionar plenamente após implementação da descentralização, devendo ter regulamentação e legislação próprias²¹.

Um sistema de saúde descentralizado, em uma dinâmica de transferência de recursos e autoridade às suas diferentes instâncias, causa impacto positivo na gestão e nas diferentes modalidades de atenção. Em adição, dá oportunidade para que os processos de reforma permitam a geração e desenho de novos modelos de atenção, papéis e funções, modalidades de capacitação, sistemas de remuneração e novas formas de participação das instituições, incluindo setores acadêmicos²².

O princípio da hierarquização está determinado pela garantia de resolubilidade que se deve dar de acordo com a complexidade tecnológica

exigida em cada nível e no nível do sistema como um todo. Por conseguinte, a visão dialética da descentralização prevê que a cada movimento de descentralização corresponde, até certo ponto, uma contraposição de centralização relativa. Assim, se a atenção primária deve necessariamente ser prestada desconcentrada e descentralizada, os níveis secundário e terciário organizam-se de forma concentrada e centralizada¹⁴. Portanto, a regionalização implica necessariamente que “os serviços com menor grau de especialização achem-se especialmente distribuídos e os mais especializados estejam mais centralizados”¹⁹ (p. 43).

O sistema integrado de transferência do paciente por sucessivos níveis de atenção está baseado na premissa de que os hospitais são instituições com cuidados especializados e que seus custos são substancialmente reduzidos através da implantação de outros serviços periféricos mais simplificados e resolutivos. A disponibilidade de ambulatorios e serviços domiciliares teria um efeito significativo não tanto sobre a taxa de hospitalização, mas sobre a permanência hospitalar²³.

Defendemos para Angola a descentralização dos cuidados primários, cuja rede inclui os postos de saúde, dispensários e centros de saúde com ou sem camas, e a regionalização dos serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, atenção ambulatorial especializada e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de referência, mediante a criação de regiões e microrregiões ou áreas sanitárias. No processo de construção destes espaços territoriais sanitários, há a necessidade de se criarem e implantarem instrumentos e mecanismos que garantam a articulação entre os serviços de saúde dos distintos níveis e diferentes municípios e bairros, num processo dinâmico e flexível denominado referência e contra-referência²⁴, considerado fundamental para se atingir a equidade, qualidade e integralidade do cuidado. Concomitantemente, há que se pensar não só em estruturas de apoio, como vias de acesso e comunicação, meios de transporte, como também em operações de remoção de minas terrestres, uma vez que a existência desses artefatos é um nefasto legado da guerra naquele país, entre outras.

Todavia, para uma exitosa regionalização em saúde, há necessidade de considerar as seguintes condições¹⁹: (a) informação demográfica e epidemiológica da população objeto; (b) realização de um inventário atualizado dos serviços existentes; (c) informação sobre a utilização dos recursos; (d) consenso comunitário sobre as prioridades; (e) conhecimento dos diversos aspectos da acessibilidade aos serviços para corrigir as principais deficiências do sistema e de

sua prestação; (f) relação entre formação, pelas entidades educadoras, de graduados nas ciências de saúde e oportunidades de emprego; (g) novos mecanismos de cooperação intersetorial com planejamento conjunto, controle de qualidade e a avaliação dos serviços.

As condições supracitadas, mesmo não satisfeitas *a priori*, devem ser vistas de forma dinâmica no próprio processo de implementação da estratégia da regionalização.

A falta de dados atualizados ou o fato de os dados disponíveis serem estimados e alguns pouco confiáveis, ocultando questões potencialmente graves ou ocasionando distorções e erros de interpretação, representam duas das grandes dificuldades para o caso de Angola. Assim, ambos deveriam ser o foco das atenções dos formuladores e implementadores da estratégia, pois a informação estratégica sobre a situação em análise é fundamental por ajudar na formulação correta das ações a serem implementadas e por facilitar o consenso, embora esta não seja uma dimensão fácil. Por tratar-se de um processo com várias etapas para a sua implementação, muitas das condições poderão ser paulatinamente atingidas mediante a interação entre formuladores, implementadores e o público-alvo.

Artmann & Rivera²⁵ chamam a atenção para o fato de que a reestruturação dos serviços de saúde pela via da regionalização é um processo de busca permanente da negociação e da cooperação, que exige flexibilidade, não passível de ser resolvido pela aplicação de um instrumento normativo homogêneo. Entretanto, em Angola, não existe uma tradição de participação dos órgãos locais ou de base nos processos de decisão dos governos provinciais ou de administração central. Não há cultura de participação dos atores sociais nem de negociação², o que exige que a descentralização/regionalização naquele país inclua estas dimensões como processo de aprendizagem²⁶.

A cooperação é essencial, tendo em vista que, com a regionalização, propõe-se encontrar um equilíbrio entre a excessiva centralização estrutural e a descentralização total dos serviços de saúde²⁶. Nesse sentido, a experiência internacional indica que existem áreas em que a descentralização não deve incidir: na definição de macro-políticas de saúde, nas decisões referentes aos recursos estratégicos, na regulação de setores como de medicamentos e de equipamentos de alta densidade tecnológica e na macro-análise de situação e tendências de saúde¹⁴.

A experiência de Quebec (Canadá) e da França²⁵ demonstra que a dinâmica de mudança, como a que mencionamos neste trabalho, depende de vários indivíduos em diferentes instâncias e

esferas de poder, situação que coloca em pauta a noção de liderança coletiva, pois “*não supõe apenas alargar a capacidade de decisão dos dirigentes locais e regionais, mas a necessidade de articular várias lideranças, situadas em diversas esferas de poder e níveis do sistema*”²⁷ (p. 1).

Logo, com a regionalização, a responsabilidade pela administração do sistema de saúde de Angola ficaria distribuída pelos níveis nacional, provincial e municipal; no último, algumas atribuições seriam compartilhadas com as autoridades comunais. No entanto, a identificação das linhas de intervenção e a conformação dos sistemas funcionais de saúde não seriam necessariamente restritas à abrangência da região político-administrativa (província, município ou comuna), mas respeitariam seus limites como unidade indivisível, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde consoante as necessidades. Surgiriam, assim, as regiões funcional-assistenciais, pois as ações correspondentes se dão em territórios concretos, onde as pessoas vivem, trabalham, constroem redes de relacionamento e exercitam o poder²⁸. Só é possível articular as diversas políticas públicas de nível setorial com incidência provincial e as políticas de âmbito nacional, provincial e local¹⁰ considerando-se o território.

Em Angola, por ser um Estado unitário e com uma dimensão territorial não muito extensa, de acordo com as especificidades geográficas, demográficas, epidemiológicas, econômicas, as províncias e os municípios de grande porte poderiam ser agrupados para a conformação das regiões ou distritos sanitários, enquanto os municípios de menor porte, comunas e/ou bairros, por sua vez, para a conformação das microrregiões ou áreas sanitárias.

Dentro de um sistema de serviços regionalizados²³, a distância seria um dos critérios mais importantes para estabelecer a distribuição geográfica das instituições de saúde. Em um país com grandes distâncias, diferenças regionais enormes, destacando-se os extremos entre regiões quase despovoadas e centros urbanos superpopulosos, é preciso pensar com criatividade e contextualizar os parâmetros através de adaptações viáveis, que tragam impactos positivos sobre a situação problemática. Essa formulação cabe perfeitamente para o caso de Angola, que vive, em adição, problemas de comunicação.

Um estudo feito na Zâmbia²⁹ concluiu que aproximadamente 50% das pessoas que vivem a menos de 5km de um provedor de saúde decidem procurar assistência quando se sentem mal, e somente 17% daquelas que vivem a mais de 40km tomam essa mesma decisão. Essa con-

clusão suporta a noção de que o grau de acesso real aos serviços de saúde depende da distância que se deve percorrer para obtê-los, do tempo de viagem e do seu custo³⁰. As especificidades de Angola, no concernente à circulação de pessoas e bens, deveriam ser levadas em consideração na formulação das políticas para o setor da saúde.

Onokerhoraye³¹ sugere, na Nigéria, uma distribuição de serviços de saúde segundo a qual os centros de saúde das comunidades deveriam servir a uma população de 10 mil a 20 mil pessoas. Nesses centros, a área de influência é aquela em que o usuário tem de percorrer, no máximo, um quilômetro para chegar à unidade de saúde mais próxima. Este e outros estudos feitos em África, alguns relativamente antigos, mas já bem testados na prática, em virtude da proximidade do contexto, podem servir de referência, desde que os seus resultados sejam adaptados às especificidades locais. Recomenda-se que o estabelecimento das referidas áreas de influência e a definição dos padrões médico-assistenciais sejam adaptados a cada contexto e à realidade de cada região e país^{32,33}.

A regionalização da saúde em Angola é um grande desafio, não só pela tradição de centralização, mas também pelos grandes vazios assistenciais existentes. Contudo, constitui-se numa importante estratégia, pois facilitaria a discussão sobre o ajuste da oferta de serviços de saúde, diminuiria a pressão da demanda por serviços localizados nos grandes centros urbanos com a redefinição da porta de entrada para o sistema, propiciaria mecanismos para a superação da fragmentação dos serviços e para instituição de um sistema integrado de saúde¹⁴. Ademais, contribuiria para criar consciência de pertencimento à região sanitária, fortaleceria a cooperação institucional, ofereceria um mecanismo mais eficiente para a distribuição de recursos humanos e equipamentos entre todos os estabelecimentos, inter-relacionando o central e o periférico, a fim de facilitar a referência de pacientes, fluxo de registros médicos e a consulta aos médicos especialistas por parte de generalistas¹⁹.

Realizada num processo participativo, poderia promover maior aceitação e conhecimento dos serviços por parte da população, acesso pronto dos usuários a serviços de qualidade ao menor custo social e econômico possível, bem como proporcionar a constituição de mecanismos mais adequados de supervisão e o controle^{16,28}. Com a regionalização, as autoridades locais poderiam determinar as prioridades concernentes à prestação de serviços de saúde na sua área de jurisdição e alocar recursos de acordo com essas prioridades^{15,34}.

Finalmente, com a estratégia de regionalização, as ações de vigilância, educação, atenção ambulatorial e hospitalar seriam favorecidas¹⁵. Os serviços de atenção primária responderiam melhor às necessidades dos usuários²⁸, aumentando, assim, a resolubilidade do sistema de saúde, desde que houvesse um investimento na rede física e em recursos humanos e tecnológicos.

Apesar de todos esses benefícios, os esforços para regionalizar um sistema de saúde trazem em si um grande peso político, já que essas soluções são de médio e longo prazo, e os líderes políticos procuram sempre respostas em prazos muito mais curtos. Na ausência de um plano educacional para os provedores, pessoal de saúde e o próprio público, o conceito pode antagonizar todos esses elementos, impedindo sua implementação (Fein, 1982, *apud* Novaes¹⁹). É importante sublinhar que a regionalização de um sistema de saúde com organização hierárquica da rede é bastante complexa, impondo grandes desafios administrativos relacionados a diferentes processos, tais como negociação e geração de consensos, estabelecimento de regras de atuação, distribuição de recursos e interação, construção de mecanismos decisórios coletivos, estabelecimento de prioridades e acompanhamento³⁵. Uma legislação apropriada é imprescindível para permitir o estabelecimento de uma administração sólida e uma coordenação eficiente. Considera-se também crucial para um bom funcionamento dos serviços distritais de saúde, para o nível local, a autonomia financeira, a responsabilidade de recrutamento de pessoal e desenvolvimento de adequadas infra-estruturas e capacidades técnicas³⁶. Finalmente, as decisões políticas devem ser orientadas para criação da estrutura necessária para o efeito desejado²¹.

Tomando como base autores aqui trabalhados e o contexto apresentado, para a formulação e, sobretudo, para a implementação da regionalização de saúde em Angola, podem surgir várias dificuldades, considerando-se que são necessárias mudanças substanciais na organização e funcionamento dos sistemas de saúde, pressupondo operações de grande complexidade técnica, política, logística, administrativa e comunicativa. Apresentamos, a seguir, as que se nos afiguram mais preocupantes:

- a) Déficit de profissionais, destacando-se também as distorções na sua distribuição, com uma grande concentração nos grandes centros urbanos e em cinco províncias do litoral, onde se encontram, por exemplo, 85% dos médicos do país¹⁰. A grande dificuldade consistiria na falta de profissionais para a periferia.
- b) Não percepção imediata pelo público da lógica de regionalização da assistência, o que pode

provocar incompreensões e resistências nas fases iniciais da implantação da estratégia, exigindo, portanto, paralelamente, um grande trabalho de informação e educação da população.

c) Rede sanitária deficiente e/ou insuficiente, demandando grande investimento para o alargamento da rede nos três níveis de atenção, particularmente para o nível secundário.

d) Baixa qualificação do pessoal administrativo e técnico, falta de atualização dos seus conhecimentos, desconhecimento de novos conceitos de organização e gestão dos serviços de saúde. Exigir-se-ia um grande investimento na formação do pessoal.

e) Baixa motivação dos trabalhadores da saúde, em virtude dos baixos salários e da falta de melhores incentivos, o que dificultaria a colocação e fixação desses profissionais nas áreas do interior.

f) A realidade sócio-cultural de certas regiões e a previsível interferência de atores com outros interesses e visões podem influenciar negativamente os grupos técnicos de trabalho, conduzindo-os à adoção, na prática, de uma conduta que não corresponda integralmente com anseios de ordem técnica.

g) Deficiente rede de transporte, comunicações e de outras infra-estruturas básicas, o que dificultaria a circulação de pessoas (técnicos e usuários) e bens.

h) Dificuldades na definição das macrorregiões e microrregiões, em face do atraso e/ou desequilíbrio no desenvolvimento das províncias, municípios e comunas, fazendo com que se verificassem falhas na sua vinculação aos centros a serem definidos.

i) Insuficiente e/ou deficiente estrutura por parte das administrações locais para gerir seus serviços e subsistemas de saúde, o que poderia requerer uma assessoria externa e uma grande capacidade de supervisão dos níveis hierarquicamente acima.

j) Déficit e/ou falta de dados confiáveis que pudessem ajudar na formulação das ações, podendo conduzir a erros na definição de ações e, como já mencionado, dificultar o alcance de consensos, algo fundamental para implantação da estratégia.

l) Insuficientes recursos financeiros e o fraco desenvolvimento de capacidades gestoras nos distintos níveis que compõem o sistema. A despesa financeira ⁶ do Estado angolano com a saúde, de 3,3% do PIB, é manifestamente ínfima até em comparação com a média dos países da sub-região, e os 10% do referido montante para investimento não correspondem com os propósitos de uma reforma da saúde que exige uma grande aplicação de recursos inicial.

Independentemente das dificuldades enumeradas, a regionalização é uma tendência universal e irreversível ². É vista como solução adequada onde os recursos são escassos e os problemas, complexos ³⁵, e onde há uma crescente demanda por serviços e ações de saúde, como é o caso de Angola.

Considerando as necessidades assistenciais verificadas naquele país, resultantes de infra-estrutura e financiamento insuficientes, concomitante à implementação da estratégia de regionalização, que representa uma política racionalizadora, devem ser feitos grandes investimentos na rede, visando à integração de ações de promoção, prevenção, assistência curativa e reabilitação. Para tanto, a vontade política é fundamental para a captação de recursos necessários para reconstrução da rede, aquisição de meios técnicos, formação de pessoal, importantes elementos para reorganização e gestão estratégica de um sistema de serviços de saúde.

Todos os 46 países da região africana da OMS iniciaram um tipo de reforma do setor da saúde, variando de um país a outro os contextos e os indicadores dos programas da reforma, a qual foi influenciada, na maior parte, pelo fraco desempenho dos seus sistemas da saúde, particularmente no que diz respeito à qualidade de serviços de saúde ³⁷. Os processos em causa têm como bases fundamentais a descentralização, a municipalização e a criação de distritos sanitários.

Apesar do ainda fraco desempenho dos sistemas de saúde de África, a implementação gradual da regionalização, que considere as realidades e circunstâncias político-administrativas, epidemiológicas, econômicas, culturais, gerenciais, cognitivas locais, de acordo com as experiências analisadas, incluindo de países africanos ³⁶, poderia representar uma adequada estratégia para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, particularmente para os grupos economicamente menos favorecidos. Em adição, poderia potencializar o processo de descentralização ²⁸ em curso.

A diversidade cultural e étnico-lingüística são fatores a serem levados em conta, sem perder de vista a necessidade da contínua integração dos povos de Angola. Uma estratégia interessante de enfrentamento das dificuldades pode ser o recurso a assessorias externas, como a OMS, organizações não-governamentais (ONGs) e instituições de pesquisa científica. Contudo, a avaliação do seu impacto só poderá ser feita a longo prazo, analisando-se o grau de melhoria ou não do acesso da população aos cuidados de saúde.

Resumo

Este artigo apresenta a situação da saúde de Angola no período 2000-2007, discute a regionalização do sistema de saúde como importante instrumento para a melhoria tanto do acesso aos serviços de saúde daquele país, quanto da utilização destes, e aponta condições e desafios para a sua implementação. O artigo se apóia numa revisão bibliográfica de: (a) autores brasileiros, considerando-se que, no Brasil, ainda decorre a reforma sanitária com vasta produção bibliográfica sobre a temática; (b) autores africanos, ou com estudos sobre a África, e internacionais, em vista da necessidade de se analisarem experiências regionais e mundiais relativas ao assunto e (c) estudos e recomendações da Organização Mundial da Saúde sobre a descentralização/regionalização em saúde. Ficou demonstrada a necessidade de reformas no sistema de saúde de Angola, o qual apresenta enormes deficiências de estruturação e funcionamento, o que leva à baixa resolubilidade dos seus serviços. A regionalização foi considerada como uma importante estratégia para reestruturação do sistema de saúde, ao lado de outras que não são foco principal deste estudo. A avaliação do seu impacto só poderá ser feita a longo prazo.

Acesso aos Serviços de Saúde; Regionalização; Sistemas de Saúde

Colaboradores

M. S. Oliveira participou do levantamento da literatura e de dados, revisão bibliográfica, análise dos dados e redação do artigo. E. Artmann colaborou na orientação metodológica, desenho da pesquisa e redação do artigo.

Referências

1. Comitê Regional Africano, Organização Mundial da Saúde. Revitalização dos sistemas de saúde no contexto dos cuidados primários de saúde na região africana, 2006. http://afrolib.afro.who.int/RC/RC%2056/Doc_Por/AFR%20RC56%2012.pdf (acessado em 20/Ago/2006).
2. Ministério da Administração do Território/Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Desconcentração e descentralização em Angola. v. II. Luanda: Ponto UM. Indústria Gráfica; 2007.
3. Fundo de População das Nações Unidas. Características gerais da população de Angola, 2006. <http://www.angola.unfpa.org/popang.htm> (acessado em 04/Dez/2006).
4. Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento. Angola. http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=29&Itemid=60 (acessado em 16/Jul/2007).
5. Menezes S. Mamma Angola: sociedade e economia de um país nascente. São Paulo: Edusp; 2000.
6. Organização Mundial da Saúde. Estratégia da OMS de cooperação com os países: Angola, 2002-2005. http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/countries/angola_2002_2005_portuguese.pdf (acessado em 14/Out/2006).
7. Bungo F. Estudo da prevalência da filariose bancroftiana e loana na Vila do Buco-Zau, Norte de Angola [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002.
8. Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA de Angola/Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Relatório de UNGASS 2006. http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_angola_pt.pdf (acessado em 08/Set/2007).
9. Cassoma B, Vinyals L. Angola: despesa pública no setor da saúde (2000-2007). Estoril: Principia Editora; 2007.
10. Fonseca PL. Preparação e organização das administrações locais para a implementação do programa do governo e ações complementares. In: Encontro Nacional sobre Administração Local em Angola. Luanda: Editorial Nzila; 2005. p. 99-113.
11. 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; 1998.

12. Vemba LV. As três dimensões críticas do sistema de saúde angolano, 1997-2002. Luanda: United States Agency for International Development; 2002.
13. Pasche DF, Righi LB, Thomé HI, Stolz ED. Paradoxos das políticas de descentralização de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2006; 20:416-22.
14. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001. (Saúde Coletiva, 4).
15. Silveira CH. Algumas considerações a respeito das políticas de saúde no Brasil. In: Battaglin P, Leandro AL, Michaliszyn MS, organizadores. *Saúde coletiva: um campo em construção*. Curitiba: Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão; 2006. p. 29-69.
16. Pestana M, Mendes EV. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde Minas Gerais; 2004.
17. Organização Mundial da Saúde. Angola: contexto, 2006. <http://www.unangola.org/oms.asp> (acessado em 02/Fev/2007).
18. Campos GWS. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury S, organizadora. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006. p. 417-42.
19. Novaes HM. Ações integradas nos Sistemas Locais de Saúde – SILOS: análise conceitual e apreciação de programas selecionados na América Latina. São Paulo: Livraria Pioneira Editora; 1990.
20. Mendes EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993.
21. Chatora R, Tumusiime P. Health sector reform and district health systems. <http://www.afro.who.int/dsd/dhm-training/mod1.pdf> (acessado em 10/Nov/2007).
22. Hortale VA, Pedroza M, Rosa MLG. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad Saúde Pública* 2000; 16:231-9.
23. Artmann E, Rivera FJU. Regionalização em saúde e mix público-privado. http://www.ans.gov.br/porta1/upload/biblioteca/TT_AS_05_EArtmann_RegionalizacaoEmSaude.pdf (acessado em 06/Out/2006).
24. Almeida ES, Castro CGJ, Lisboa CA. *Distritos sanitários: concepção e organização*. v. 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1998.
25. Artmann E, Rivera FJU. L'hôpital en restructuration: regards croisés sur la France et le Québec [RESENHA]. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:2253-5.
26. Rivera FJU, Artmann E. A liderança como intersubjetividade lingüística. *Interface Comun Saúde Educ* 2006; 10:411-26.
27. Contandriopoulos D, Contandriopoulos AP, Denis JL, Valette A, editores. *L'hôpital en restructuration: regards croisés sur la France et le Québec*. Montreal: Les Presses de l'Université de Montreal, 2005.
28. Gil AC, Licht RHG, Santos BRM. Regionalização da saúde e consciência regional. *Hygeia* 2006; 2: 35-46.
29. Hjortsberg CA, Mwikisa CN. Cost of access to health services in Zambia. *Health Policy Plan* 2002; 17:71-7.
30. Unglert CVS, Rosenburg CP, Junqueira CB. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em saúde pública. *Rev Saúde Pública* 1987; 21:439-46.
31. Onokerhoraye AG. A suggested framework for the provision of health facilities in Nigeria. *Soc Sci Med* 1976; 10:565-70.
32. Organización Mundial de la Salud. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 1981. (Serie Salud para Todos, 4).
33. Organização Pan-Americana da Saúde. Leitões por habitante e médicos por habitante (atualizado em março de 2003). <http://www.opas.org.br/sistema/fotos/leitoes.pdf> (acessado em 02/Mar/2007).
34. Araújo JD, Ferreira ESM, Nery GC. Regionalização dos serviços de saúde pública: a experiência do Estado da Bahia, Brasil. *Rev Saúde Pública* 1973; 7:1-19.
35. Fleury S, Ouverney A. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007.
36. Görgen H, Kirsch-Woik T, Schmidt-Ehry B. Le système de santé de district: experiences et perspectives en Afrique. Manuel à l'intention des professionnels de la santé publique. Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH; 2004.
37. Lambo E, Sambo LG. Health sector reform in sub-Saharan Africa: a synthesis of country experiences. *East Afr Med J* 2003; 80(6 Suppl):S1-20.

Recebido em 18/Jun/2008

Versão final reapresentada em 06/Out/2008

Aprovado em 04/Nov/2008