

# Apoio Saudável?

## Um Estudo do Apoio Sueco à Saúde em Angola 1977–2006

Kajsa Pehrsson  
Lillemor Andersson-Brolin  
Staffan Salmonsson



Sida EVALUATION 2008:05



# Apoio Saudável?

## Um Estudo do Apoio Sueco à Saúde em Angola 1977–2006

Kajsa Pehrsson  
Lillemor Andersson-Brolin  
Staffan Salmonsson

This report is part of *Sida Evaluations*, a series comprising evaluations of Swedish development assistance. Sida's other series concerned with evaluations, *Sida Studies in Evaluation*, concerns methodologically oriented studies commissioned by Sida. Both series are administered by the Department for Evaluation and Internal Audit, an independent department reporting directly to Sida's Board of Directors.

This publication can be downloaded/ordered from:  
<http://www.sida.se/publications>

Original title: Healthy Support? Sida's Support to the Health Sector in Angola 1977–2006  
(Sida Evaluation 2007:50)

Authors: Kajsa Pehrsson, Lillemor Andersson-Brolin, Staffan Salmonsson.

The views and interpretations expressed in this report are the authors' and do not necessarily reflect those of the Swedish International Development Cooperation Agency, Sida.

Sida Evaluation 2008:05

Commissioned by Sida, Department for Democracy and Social Development

Copyright: Sida and the authors

Registration No.: 2005-003541

Date of Final Report: November 2007

Printed by Edita Communication, 2008

Art. no. Sida40853pt

ISBN 978-91-586-8157-6

ISSN 1401—0402

SWEDISH INTERNATIONAL DEVELOPMENT COOPERATION AGENCY

Address: SE-105 25 Stockholm, Sweden. Office: Valhallavägen 199, Stockholm

Telephone: +46 (0)8-698 50 00. Telefax: +46 (0)8-20 88 64

E-mail: [sida@sida.se](mailto:sida@sida.se). Homepage: <http://www.sida.se>

# Prefácio

O apoio sueco ao Sector da Saúde em Angola teve início pouco tempo depois da Independência do país em 1975. Trinta anos mais tarde, em Março de 2006, foi este o último programa a ser concluído.

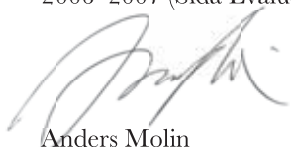
O valor total do apoio à saúde durante todos estes anos foi de aproximadamente 667 milhões de Coroa suecas. O programa abrangia sobretudo o apoio aos cuidados primários de saúde, combate às doenças endémicas, medicamentos essenciais e saúde materno-infantil. Durante praticamente todo o período de cooperação na área da saúde, Angola foi assolada por uma guerra civil devastadora. O conflito teve como consequência a deslocação de quase um terço da população, a superpopulação da capital Luanda e um enorme sofrimento humano.

Este estudo analisa os motivos e métodos da cooperação sueca e as lições a tirar do apoio ao Sector da Saúde durante um período tão longo e em condições tão difíceis.

Os indicadores de saúde de Angola estão entre os piores do mundo, com rácios extremamente alarmantes de mortalidade materna e infantil. Há vários factores que contribuem para esta situação, mas o factor principal tem sido, sem dúvida, a guerra. Não foi possível implementar os programas de saúde com todos os componentes por causa do conflito.

Esta cooperação teria beneficiado de mais estudos preparatórios na fase de concepção e planeamento e também de aprendizagem sistemática e seguimento com base nos estudos e avaliações que de facto foram realizados. O objectivo da Asdi inicialmente definido como o apoio à construção de um sistema nacional de cuidados primários de saúde não foi atingido. Porém, alguns dos componentes do sistema conseguiram desenvolver e funcionam eficientemente. Vários programas que receberam apoio da Asdi continuam funcionando praticamente de acordo com os planos. Um outro desenvolvimento positivo teve lugar na área de capacidade institucional, e várias das instituições envolvidas na cooperação entre Angola e a Suécia foram bastante fortalecidas.

O presente estudo foi iniciado pela Divisão da Saúde do Departamento de Democracia e Desenvolvimento Social da Asdi em colaboração com a Embaixada da Suécia em Luanda. O estudo foi realizado pelo Institute of Public Management (Instituto de Gestão Pública – IPM). Mais tarde, este estudo foi completado por uma avaliação do último acordo específico no Sector da Saúde 2004–2006 com o título Phasing-out Swedish Health Support in Luanda, Angola. A Study of the Evolution of Reproductive and Child Health Services, 2006–2007 (Sida Evaluation 2008:03) \*.



Anders Molin

Director da Divisão da Saúde

Departamento de Democracia e Desenvolvimento Social

Asdi

---

\* A última fase do Apoio Sueco à Saúde em Luanda, Angola. Um Estudo da Evolução dos Serviços de Saúde Reprodutiva e Infantil, 2006–2007. Versão portuguesa publicada na série Sida Evaluations durante 2008.



# Índice

|                                                                    |     |
|--------------------------------------------------------------------|-----|
| Prefácio.....                                                      | iii |
| Acrónimos e abreviaturas.....                                      | vii |
| Agradecimentos.....                                                | 9   |
| Sumário Executivo.....                                             | 11  |
| Introdução .....                                                   | 20  |
| O objectivo do estudo.....                                         | 20  |
| Método e material .....                                            | 21  |
| Os antecedentes da cooperação entre a Suécia e Angola .....        | 23  |
| Quando Angola foi colocada no mapa.....                            | 23  |
| Um apoio político – o movimento de solidariedade e o Governo... .. | 24  |
| Paz em Angola? .....                                               | 28  |
| Parte 1: O início .....                                            | 30  |
| O prelúdio – a primeira solicitação de apoio ao Sector da Saúde .. | 30  |
| O Congresso do MPLA                                                |     |
| – planeamento para a saúde pós-Independência .....                 | 32  |
| Que tipo de apoio ao Sector da Saúde? .....                        | 32  |
| O primeiro acordo .....                                            | 33  |
| As expectativas não foram satisfeitas .....                        | 35  |
| Grande diferença entre orçamento e execução .....                  | 35  |
| Tentativas de preencher o vazio .....                              | 36  |
| Melhor uso do dinheiro da cooperação.....                          | 37  |
| Visões e interesses em conflito .....                              | 37  |
| Modificações do apoio.....                                         | 40  |
| As inconsistências não foram analisadas.....                       | 40  |
| Saúde Materna é acrescentada.....                                  | 42  |
| Condições, sim – mas o optimismo mantém-se .....                   | 44  |
| Esforços para melhor coordenação.....                              | 45  |
| Reorientações.....                                                 | 47  |
| Redução do apoio a formação e planeamento .....                    | 49  |
| Angola e a Suécia em linhas diferentes .....                       | 50  |
| A proposta de Angola .....                                         | 50  |
| Uma análise crítica – a Asdi identifica constrangimentos .....     | 50  |
| Autocrítica do MINSA .....                                         | 52  |
| O resultado: foco na saúde materna em Luanda .....                 | 53  |
| Concentração à província de Luanda .....                           | 53  |
| Implementação por uma empresa de consultoria .....                 | 53  |
| Condições explícitas de “retribuição de serviços” .....            | 54  |

|                                                                     |            |
|---------------------------------------------------------------------|------------|
| Identificação de obstáculos...                                      | 56         |
| ... e Saúde Infantil adicionada                                     | 57         |
| Condições mais duras                                                | 57         |
| Acompanhamento mais intenso                                         | 57         |
| Questionando a sustentabilidade                                     | 58         |
| <b>As bases da cooperação para o desenvolvimento reconsideradas</b> | <b>60</b>  |
| Necessário formular novas estratégias                               | 60         |
| Assistência Humanitária – uma solução a curto prazo                 | 61         |
| Óbvias tensões mas “business as usual”                              | 62         |
| Preparação para um acordo de longo prazo para o desenvolvimento     | 63         |
| Ênfase nos conhecimentos profundos                                  | 63         |
| As coisas viraram                                                   | 64         |
| Auditorias e desembolsos congelados                                 | 65         |
| O último acordo – sustentabilidade em foco                          | 65         |
| Tendências em 2006                                                  | 67         |
| <b>Parte 2: O ponto de vista angolano</b>                           | <b>69</b>  |
| Vozes angolanas                                                     | 69         |
| Recomendações para o futuro desenvolvimento                         | 71         |
| <b>Parte 3: Perspectivas angolanas e suecas sobre os programas</b>  | <b>73</b>  |
| Programa de Medicamentos Essenciais                                 | 73         |
| Programa Alargado de Vacinação                                      | 78         |
| Educação para a Saúde                                               | 83         |
| Doenças endémicas                                                   | 85         |
| Saúde Materno-Infantil                                              | 94         |
| Formação de Enfermeiras                                             | 102        |
| Cooperantes em Angola                                               | 104        |
| <b>Parte 4: Análise da cooperação entre a Suécia e Angola</b>       | <b>107</b> |
| Desembolso mais importante que desenvolvimento                      | 107        |
| Eficiência e eficácia em tempo de guerra                            | 109        |
| Resultados apesar de tudo                                           | 111        |
| É possível melhorar a saúde em guerra e absoluta pobreza?           | 112        |
| <b>Lições a tirar</b>                                               | <b>113</b> |
| Um despertar lento                                                  | 113        |
| Apoio à saúde sem política clara                                    | 114        |
| Capacidade técnica e de gestão angolanas sobreavaliadas             | 115        |
| Desenvolvimento numa encosta íngreme                                | 116        |
| Obrigatório compreender o contexto social e cultural                | 118        |
| Desenvolvimento positivo mas problemas permanecem                   | 122        |
| <b>Anexo 1 Termos de Referência do estudo (inglês)</b>              | <b>125</b> |
| <b>Anexo 2 Pessoas entrevistadas</b>                                | <b>129</b> |
| <b>Anexo 3 A avaliação angolana de 1991</b>                         | <b>135</b> |
| <b>Anexo 4 Bibliografia</b>                                         | <b>148</b> |



# Acrónimos e abreviaturas

|       |                                                                               |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------|
| ACNUR | Alto Comissário das Nações Unidas para os Refugiados                          |
| AIDI  | Assistência Integrada às Doenças da Infância                                  |
| Asdi  | Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional              |
| AT    | Assistência Técnica                                                           |
| BCG   | Vacina contra Tuberculose (Bacille de Calmette et Guérin)                     |
| CAOL  | Coordenação de Atendimento Obstétrico em Luanda                               |
| CAPEL | Coordenação de Atendimento Pediátrico de Luanda                               |
| CEP   | Curso de Especialização de Parteiras                                          |
| CNS   | Centro Nacional de Sangue                                                     |
| CPS   | Cuidados Primários de Saúde                                                   |
| DDA   | Doença Diarreica Aguda                                                        |
| DNSP  | Direcção Nacional de Saúde Pública                                            |
| DTS   | Doenças de Transmissão Sexual                                                 |
| DTP   | Vacina contra Difteria, Pertussis (tosse convulsa), Tétano                    |
| EPS   | Educação para a Saúde                                                         |
| ETPSL | Escola Técnica Profissional de Saúde de Luanda                                |
| FMI   | Fundo Monetário Internacional                                                 |
| FNLA  | Frente Nacional para a Libertação de Angola                                   |
| FNUAP | Fundo das Nações Unidas para a População                                      |
| ICH   | International Child Health Unit (Unidade Internacional para a Saúde Infantil) |
| INE   | Instituto Nacional de Estatística                                             |
| JMPLA | Organização da Juventude do MPLA                                              |
| Kz    | Kwanza, unidade monetária da República de Angola                              |
| MINSa | Ministério da Saúde                                                           |
| MMi   | Mortalidade Materna institucional                                             |
| MPLA  | Movimento Popular de Libertação de Angola                                     |
| MSEK  | Milhão de Coroaas Suecas                                                      |
| MSF   | Médecins sans Frontières                                                      |
| MSF-B | Médecins sans Frontières da Bélgica                                           |
| OCHA  | UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs                        |
| OGE   | Orçamento Geral do Estado                                                     |
| OMA   | Organização da Mulher Angolana                                                |
| OMS   | Organização Mundial da Saúde                                                  |
| ONG   | Organização Não Governamental                                                 |
| ONU   | Organização das Nações Unidas                                                 |
| OUA   | Organização de Unidade Africana                                               |
| PAM   | Programa de Alimentação Mundial                                               |

|          |                                                                              |
|----------|------------------------------------------------------------------------------|
| PAV      | Programa Alargado de Vacinação                                               |
| PF       | Planeamento Familiar                                                         |
| PME      | Programa de Medicamentos Essenciais                                          |
| SBL      | Statens Bakteriologiska Laboratorium (Laboratório Nacional de Bacteriologia) |
| SEK      | Coroa sueca, unidade monetária da Suécia                                     |
| SMI      | Saúde Materna e Infantil                                                     |
| TB       | Tuberculose                                                                  |
| UE       | União Europeia                                                               |
| Unicef   | Fundo das Nações Unidas para a Infância                                      |
| UNITA    | União Nacional para a Independência Total de Angola                          |
| UNTA     | União Nacional dos Trabalhadores Angolanos                                   |
| US       | Unidade de Saúde                                                             |
| VIH/SIDA | Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida      |

# Agradecimentos

Queremos agradecer a todos que deram do seu tempo para se encontrarem connosco em Luanda para responder nossas questões e discutir as suas experiências da cooperação entre Angola e a Suécia e a história dos seus respectivos programas. Este relatório foi também enriquecido através das discussões vivas sobre esta cooperação entre os participantes no seminário que teve lugar em Luanda em Novembro de 2006. Estamos, portanto, muito agradecidos por todo o tipo de contribuições durante o processo de trabalho com este estudo.

A nossa especial gratidão vai à Sra. Marinela Lima, que nos deu uma ajuda inapreciável fazendo todos os contactos necessários e que organizou o nosso programa. Só assim foi possível realizar encontros e entrevistas com um grande número de pessoas num limitado espaço de tempo.

Queremos naturalmente também mencionar o grupo de pessoas que entrevistámos na Suécia. Elas participaram, com diferentes funções, no Programa de Cooperação desde o princípio até a última fase da cooperação. Além das entrevistas, várias pessoas também deram emprestado material dos seus antigos dossiers de Angola e nos contaram quer do progresso, quer das dificuldades que sentiram no seu trabalho com o Programa de Saúde. E finalmente: Sem a colaboração do pessoal do arquivo da Asdi não teria sido possível realizar este estudo.

*Kajsa Pehrsson*

*Lillemor Andersson-Brolin*

*Staffan Salmonsson*



# Sumário Executivo

## Introdução

A cooperação sueca com Angola teve o seu início já antes da Independência de Angola e uma das principais áreas de apoio era o Sector da Saúde. Este Programa foi iniciado em 1977 e foi o último Programa a terminar em Março de 2006.

Este estudo teve início em Junho de 2006 e foi concluído em Novembro do mesmo ano com um seminário em Luanda. A nossa avaliação pretende descrever os antecedentes históricos da cooperação começando pelo primeiro acordo em finais dos anos setenta, as modificações consecutivas do Programa e os seus avanços e contrariedades causados pela falta de quadros e capacidade de gestão e, sobretudo, pela guerra prolongada. O povo angolano finalmente atingiu a paz em 2002.

## O apoio da Asdi ao longo do tempo

Depois do primeiro pedido do Ministério da Saúde (MINSA) angolano, a Asdi decidiu ajudar na organização dos Cuidados Primários de Saúde (CPS) no país. Inicialmente foram seleccionadas as áreas desenvolvimento dos CPS (implementação bilateral), vacinação, nutrição e água (implementado pelo UNICEF), Programa da malária (implementado pela OMS) e transportes através da importação de viaturas (bilateral). O primeiro acordo 1979–82 tinha um orçamento de 41 MSEK (milhões de Coroas Suecas), mas Angola só conseguiu utilizar metade deste orçamento. Apesar disto, o orçamento foi aumentado no acordo a seguir e a maior parte dos fundos foram destinados ao Programa de controlo e tratamento das endemias que precisava de viaturas e equipamento sofisticado, visto que os componentes dos CPS não gastavam muitos recursos.

Com o tempo o Programa de Cooperação expandia, tornando-se cada vez mais complexo. Para fortalecer a gestão e coordenação foi necessário incluir Assistência Técnica (AT) e quando a Asdi, mais tarde, começou a apoiar a formação de técnicos de saúde, educação para a saúde, a importação de medicamentos essenciais e saúde materna a partir de meados dos anos oitenta o componente AT já era uma parte pesada do Programa e do orçamento do mesmo.

## Modificações importantes

Depois das primeiras eleições multi-partidárias em Angola em 1992 a UNITA, o segundo maior partido, não aceitou os resultados e uma nova e intensa fase da guerra rebentou. Os pesados investimentos bélicos vieram a desviar os recursos governamentais dos sectores sociais. Como consequência da nova política económica, a nova legislação abria as portas à medicina privada e introduzia a comparticipação dos utentes dos serviços médico-sanitários. Este curso de eventos fez com que a Asdi resolvesse concentrar o seu apoio à Província de Luanda e reduzir a AT ao mínimo.

Em várias ocasiões durante os anos de cooperação, a Asdi tinha proposto à parte angolana de entregar a implementação do Programa a uma empresa consultora mas esta ideia nunca teve o aval do governo angolano. No entanto, a Asdi decidiu reduzir a sua responsabilidade administrativa com o Programa e abriu concurso para fazer o *outsourcing* do Programa. Assim, a empresa InDevelop ficou contratada para implementar o Programa a partir de Julho de 1995. A InDevelop continuou implementando o Programa conjuntamente com os coordenadores angolanos até o fim da Cooperação em 31 de Março de 2006.

## Saúde Materno-Infantil em Luanda

A mortalidade materna é um dos problemas mais ardentes do ponto de vista humano e social em Angola. Depois da análise da situação de Saúde Materna e as condições inumanas prevalentes nas grandes maternidades de Luanda, o MINSA e as autoridades provinciais de saúde chegaram a acordo com a Asdi para começar a implementação de um sistema descentralizado dos serviços obstétricos para alguns Centros de Saúde na Grande Luanda.

A ênfase dada à Saúde Reprodutiva em finais dos anos oitenta, não somente teve como consequência a reestruturação dos serviços obstétricos mas também o fortalecimento dos cuidados pré-natais e planeamento familiar, e mais tarde, o estabelecimento de um curso moderno para formação de parteiras. Depois de se começar a ver as tendências positivas da descentralização dos partos para os Centros de Saúde, o passo seguinte foi tentar aplicar o mesmo modelo nos cuidados pediátricos. Pode-se dizer que a Asdi e Angola de certa forma conseguiram adoptar uma perspectiva de Direitos Humanos em relação ao problema reprodutivo – depois de tantos anos de negligência, o direito de mulheres e crianças de sobreviverem começou a ser levado a sério. Mas os problemas são graves e complexos e, por isso, vai levar mais tempo e requerer compromissos ainda mais fortes do Governo angolano e de todas as estruturas envolvidas antes de se poder esperar uma mudança qualitativa mais profunda.

## “A meta de desembolso”

Durante o período dos primeiros acordos ficou evidente que o MINSA não conseguiu utilizar os fundos alocados de acordo com os planos e a Asdi começou a ficar preocupada com a falta de capacidade para gastar os fundos.

Durante os anos foi difícil acompanhar a implementação do Programa no terreno. A Asdi em certas alturas também tinha dúvidas em relação às propostas e prioridades do MINSA. Mas apesar do cepticismo e incerteza sobre os resultados, o Governo sueco e a Asdi não hesitavam em manter, ou até aumentar, os orçamentos sem qualquer análise mais profunda com a parte angolana.

Uma grande porção do apoio foi para compra de equipamento e viaturas e os programas altamente técnicos tiveram prioridade, contrariamente às actividades de “baixo custo”, como formação, desenvolvimento de competências, apoio à gestão, etc.

“A meta de desembolso” da Asdi criou problemas em vez de resolver os problemas de desenvolvimento, porque focalizava nos *fundos* e não na capacidade de implementação e qualidade do lado angolano. Desta maneira, a cooperação no Sector da Saúde teve um mau início.

## Eficiência e eficácia em tempo de guerra

Uma das questões a que esta avaliação deve responder é se a cooperação sueca contribuiu para melhorar a situação de saúde em Angola ou não. Durante os vinte e sete anos (1979–2006) de apoio ao Sector da Saúde, a Asdi desembolsou 667 MSEK, embora a *soma total dos orçamentos* fosse consideravelmente maior. Não é, contudo, possível avaliar a eficiência do apoio e calcular “a produção”, por exemplo em termos de crianças e mulheres grávidas vacinadas ou enfermeiras graduadas do Instituto Médio de Saúde de Luanda. As estatísticas de vacinação nem sempre são totalmente correctas, e no caso da formação de técnicos médios, não há dados que nos possa indicar o número de enfermeiras graduadas que permaneceram na profissão de enfermagem (ou no Sector da Saúde).

Os factores mais importantes que influenciaram os resultados – ou a falta de resultados – da cooperação são a centralização e burocracia, falta de experiência e capacidade de gestão, falta de pessoal de saúde e baixo nível profissional, corrupção no sistema e falta de disciplina, etc. Mas o factor principal que obstruiu qualquer esforço de desenvolvimento em Angola foi a guerra. Por conseguinte, nunca foi possível implementar os programas de saúde – sejam eles verticais ou horizontais – com plena eficiência e eficácia. Mas o nosso estudo mostra, contudo, que algumas medidas poderiam ter sido tomadas pelas duas partes para melhorar o desempenho e utilizar os recursos disponíveis de uma maneira mais racional.

## Resultados apesar de tudo

Os dois exemplos mencionados – vacinações e formação – ilustram o problema de se analisar os objectivos e se foram atingidos ou não, programa por programa. O que se sabe é que os objectivos inicialmente definidos pela Asdi – contribuir para a construção de um sistema de CPS – não foi atingido. Mas alguns componentes importantes de um futuro sistema desenvolveram de uma forma eficiente, graças ao apoio estratégico e compreensivo da Asdi e outras agências ou ONGs, e, sobretudo, através de boa gestão e dedicação por parte dos quadros angolanos. É o caso de, por exemplo, o Programa de Medicamentos Essenciais e o programa compreensivo de Saúde Materno-Infantil em Luanda, com as salas de parto e unidades de pediatria descentralizadas, e o Curso de Especialização de Parteiras. Não temos a imagem completa, mas a tendência é positiva.

Se voltarmos atrás, ou seja ao estudar os programas cujo apoio terminou nos anos noventa, podemos verificar que sobreviveram e que estão funcionando com mais ou menos energia. Mas nestes casos é praticamente impossível isolar o apoio sueco, dez ou mais anos depois do seu fecho.

## É possível melhorar a saúde em guerra e absoluta pobreza?

Os cuidados de saúde no tempo colonial certamente não eram para todos, e o que foi herdado depois da Independência não era, em nenhum aspecto, um sistema funcional. Mas durante a guerra tão prolongada, a organização da saúde desgastou-se rapidamente do já baixo nível pré-Independência, e ficou com as infra-estruturas em ruínas e com uma grave falta de quadros, equipamentos e medicamentos.

A saúde faz parte de um espectro amplo de factores sociais, económicos e culturais, que fazem com que os indicadores de saúde de Angola se encontrem entre os piores do mundo. Isto quer dizer que a situação de saúde catastrófica não pode ser vista como um problema isolado, mas terá que ser analisado em conjunto com a extrema pobreza, a superpopulação de Luanda e outros centros urbanos, o ambiente nocivo à saúde, a falta de água potável e o baixo nível de instrução da população. Paz e estabilidade são os pré-requisitos mais importantes para que cidadãos possam tomar conta de si, a nível individual, a nível da família e da comunidade.



## Lições a tirar

### Falta de realismo

Há muito que aponta para a falta de informação necessária quando a Asdi começou a planear o primeiro acordo específico para o Sector da Saúde em Angola. Em consequência, a Asdi não foi capaz de avaliar as possibilidades de contribuir para a construção de um sistema nacional de CPS para atingir o grupo alvo prioritário, isto é os pobres nas zonas rurais. O Governo angolano também não dispunha de informação sobre a situação fora de Luanda, e parece que as ideias eram bastante vagas sobre a organização dos serviços de saúde. A guerra civil foi uma realidade, mas levou muito tempo antes de a Asdi compreender – ou querer ver – que não era possível atingir todas as províncias com os programas centralmente geridos, como o Programa de combate às endemias ou o PAV.

### Os sectores sociais erodidos

O apoio da Asdi não contribuía significativamente para o desenvolvimento de um sistema de Cuidados Primários de Saúde de acordo com as directrizes formuladas em Alma Ata (1978). A maior parte dos recursos (do orçamento do Governo angolano) foi despendida na guerra, e os sectores sociais foram portanto severamente erodidos. No seu diálogo com a parte angolana, a Embaixada da Suécia de vez em quando sublinhou a necessidade e a responsabilidade do Governo angolano de aumentar os recursos para os sectores sociais, mas este tipo de discussões não tiveram efeito.

### Falta de recursos dos CPS e programas verticais

Uma outra causa do limitado sucesso é o facto de que Angola, na altura da Independência, não dispunha dos recursos necessários para se estabelecer um sistema de CPS digno do seu nome. Praticamente não havia pessoal de saúde no país, o sistema de saúde colonial estava em destroços, e o novo Governo nem sequer tinha informação exacta da infra-estrutura existente ou sobre quadros de saúde que ainda permaneciam no país. Além disso, o sistema colonial tinha uma forte inclinação hospitalar, e não estava orientado para o trabalho de prevenção e os CPS.

Quando a Asdi lançou o seu programa de apoio à saúde bastante compreensivo, a maioria dos componentes podiam ser classificados como partes de um sistema de CPS, como “cuidados básicos de saúde”, vacinação, luta contra as endemias e medicamentos essenciais. Mas apesar do carácter de cuidados primários e de prevenção, estes componentes do programa não estavam horizontalmente coordenados para contribuir para a construção de uma estrutura funcional de CPS.

Vários dos programas apoiados pela Asdi estavam, desde o início, organizados como programas verticais, que não é o modelo ideal para se instituir um sistema de CPS. Os programas já existentes de combate às endemias mantiveram-se com a sua gestão centralizada, e as actividades de vacinação arrancaram através do modelo vertical, PAV, do Unicef. Entre alguns dos profissionais angolanos havia consciência das consequências negativas da verticalização. Os programas, por conseguinte, “chegaram aos Centros de Saúde” de uma forma verticalizada e os trabalhadores de saúde tiveram dificuldades em coordenar os diferentes componentes/programas no terreno. Até hoje, depois de trinta anos, o modelo vertical persiste e continua criando problemas diários nos Centros e Postos de Saúde, dado que os trabalhadores de saúde são divididos entre os programas, e material, viaturas e outros recursos não podem assim ser utilizados da maneira mais racional.

### Falta de análise da capacidade de gestão

Por causa da abordagem inicialmente optimista e baseada na solidariedade, a Asdi não prestou atenção às complexidades da sociedade angolana e, especialmente, do Sector da Saúde. Não se pode descobrir nenhuma análise da capacidade angolana para implementar este programa de cooperação bastante avançado. O combate às endemias requeria não somente médicos e enfermeiros/as, mas também laboratórios modernos com técnicos formados, e, ainda, trabalhadores de saúde com habilidade pedagógica para disseminar mensagens de saúde bem adaptadas ao nível educacional e cultural de cada comunidade. Estes recursos humanos não existiam no início, e, igualmente, não havia gestores experientes na organização do MINSA.

Os responsáveis angolanos do MINSA tinham certa consciência das suas insuficiências, mas parece que só em meados dos anos noventa foram introduzidas medidas de formação e instruções mais práticas e concretas, quando a InDevelop começou a coordenar o programa de apoio na província de Luanda.

### Por quê não investir em formação e desenvolvimento de competências?

O apoio sueco devia ter introduzido componentes de formação e desenvolvimento de competências já no início da cooperação, para assim promover o desenvolvimento gradual do Sector da Saúde para melhor adaptá-lo à realidade de Angola na altura.

O fortalecimento institucional nunca foi o ponto forte do apoio sueco, mas não foi possível esclarecer se isto foi por causa de negligência sueca ou por falta de interesse (ou resistência à interferência na área “política”). Depois de concentrar as actividades para Luanda é, no entanto, possível distinguir alguns esforços para fortalecer sistemas e gestão, embora estas áreas tivessem precisado de muito mais tempo para se tornarem sustentáveis.

## A herança colonial

Angola alcançou a sua Independência depois de muitos anos de luta armada contra Portugal. O próprio poder colonial era um dos países mais subdesenvolvidos da Europa, com uma economia primitiva e sob uma ditadura fascista. A Independência de Angola tem que ser vista contra este pano de fundo, porque a construção de uma nova nação realmente tinha que começar do zero. As instituições de saúde e educação da população africana tinham baixo nível, e só havia uma pequena elite de angolanos formados no país na véspera da Independência.

## Falta de valores comuns para iniciar o desenvolvimento

O antagonismo violento entre os dois, e mais tarde três, movimentos que pretendiam libertar o país, teve naturalmente efeitos destrutivos muito antes de a guerra civil se tornar um facto. Nunca foi possível criar uma plataforma comum para uma estratégia de desenvolvimento nacional antes, e muito menos depois, da Independência. O novo Governo teve que responder às expectativas do povo e começou a lançar actividades com optimismo de acordo com as directrizes do MPLA, o partido no poder. E quando os primeiros doadores chegaram a Luanda para participar no desenvolvimento de Angola, como a Asdi e as agências das Nações Unidas, aceitaram propostas do Governo angolano, ou mais precisamente do MINSA, para apoiar o Sector da Saúde sem se preocupar fazer uma análise mais profunda.

## Ambiente complexo

A falta de um conhecimento mais profundo da realidade social e cultural da sociedade angolana é uma das razões da relação desequilibrada entre o grande volume de “insumos” em forma de material e recursos humanos nos programas de saúde e o resultado relativamente magro em forma de mais e melhores serviços para o povo angolano. Mas finalmente, alguém pelo menos compreendeu algo sobre as estratégias de sobrevivência dos trabalhadores de saúde – trabalhar, sim, mas não no lugar de trabalho oficial – e o sistema de incentivos foi estabelecido. Assim, ao menos as parteiras começaram a trabalhar e melhorar em termos de qualidade e responsabilidade.

Isto é somente um exemplo para ilustrar o ambiente em que o Programa de Cooperação foi implementado. Uma abordagem mais cuidadosa, e menos foco na meta de desembolso, teriam dado mais tempo para criar uma compreensão do contexto em que o *know-how* sueco e as práticas burocráticas suecas se deviam inserir.

Ao longo dos anos, a Asdi principalmente colaborou com as estruturas governamentais a nível central. O planeamento do lado angolano foi *top-down*, e a Asdi nem questionou as bases para esse planeamento, nem demonstrou interesse em métodos de planeamento participativo. A Asdi não tentou adop-

tar uma nova abordagem perante os problemas encontrados e prestou pouca atenção às experiências ganhas pelo pessoal sueco que trabalhava do lado angolano.

### Poucos estudos sócio-culturais

Muito pouco foi feito para aprender mais sobre as ideias das próprias mulheres sobre o parto e sobre saúde reprodutiva no sentido mais lato, por exemplo através de estudos sócio-culturais feitos por quadros de saúde, sociólogos ou antropólogos. Não houve, portanto, nenhum processo de aprendizagem sistemático baseado em estudos ou trabalho comunitário de saúde reprodutiva ou noutras importantes áreas da medicina. Durante muitos anos existiam, por exemplo, interrogações em torno das salas de parto na periferia que estiveram praticamente vazios durante vários anos. Porquê as mulheres não utilizavam os serviços postos à sua disposição? Porquê corriam riscos desnecessários ao dar à luz? Quais eram as suas preferências ao dar à luz? A Asdi não fez nada para desenvolver iniciativas pontuais para encontrar respostas a este tipo de questões ou para aprender mais sobre o sistema de *gasosas* e outras práticas antiéticas que afectaram as pacientes, e a longo prazo, também os resultados dos investimentos feitos no subsector.

### Participação comunitária

O Programa de SMI da Província de Luanda teve pouca participação comunitária. Trabalhar directamente com as comunidades é um desafio, mas é uma condição *sine qua non* para criar confiança nos serviços de saúde ao nível das comunidades. *Todas as mulheres e, se possível, os homens têm o direito a receber informação básica sobre as vantagens e os métodos de planeamento familiar, sobre a gravidez, o parto e sobre puericultura (incluindo higiene, nutrição, imunização e outros aspectos chave).*

### Melhor capacidade institucional

Ao observar a capacidade institucional hoje pode-se, contudo, ver um desenvolvimento a vários níveis. Os Centros de Saúde são pobres, mas funcionam relativamente bem, e, apesar da existência das *gasosas*, o pessoal trabalha bastante bem durante as circunstâncias prevalecentes (falta de equipamentos e medicamentos, cortes de energia, falta de informação do nível provincial, etc.). Alguns dos programas inicialmente apoiados pela Asdi conseguiram manter as suas actividades ao longo dos anos, e parecem ter ganho mais ímpeto depois do estabelecimento da paz. Embora as infra-estruturas do Sector da Saúde continuem sendo fracas, algumas das instituições envolvidas na cooperação entre Angola e a Suécia tornarem-se mais fortes e a sua capacidade de gestão melhorou bastante.

## A política da Asdi: Trabalhar dentro das instituições

A política da Asdi de trabalhar com as instituições angolanas, e dentro delas, é uma experiência positiva. A Asdi evitou “apropriar-se” das pessoas em posições de chefia, como outras agências internacionais ou ONGs costumam fazer. O modelo sueco baseava-se na ideia de tentar fortalecer e consolidar as estruturas angolanas através de coordenadoras/es e assessoras/es colocados no MINSA, melhoramento do ambiente de trabalho, insumos técnicos, formação, etc.

## As pessoas são sustentáveis

A observação mais interessante durante o trabalho com este estudo refere-se, no entanto, às pessoas que estiveram envolvidas neste longo esforço de cooperação. As viaturas nas ruas de Luanda estragam-se em poucos anos, mas as pessoas são mais duradouras. Todas as mais de quarenta pessoas que entrevistámos em Luanda continuam trabalhando como médicos, directores ou docentes e ninguém abandonou o Sector da Saúde. Muitas delas apreciaram o intercâmbio profissional com colegas suecos, e algumas delas contaram-nos como aprenderam a planear e fazer orçamentos simplesmente porque a Asdi tinha regras tão rigorosas! Estas pessoas passaram pelo seu próprio processo de desenvolvimento – vários delas com apoio da Asdi – e representam hoje um recurso valioso do Sector da Saúde em Angola.

## O futuro

Dado que a guerra e as suas consequências sociais e económicas, obstruíram a maior parte das tentativas de construir instituições e sistemas, o Sistema Nacional de Saúde continua sem os recursos financeiros necessários. Hoje, Angola tem que estabelecer uma Política de Saúde, amplamente discutida e apoiada, compreensiva, e socialmente justa. Começar a (re)construir instituições de saúde, mais ou menos do zero, precisa de um forte envolvimento da comunidade. Este trabalho terá que ser feito através de um esforço nacional e com recursos nacionais, porque a paz e os indicadores macroeconómicos dão suficiente evidência que Angola agora pode andar sozinha se houver uma vontade política para o fazer.

# Introdução

## O objectivo do estudo

A cooperação entre os dois países teve o seu início já antes de Angola ter conseguido a Independência. A Embaixada da Suécia em Luanda abriu em Outubro de 1976, como uma das primeiras dos países ocidentais. A partir de então a cooperação oficial entre os dois países se manteve durante trinta anos.

Uma das principais áreas do apoio sueco, era o sector da saúde. Este Programa<sup>1</sup> foi iniciado pouco tempo depois da Independência de Angola e foi o último Programa a terminar em Março de 2006.

Este estudo pretende documentar e descrever a história deste longo período de cooperação para o desenvolvimento que envolveu um grande número de indivíduos e instituições dos dois países numa experiência multifacetada de avanços e contrariedades. (Os Termos de Referência do estudo encontram-se em *Anexo 1* do relatório.)

No estudo, que não segue inteiramente o modelo habitual das avaliações da Asdi, tentamos relatar a cooperação entre Angola e a Suécia combinando as perspectivas angolanas e suecas.

A introdução descreve brevemente como o povo sueco veio a conhecer Angola e a luta pela libertação das colónias portuguesas. Surgiu um debate nos partidos sobre as relações comerciais da Suécia com o regime fascista em Portugal e começou a formar-se um movimento de solidariedade e de apoio aos movimentos de libertação em África.

Na primeira parte do relatório apresentamos uma visão geral do apoio ao sector da saúde com exemplos das actividades que receberam apoio a partir dos anos setenta até ao ano 2006. Os motivos e métodos são analisados, quando possível.

Na segunda parte, mais breve, observamos a história de um outro ângulo. Referimos a análise angolana dos diferentes programas, da maneira como ela foi apresentada numa avaliação especial efectuada por uma equipa angolana que em 1991 entrevistou um grande número de trabalhadores de saúde.

---

<sup>1</sup> O termo Programa é utilizado neste relatório quando se fala do Programa de Cooperação no sentido lato, ou seja todos os componentes integrados nos acordos específicos entre Angola e Suécia para o Sector da Saúde, ou quando se trata dos diferentes programas implementados pelo MINSA a nível nacional, tais como o Programa de Malária, etc.

A terceira parte dá uma visão geral dos programas que receberam apoio sueco, sobre o seu desenvolvimento e a situação depois de o apoio terminar – há muitos anos atrás em alguns casos e mais recentemente em outros.

Na quarta parte apresentamos as nossas conclusões como uma base de discussão sobre as lições que podem ser aprendidas, quer pela Asdi quer pela parte angolana, desta longa cooperação em condições muito difíceis.

Nesta última parte do relatório, tentamos também analisar se o apoio sueco contribuiu ou não para melhorar a situação de saúde em Angola, não esquecendo que o país se encontrava em guerra praticamente desde a sua Independência em 1975, e que qualquer Programa de Cooperação para o Desenvolvimento só poderá ter efeitos marginais em tais circunstâncias. É, no entanto, importante tentar analisar o grau de eficácia e eficiência da cooperação entre a Suécia e Angola tomando em conta as suas características muito particulares.

## Método e material

A primeira parte do estudo baseia-se em grande parte em avaliações anteriores. Em 1991, a Dra. Lillemor Andersson-Brolin e a Dra. Anna-Karin Karlsson fizeram uma avaliação de todos os componentes integrados no Programa de Cooperação de 1979 a 1991. Foi em ligação com esta avaliação que a equipa angolana fez a avaliação especial numa perspectiva angolana, que é também uma das nossas fontes importantes. Mais tarde, o apoio à Saúde Materna na Província de Luanda foi avaliado pela Dra. Lillemor Andersson-Brolin e o Dr. Hans Wessel, em 1999, e em 2003 pela Sra. Pia Karlsson, Dr. Kenneth Challis e Dr. Staffan Salmonsson.

Em Abril de 2006, a Sra. Kajsa Pehrsson e o Dr. Kenneth Challis iniciaram uma avaliação da última fase do apoio à Saúde Materno-Infantil na Província de Luanda. Durante uma breve visita em Luanda foram entrevistados trabalhadores de saúde, coordenadores e directores da Direcção Provincial de Saúde da Província de Luanda (DPSL) e fez-se também visitas a Centros de Saúde peri-urbanas com salas de parto e aos hospitais distritais e gerais/nacionais para colher dados e impressões que também contribuem para este estudo, visto que reflectem a presente situação e nível de qualidade da saúde materna em Luanda.

Para o presente estudo, a Sra. Kajsa Pehrsson e o Dr. Staffan Salmonsson visitaram Luanda para entrevistar o maior número possível de pessoas que estiveram envolvidas na cooperação entre a Suécia e Angola ao longo dos anos. Tivemos a sorte de encontrar quase quarenta pessoas com experiência longa ou mais breve da cooperação, e entre elas algumas pessoas que colaboraram com os cooperantes suecos – coordenadores, médicos, professoras/es de enfermagem e parteiras. Empregamos o método de entrevistas semi-estruturadas, mas também de entrevistas bastante abertas que deu espaço para

discussões sobre políticas ou tópicos de carácter mais técnico. O *Anexo 2* apresenta uma relação das pessoas entrevistadas.

Na Suécia foram entrevistadas quinze pessoas, através de encontros pessoais ou conversa telefónica, dado que vivem espalhadas pelo país. Além destas entrevistas tivemos, através dos arquivos da Asdi, acesso a vinte relatórios de fim-de-contrato de cooperantes Asdi que trabalharam em Angola de 1988 a 1993, e também alguns relatórios de pessoal contratado pela empresa InDevelop que trabalhou em Angola durante o período 1995 a 2006.

Embora o trabalho com as entrevistas tenha sido bastante interessante e gratificante em muitos sentidos, é necessário sublinhar que não foi fácil colher informação e dados específicos deste grande grupo de pessoas. Para a maior parte dos angolanos a experiência da cooperação sueca é muito distante e a memória nem sempre muito exacta, visto que alguns mudaram entre diferentes Programas e Direcções do MINSA. No caso dos suecos é a mesma coisa, embora a experiência angolana como tal para muitos deles fica na memória como um período difícil e/ou interessante na sua vida profissional.

Além das entrevistas e relatórios dos cooperantes utilizámos também uma volumosa colecção de documentos dos arquivos da Asdi, constituída por memorandos, acordos, minutas de reuniões trimestrais e consultas anuais, relatórios de monitoria e de vários consultores, etc. Este material cobre principalmente o período de meados dos anos oitenta até o ano 2006. (Os primeiros anos já foram documentados na primeira avaliação de 1991.) Temos, no entanto, que sublinhar que a documentação não é completa, mas mesmo assim oferece quer detalhes, quer uma visão mais ampla da cooperação entre a Suécia e Angola durante os quase trinta anos. O *Anexo 4* contém uma bibliografia condensada.

Quanto aos dados estatísticos apresentados no relatório, quer nas tabelas, quer no texto, julgamos necessário sublinhar que o material estatístico em Angola não é, regra geral, muito fiável. Sempre que possível, tentávamos avaliar os dados que apareciam em relatórios e outros documentos, mas nem sempre adiantou. Mas pensamos que, com a nossa descrição das diferentes realidades do sector da saúde, os leitores deste relatório compreenderão a razão da falta de dados, ou porque os dados às vezes parecem confusos ou contraditórios.

Todas as citações que aparecem neste relatório que não sejam originalmente em português foram traduzidas do sueco e do inglês (e num caso do dinamarquês) por Kajsa Pehrsson.



# Os antecedentes da cooperação entre a Suécia e Angola

## Quando Angola foi colocada no mapa

Angola, como as outras colónias portuguesas, era praticamente *terra incognita* do público sueco até os princípios dos anos sessenta. Mas depois do ataque à penitenciária de Luanda para libertar os dirigentes do MPLA e a violência indiscriminada da polícia portuguesa e dos bandos de “vigilantes”, os jornais suecos gradualmente começaram a publicar artigos sobre o colonialismo português e a fase inicial da luta de libertação em Angola, Guiné-Bissau e Moçambique e também sobre a oposição em Portugal contra a ditadura fascista. As relações comerciais da Suécia com Portugal através da EFTA (European Free Trade Association/ Associação Europeia de Livre Comércio) foram debatidas e fortemente criticadas por diferentes tendências políticas na sociedade sueca. Um grupo de jovens liberais com bastante influência exigia a expulsão de Portugal da EFTA num artigo publicado no matutino de maior circulação, já em Julho de 1961:

Nós, um grupo de jovens liberais, protestamos contra a passividade do Governo sueco perante a ditadura em Portugal e a opressão colonial que ela exerce. É hoje evidente para todos que ‘os distúrbios’ reportados de Angola na realidade constituem uma guerra entre um movimento de libertação nacional e uma minoria branca. Aceitando Portugal como membro da EFTA, a Suécia oferece quer apoio moral quer apoio económico indirecto à opressão, assim obstruindo a luta pela libertação. /.../ Uma clara declaração de repúdio e o isolamento do regime de Salazar assistirá de uma forma decisiva ao movimento de libertação em Angola e demonstrará que os ideais de Portugal não correspondem aos do Mundo Ocidental.

(*Dagens Nyheter*, 1 de Julho 1961; citado em Sellström, vol. I, 1999:371.)

Alguns dos principais jornalistas e analistas políticos deram contribuições pioneiras informando o público geral sobre a violação dos Direitos Humanos e o início da luta de libertação em Angola. Estes artigos foram amplamente citados em jornais e revistas internacionais, porque nesses tempos havia muito pouco publicado sobre Angola e a censura em Portugal ocultava tudo que se passava nas colónias. A Secção da Amnistia Internacional na Suécia acompanhava activamente o destino dos presos políticos em Portugal e nas

colónias. Em 1967, um teatro na capital Estocolmo apresentava a peça “A Canção sobre a Máscara Repugnante” pelo famoso escritor alemão-sueco Peter Weiss. Era uma sátira sobre o ditador Salazar e do apoio, tácito ou aberto, ao sistema colonial português dado pelos países ocidentais.

Inicialmente, tanto a FNLA (Frente Nacional de Libertação de Angola) como o MPLA (Movimento Popular de Libertação de Angola) apareceram no debate e representantes de alto nível foram convidados à Suécia. Quando a UNITA (União Nacional para a Independência Total de Angola) entrou em cena, os contactos foram logo estabelecidos.

Grosso modo, as simpatias em relação aos movimentos nacionalistas podem delinear-se de acordo com as linhas partidárias. Os liberais influentes defendiam a FNLA como a fiel representante do povo angolano, enquanto que estudantes e intelectuais de tendência socialista depois de algum tempo concluíram que o MPLA era a alternativa séria e correcta. A UNITA tinha apoiantes quer entre os maoístas suecos, isto é a extrema-esquerda, quer entre políticos e analistas do partido Moderado, ou seja os mais conservadores. Mas deve-se mencionar que também representantes de alto nível do Partido Socialista<sup>2</sup> desenvolveram contactos próximos com a UNITA, através de alguns dos jovens dirigentes da UNITA que exerceram funções de liderança na União de Estudantes dos países ocidentais junto com líderes estudantis do Partido Socialista da Suécia. Estes contactos foram, no entanto, interrompidos depois do regresso da UNITA a Angola em 1968. Em 1969, o Movimento de Solidariedade mobilizava apoio popular para o MPLA e começou abertamente a questionar qualquer apoio à UNITA, que já não se devia interpretar como um genuíno movimento de libertação. Uma influência importante para a posição do Partido Socialista em relação aos três movimentos de libertação em Angola foi, provavelmente, os contactos de amizade entre o Primeiro-Ministro Olof Palme e os dirigentes do ANC, FRELIMO e PAIGC, que se encontraram aliados ao MPLA. (*Sellström, vol. I 1999:371–419*)

## Um apoio político – o movimento de solidariedade e o Governo

A primeira acção de apoio aos movimentos de libertação em Angola foi iniciada pelo jornalista Anders Ehnmark. Muito cedo tinha estabelecido contactos com os dirigentes exilados dos movimentos de libertação das colónias portuguesas e deslocou-se ao Baixo Congo em 1961 para estudar a situação dos refugiados. O vespertino *Expressen* publicou uma série de artigos sob o título “A África vista de dentro”, por proeminentes intelectuais africanos convidados por Ehnmark, tais como Mário de Andrade e outros. A organização

<sup>2</sup> Emprega-se aqui o nome Partido Socialista, embora a tradução literal do nome sueco seja Partido Social-Democrata da Suécia. Este partido sueco é mais próximo do Partido Socialista português que do Partido Social-Democrata português.

CONCP (Conferência das Organizações Nacionalistas das Colónias Portuguesas) contactou o *Expressen* com um apelo de apoio financeiro e este apelo teve como resultado que o maior jornal do país iniciou a campanha “Ajuda a Angola”, que decorreu de Julho a Setembro de 1961, para angariar fundos de apoio aos refugiados angolanos no Baixo Congo. A resposta foi extraordinária, grupos de teatro e artistas juntaram-se à campanha e o valor total angariado foi nada menos que 251 000 SEK (coroas suecas). O dinheiro foi utilizado para a compra de antibióticos que foram distribuídos aos serviços médicos do MPLA no Congo. (*Sellström, 1999, vol. I:383–390*)

Durante os anos sessenta os Grupos África da Suécia, que existiam nas cidades universitárias e em mais algumas cidades, foram bastante activos em disseminar informação sobre as guerras coloniais em África. A sua revista mensal acompanhava sistematicamente o desenvolvimento político e militar em Angola, Guiné-Bissau e Moçambique apresentando qualificadas análises sobre a situação em cada um dos países. Juntamente com outros grupos de estudantes e académicos os Grupos África foram instrumentais em despertar a opinião pública a favor da luta contra o poder colonial.

Em 1970, quando os liberais defenderam a FNLA, o o Partido Socialista ainda não tinha clarificado a sua posição em relação ao MPLA, o Grupo Angola-MPLA de Estocolmo fez uma profunda análise do carácter político e dos objectivos dos três movimentos em Angola. A questão foi alvo de debate nos Grupos África e num artigo na revista *Södra Afrika bulletinen* (Boletim da África Austral) os Grupos África locais de quatro cidades concluíram que o MPLA era o único movimento merecendo apoio. Através da sua advocacia pro-MPLA durante os anos seguintes, os Grupos África contribuíram para o facto de o Governo sueco nunca ter concedido apoio aos movimentos FNLA e UNITA.

Em 1971 o Governo sueco concedeu o primeiro apoio de carácter oficial ao MPLA, no montante de 500 000 SEK. Desta verba 90% foi utilizada, o que fez com que o Governo, através da Asdi, decidiu aumentar o apoio para 2 MSEK (milhões de coroas suecas) em 1972/73. Mas, surpreendentemente, quase nada foi utilizado, sem se compreender o motivo para isso. O apoio foi plenamente humanitário, e tinha como objectivo ajudar o grande número de refugiados angolanos que se encontraram nos países vizinhos, vivendo em condições muito precárias. O antigo chefe da Divisão de Aprovisionamento da Asdi descreveu a cooperação com o MPLA como o seu “maior desapontamento”. Ele teve a impressão que a própria resolução política do Governo sueco de oferecer o apoio ao MPLA foi considerado pelo movimento mais importante que o apoio material como tal. (*Sellström, vol. II, 2002:110*)

Durante os primeiros anos a administração do apoio foi muito complexa, visto que o MPLA – muitas vezes o próprio Dr. Agostinho Neto – mudava as prioridades e sempre entregava novas listas de material a ser fornecido. Mais tarde surgiram complicações de ordem política por causa do acordo entre o

MPLA e a FNLA em 1972, e mais tarde ainda, por causa do conflito interno no MPLA. O Programa de Importação de mercadorias era gerido pelo escritório da Asdi na Embaixada de Suécia em Lusaka, Zâmbia, mas também através de contactos e negociações com a representação do MPLA em Dar-es-Salaam, dependendo das circunstâncias.

Depois da suspensão de Daniel Chipenda em 1973 e a seguinte crise do MPLA, a cooperação ficou em ponto morto. A Embaixada da Suécia e a Asdi em Lusaka deixaram-se influenciar pela posição crítica do Governo da Zâmbia em relação ao MPLA, e os pagamentos foram congelados por decisão local da Embaixada. O MPLA receou que todo o apoio tivesse sido cancelado, o que, de facto, não era o caso, porque o apoio a uma escola no Congo continuava através do UNESCO, como também a entrega de mercadorias já compradas. Os desembolsos eram na realidade maiores que os do ano anterior. E, finalmente, as opiniões divergentes da Asdi foram esclarecidas e o problema resolvido.

Em Abril de 1974, só alguns dias antes do golpe militar em Portugal, o Dr. Agostinho Neto fez uma visita improvisada à Suécia, e novos acordos e orçamentos podiam ser estabelecidos. Mas ninguém esperava que as coisas fossem mudar de um dia para outro, e pouco tempo depois foi necessário modificar os detalhes para que os projectos pudessem ser mudados do Congo para o Norte de Angola. Todo o conteúdo do Programa de Importação de bens teve que ser adaptado à nova situação pós-25 de Abril.

O investigador sueco Tor Sellström faz uma análise pertinente da assistência sueca ao MPLA num dos seus livros sobre o papel da Suécia no processo de libertação nacional dos países da África Austral:

Sendo, de longe, o menos favorecido dos sete movimentos de libertação africanos apoiados pela Suécia, a relação oficial de apoio, não obstante, significava um reconhecimento de facto do MPLA como o legítimo ‘Governo-estando-à-espera’. Assim foi também interpretado pelos dirigentes do MPLA, e também pelos movimentos concorrentes FNLA e UNITA. Apesar das frustrações mútuas em relação à implementação da assistência humanitária, e contra a posição tomada por outros actores próximos da Suécia – nomeadamente o Governo da Zâmbia – o Governo social-democrata [socialista] nunca rompeu relações com o MPLA, e também não estabeleceu ligações com a Revolta do Leste de Daniel Chipenda, FNLA ou UNITA. A relação estabelecida através da assistência sueca fez com que as duas partes pudessem encontrar uma plataforma comum e estabelecer uma relação política duradoura. *(Sellström, vol. II, 2002:131)*

### **Ryszard Kapuściński: Mais um dia de vida. Angola – 1975**

Toda a gente se afadigava a construir caixotes. Mandaram vir montanhas de tábuas e de contraplacado. O preço dos martelos e dos pregos subiu vertiginosamente. Os caixotes eram o principal tópico de conversa – como os construir, qual o melhor material para os tornar mais resistentes. Apareceram subitamente especialistas autoproclamados, especialistas de caixotes, arquitectos caseiros de caixotaria, mestres de estilos de caixote, escolas de caixotes e modas de caixotes. Dentro da Luanda de cimento armado e tijolos, erguia-se uma nova cidade de madeira.

...

Os caixotes dos pobres são inferiores a vários títulos. São mais pequenos, muitas vezes diminutos, e não têm bom aspecto. Não podem competir na qualidade; a qualidade da mão-de-obra deixa muito a desejar. Enquanto os ricos podem contratar artistas, os pobres têm de fazer os caixotes com as suas próprias mãos. O material que usam são pedaços desirmanados que foram buscar ao madeireiro, restos da serralharia, vigas empenadas, contraplacado com fendas, tudo o que se pode arranjar em segunda mão. Muitos dos caixotes são feitos de chapa batida, de latas de azeite, tabuletas velhas e placas enferrujadas; parecem-se com os bairros de lata em ruínas da zona dos africanos. Não vale a pena espreitar-lhes para dentro – não vale a pena e não se faz.

Os caixotes dos ricos estão nas ruas principais do centro ou nas transversais cheias de sombra de zonas residenciais caras. Pode-se olhar para eles e admirá-los. Os caixotes dos pobres, por outro lado, agonizam em portais, pátios, alpendres. Escondem – se por agora, mas acabarão por ter de atravessar toda a cidade até ao porto, e a ideia daquela procissão patética é pouco atractiva.

...

Gradualmente, noite após noite, a cidade de pedra transferiu o seu valor para a cidade de madeira. Gradualmente, também, as pessoas alteraram a sua estimativa da cidade de pedra. Deixaram de pensar em termos de casas e apartamentos e falavam somente de caixotes. Em vez de dizerem: – Tenho de ir ver o que tenho em casa – diziam: – Tenho que ir passar revista ao meu caixote. Nesta altura, era a única coisa que lhes interessava, a única coisa com que se preocupavam. A Luanda que iam deixar tinha-se transformado num estranho e tenso cenário, vazio porque o espectáculo tinha terminado.

Nunca vira uma cidade assim em nenhuma parte do mundo, e talvez não volte a ver nada que se lhe assemelhe. Existiu durante meses e, de súbito, começou a desaparecer. Ou melhor, bairro após bairro, foi levada de camião para o porto. Agora, espalhava-se à beira-mar, iluminada à noite pelas lanternas do porto e o clarão das luzes dos navios ancorados. De dia, as pessoas deambulavam pelas ruas caóticas, a pintarem o nome e morada em pequenas placas, tal como qualquer pessoa em qualquer parte do mundo quando constrói uma casa. Por consequência, era quase possível convencermonos de que se tratava de uma cidade normal, de madeira, mas que tinha sido fechada pelos habitantes, quando, por razões desconhecidas, tiveram de partir à pressa.

Mais tarde, quando as coisas na cidade de pedra tinham piorado muito e nós, o seu punhado de habitantes, esperávamos como fatalistas pelo dia da sua destruição, a cidade de madeira fez-se ao mar. Foi levada por uma grande frota e, ao fim de várias horas, desapareceu com ela para lá da linha do horizonte. Isto aconteceu subitamente, como se embarcações de piratas tivessem aportado, pilhado um tesouro valioso e escapado com ele.

...

Não sei se já alguma vez se deu a deslocação de uma cidade inteira pelo oceano, mas foi exactamente isso que aconteceu. A cidade navegou para o mundo, à procura dos seus habitantes.

*In: Mais um dia de vida. Angola – 1975, por Ryszard Kapuściński. Tradução: Ana Saldanha. Campo das Letras – Editores, S.A. – Porto, 1997.*

## Paz em Angola?

Depois da pacífica Revolução dos Cravos em 25 de Abril de 1974, o império de Portugal foi condenado ao colapso. A guerra colonial tinha sido a causa principal dos oficiais dissidentes de encenar um golpe militar cujo resultado, entre outras coisas, foi a Independência das colónias em África. No caso de Angola, Portugal preferiu entregar o poder a um Governo unificado e tomou um papel activo na reconciliação entre os três movimentos de libertação. Igualmente, a OUA punha os dirigentes do MPLA, FNLA e UNITA sob pressão para que formassem uma frente unida. Os três movimentos, portanto, reconheceram-se um ao outro em princípios de 1975 com direitos e responsabilidades iguais e acordaram sobre um período de transição para preparar o terreno para a Independência.

Em 10 de Janeiro os movimentos de libertação e Portugal definiram a data da Independência de Angola a 11 de Novembro de 1975. Sob o Acordo de Alvor formou-se um Governo de transição, incluindo o MPLA, FNLA e UNITA.

No entanto, as partes representadas no Governo de transição falharam em resolver os seus profundos desentendimentos ideológicos. O frágil Governo de transição foi dissolvido, e violentos combates irromperam no mês de Julho. A UNITA fez uma aliança com a FNLA, e uma autêntica guerra civil irrompeu depois de a UNITA ter feito uma declaração de guerra contra o MPLA em 1 de Agosto de 1975. Depois do colapso da coligação o MPLA veio a ocupar todas as pastas do Governo angolano.

A guerra em Angola que seguiu depois da Independência foi um conflito “por procuração” da Guerra Fria até 1992. Os dois lados tiveram apoios financeiros e militares de acordo com as ideologias. A União Soviética e Cuba estavam, por consequência, do lado do MPLA, enquanto que a UNITA, com base étnica e uma orientação fortemente anti-comunista (apesar de inicialmente ter tido apoio da China), recebeu o seu apoio mais importante da África do Sul do apartheid e dos Estados Unidos.

Desde estes primeiros tempos da Independência, o povo angolano viveu no meio de uma guerra civil até o ano 2002. Uma grande porção do território nacional tem estado sob controlo da UNITA, e durante mais de 25 anos a guerra tem sido a maior preocupação do Governo. O conflito tem causado a devastação de cidades e aldeias; a terra cultivada foi abandonada ou não podia ser lavrada por causa das minas anti-pessoais. A infra-estrutura em todo o país se encontra hoje em ruínas. A guerra trouxe inexprimíveis sofrimentos a milhões de angolanos com a fome, as doenças entre crianças e adultos, a falta de protecção, a violência e a violação dos Direitos Humanos. Várias gerações foram afectadas, e os efeitos destes sofrimentos e traumas vão-se manter e assim também afectar futuras gerações.

Uma das mais severas consequências da guerra a nível da sociedade é o imenso número de pessoas deslocadas/refugiados internos. Já na altura da Independência manifestou-se uma forte migração das zonas rurais para as grandes cidades, e, em primeiro lugar, para Luanda. Durante as diferentes ondas de guerra intensificada, cada vez mais pessoas foram forçadas a deixar os seus municípios<sup>3</sup> de origem na procura de segurança e meios de sobrevivência. Entre 1998 e 2002 mais de três milhões de pessoas fugiram das zonas rurais para as cidades, que tinham mais segurança. Em 2006, Luanda, a antiga capital colonial planeada para meio milhão de habitantes, tem uma população de aproximadamente cinco milhões de habitantes segundo as estimativas<sup>4</sup>.

É desnecessário explicar que as condições de saúde do povo angolano foram profundamente afectadas pela guerra e que todos os indicadores de saúde demonstram uma situação extremamente desencorajante.

---

<sup>3</sup> Angola tem 18 províncias, 163 municípios e 532 comunas.

<sup>4</sup> Não foi feito nenhum censo populacional completo desde 1970. O Instituto Nacional de Estatística (INE) tem realizado três *Multiple Indicator Cluster Surveys* (MICS). Os MICS baseiam-se em amostras de municípios em que a situação de segurança permitisse o trabalho de recolha de dados durante a guerra. O último MICS foi realizado em 2005. As estimativas populacionais de Luanda foram feitas há uns anos atrás através de uma técnica de fotografia aérea e cálculo de número de habitantes por casa.

# Parte 1: O início

## O prelúdio – a primeira solicitação de apoio ao Sector da Saúde

A cooperação bilateral entre a Suécia e Angola foi estabelecida por um acordo geral assinado já em Outubro de 1976. Este evento teve lugar algumas semanas depois de o Partido Socialista da Suécia, pela primeira vez em várias décadas, ter perdido as eleições parlamentares. O novo Governo foi formado por uma coligação tri-partidária de tendência liberal/conservadora. Este Governo não encontrou motivos para modificar os Programas de Cooperação já acordados pelo Governo anterior, embora a retórica marxista de Angola e do MLPA estivesse em flagrante contraste com a linha política liberal/conservadora da Suécia. Mas havia um consenso político em relação à descolonização e a libertação das colónias portuguesas foi recebida com satisfação por todas as tendências democráticas do país. A primeira funcionária da Asdi em Luanda, Sra. Carin Norberg, lembra-se hoje que o novo Governo sueco olhava para Angola como “o País do Futuro”, e que havia um sincero interesse em ajudar Angola a se pôr de pé como uma nação independente.

Em Abril de 1977 Angola entrou em contacto com a Asdi pedindo apoio à importação de equipamento médico. Visto que o Governo sueco estava bem consciente da situação de emergência em Angola, mandou duas delegações a Luanda no verão de 1977. Primeiro uma delegação de alto nível chefiada pelo Ministro da Cooperação Internacional, e da qual fazia parte o Director Geral da Asdi, Sr. Ernst Michanek. A segunda delegação, de carácter mais técnico, era composta por um consultor e um funcionário da Divisão de Saúde da Asdi.

Ambas as delegações ficaram bem impressionadas e concluíram que as necessidades eram tremendas e que os planos estavam bem formulados, embora um pouco irrealistas. Seria realmente possível conseguir atingir as províncias e melhorar os serviços de saúde da população pobre no campo? E quais seriam os efeitos da intentona recente de golpe de estado? Mas apesar destas dúvidas, as delegações averiguaram que o país estava em gritante necessidade de apoio a quase todas as áreas do Sector da Saúde. Este tipo de apoio foi também considerado de importância estratégica no sentido de defender Angola contra a agressão da África do Sul. Estas conclusões tornaram-se os principais motivos quando as delegações resolveram propor o Sector da Saúde como área de concentração do Programa de Cooperação entre a Suécia e Angola. Esta decisão foi o início de uma cooperação que se ia manter durante quase trinta anos.



### **Cuidados de Saúde no tempo colonial**

O sistema de saúde no tempo colonial era concentrado às cidades e às regiões de maior importância económica. A tendência era principalmente curativa e o sistema era predominantemente privado. A única exceção era o Programa de Controlo e Tratamento da Tripanossomíase, que era organizado pelo Estado. Havia maior prevalência de tripanossomíase em algumas das zonas do Norte do país, isto é no centro da produção de café e outras culturas de exportação. Angola tinha desenvolvido uma experiência única de combate à doença-do-sono e em 1973 ela era praticamente erradicada em todo o país.

O Estado também se responsabilizava pela formação de Agentes Sanitários de Assistência Rural, quer dizer uma categoria de trabalhadores de saúde a nível de aldeia que também desempenhava o papel de extensionista rural (vulgarizador). Foram treinados por volta de 2 000 agentes durante os anos sessenta e setenta.

Mas a espinha dorsal do sistema de saúde durante o tempo colonial foram os serviços de saúde oferecidos à população africana pelas diferentes missões cristãs. Dependendo dos recursos locais, tratava-se de pequenos postos ou centros de saúde, mas havia também hospitais e maternidades com pessoal bastante qualificado.

É difícil interpretar as estatísticas do período antes da Independência, porque pensava-se que as autoridades coloniais “cozinham” os números para fazer com que as estatísticas parecessem melhores nas comparações internacionais. Em 1973, a mortalidade infantil era de 59,8 por 1 000 nados vivos. Do número total de óbitos 30% eram causados por doenças diarreicas agudas (DDA), 4% por sarampo e 0,5% por malária. Não há dados sobre tétano.

Os cursos de formação de enfermeiros/as tinham um nível inferior aos de Portugal, e somente nos anos setenta se fez uma reforma para criar um curso uniforme. Em finais dos anos sessenta, abriu a Faculdade de Medicina em Luanda, mas a maioria dos estudantes vinham de Portugal. Poucos estudantes africanos tinham acesso ao ensino superior, com a consequência de que Angola tinha poucos quadros formados na área da saúde no momento da Independência. A maioria dos médicos e enfermeiros portugueses deixaram o país, o que também aconteceu com os quadros administrativos e técnicos do sector.

Um dos médicos entrevistados em 2006 dá-nos uma imagem da situação aquando da Independência:

– Em 1975 só havia um médico angolano no Sul do país e era eu. Eu era jovem e não tinha muita experiência. A minha tarefa era dar apoio a toda a estrutura de saúde, que era sustentado por enfermeiros e técnicos de raio X e de laboratório. Assim cheguei a conhecer todos os municípios de Cunene, Namibe, Huíla e Kuando-Kubango...

*Fonte: Björck, M, Relatório informativo à Asdi ligado ao apoio ao Sector da Saúde em Angola (em sueco) e entrevista com o Dr. Raúl Feio.*

## O Congresso do MPLA

### – planeamento para a saúde pós-Independência

A primeira política de saúde foi adoptada pelo Congresso do MPLA em Dezembro de 1977, quer dizer dois anos depois da Independência. O Congresso deliberou que Angola devia ter um sistema de cuidados de saúde em que Postos e Centros de Saúde teriam um papel central para garantir os Cuidados Primários de Saúde (CPS) em todo o país. Os cuidados de saúde deviam ser gratuitos e devia-se dar a prioridade aos cuidados preventivos, baseados na vacinação, educação para a saúde e saneamento básico e do ambiente. Os cuidados de saúde providos nos Centros de Saúde e nos Hospitais tinham que ser de melhor qualidade, significando que os trabalhadores de saúde, por sua vez, tinham que ser mais qualificados e ter melhor formação.

O Sistema de Saúde devia ser totalmente reorganizado. Assistentes sanitários e parteiras tradicionais deviam dar assistência às populações a nível das aldeias. O Posto de Saúde devia servir uma população de 10–15 000 pessoas, enquanto que o Centro de Saúde, melhor equipado, devia servir 20–50 000 pessoas. O nível a seguir do sistema era o Hospital Provincial, que devia servir 150–200 000 pessoas ou mais.

Naquela altura o Governo angolano não dispunha de dados fiáveis sobre a condição e o número de Unidades de Saúde (US) no país (Postos, Centros e Hospitais), por não mencionar números e categorias de quadros de saúde. Por isso, o Congresso declarou que os planos para o Sector da Saúde teriam que ter uma certa flexibilidade. Como uma primeira meta fixada, o Congresso decidiu que 100 Centros e 400 Postos de Saúde seriam construídos/reabilitados até o ano 1980.

### Que tipo de apoio ao Sector da Saúde?

Nesta altura Angola tinha apoio das Nações Unidas através do Unicef, Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR), e de vários países da Europa do Leste e Cuba. A delegação da Asdi imaginava um arranjo pelo qual a maior parte do apoio poderia ser canalizada através das Nações Unidas, mas a parte angolana expressou firmemente a sua preferência por uma cooperação bilateral. Além disso, a delegação angolana solicitou apoio através de Assistência Técnica (AT), mas este pedido foi rejeitado pela delegação sueca. Os delegados suecos afirmaram que não seria possível recrutar pessoal de saúde para Angola, dado que não havia especialistas suecos com suficiente domínio da língua portuguesa. A situação habitacional em Luanda também complicava, porque era muito difícil encontrar casas para estrangeiros.

## O primeiro acordo

Durante a preparação do primeiro acordo, o Gabinete de Cooperação da Asdi tinha diferentes contactos quer oficiais, quer informais, para recolher informação e para discutir as propostas formuladas por Angola. Sra. Carin Norberg recorda o falecido Dr. David Bernardino como um dos contrapartes mais importantes e convincentes quando se tratava de fazer os funcionários da Asdi compreender a necessidade gritante de Angola de obter apoio para o Sector da Saúde.

Quase um ano mais tarde, em Maio de 1978, a Asdi enviou um grupo de consultores especialistas a Angola com a tarefa de identificar as áreas de cooperação do Sector da Saúde. Esta equipa concluiu que não era possível elaborar um programa detalhado de apoio. Havia poucos dados quantitativos fiáveis e também não estava claro se seria possível canalizar o apoio através das Nações Unidas ou não, e, finalmente, a guerra podia derrubar qualquer plano.

Com esta reserva, a delegação propôs as seguintes sete áreas:

- Vacinação
- Água
- Malária
- Nutrição
- Transportes
- Produção doméstica de medicamentos essenciais
- Centros e Postos de Saúde

A pedra angular da Política de Saúde da Asdi<sup>5</sup> era actividades de CPS destinadas à população pobre das zonas rurais. Estas sete áreas estratégicas estavam, portanto, em sintonia com a política e a Asdi embarcou no empreendimento de melhorar os CPS nas zonas rurais em todas as partes de Angola.

A verba do *primeiro acordo*<sup>6</sup> era de 41,3 MSEK para um período de três anos (1979–82). 20 MSEK destinavam-se aos CPS e a projectos de água nas zonas rurais, uma orientação que bem reflectia a política da Asdi. Contudo, a Asdi sublinhou que as áreas seleccionadas deviam ser vistas como temporárias, e que o apoio podia ser reorientado com o tempo. Consequentemente, funcionários e consultores da Asdi fizeram várias visitas a Angola durante os primeiros anos da cooperação no Sector da Saúde.

Na Asdi surgiram dúvidas sobre o Programa de Cooperação bastante cedo. Seria na realidade possível atingir as populações pobres que mais necessita-

<sup>5</sup> A Política de Saúde da Asdi foi formalmente adoptada em 1982, mas começou a ser aplicada já em finais dos anos setenta.

<sup>6</sup> Acordo específico para o Sector da Saúde.

vam dos serviços de saúde? E seria possível fazer o apoio sueco chegar até as províncias como previsto? Um dos funcionários da Divisão da Saúde da Asdi que tinha participado nas negociações entre a Asdi e o Ministério da Saúde (MINSA) em Luanda recorda-se que os responsáveis angolanos estavam em pleno acordo com a Política de Saúde da Asdi e o seu foco no acesso dos pobres aos serviços de saúde. Mas quando as discussões avançaram para os aspectos mais concretos do apoio, a delegação angolana lançou como primeira prioridade uma unidade super-moderna de radiografia para um dos grandes hospitais em Luanda. Na gíria interna da Asdi os funcionários, depois de algum tempo, começavam a falar de “apoio à Saúde em Luanda” porque suspeitavam que a maior parte dos recursos do programa de apoio ficava na capital. Embora algumas das pessoas encarregadas tenham tentado levantar estes aspectos cruciais para discussão, com a intenção de adaptar o apoio à realidade complexa de Angola, não houve resposta da parte dos chefes da Asdi.

# As expectativas não foram satisfeitas

## Grande diferença entre orçamento e execução

Os vários componentes do Programa desenvolveram-se de forma diferente. Os componentes água, nutrição<sup>7</sup> e vacinação<sup>8</sup> funcionavam bem, mas a Asdi descobriu que o componente malária<sup>9</sup> não se desenvolvia como planeado. Mas mesmo assim, e sem qualquer análise mais profunda, a Asdi então duplicou a verba para o Programa de Malária que foi estendido para também incluir tripanossomíase, tuberculose (TB) e lepra. Embora não tenha sido explicitamente dito, parece que um dos motivos importantes para isso foi gastar o orçamento anual acordado, que era muito generoso considerando a limitada “capacidade de absorção” de Angola naqueles tempos. Os programas para controlo e tratamento das endemias, como tripanossomíase e lepra, conseguiam “absorver” uma boa parte dos recursos financeiros, mas mesmo assim somente metade da verba orçamentada podia ser desembolsada pela Asdi.

Tabela 1, 1º Acordo 1979/80–1981/82<sup>10</sup>

| Programa                                    | Orçamento, MSEK | Desembolso  |
|---------------------------------------------|-----------------|-------------|
| Desenvolvimento dos CPS (bilateral)         | 10.0            | 0.6         |
| Programa Alargado de Vacinação/PAV (Unicef) | 5.0             | 3.2         |
| Programa de Malária (OMS)                   | 6.0             | 7.0         |
| Água (Unicef)                               | 10.0            | 7.2         |
| Nutrição (Unicef)                           | 9.0             | 2.1         |
| Transportes (bilateral)                     | 1.3             | -           |
| <b>Total</b>                                | <b>41.3</b>     | <b>20.1</b> |

Este baixo nível de execução orçamental/desembolso tornou-se um problema sério da Asdi, visto que a porção orçamental do OGE sueco destinada à cooperação para o desenvolvimento sempre costumava ser alvo de polémica política nos debates do Parlamento sueco e nos meios de comunicação social. Por isso, foi necessário utilizar as verbas destinadas aos diferentes países/sec-

<sup>7</sup> Os componentes água e nutrição eram implementados pelo Unicef.  
<sup>8</sup> O componente vacinação fazia parte do Programa Alargado de Vacinação implementado pelo Unicef.  
<sup>9</sup> Na altura fazia parte do Programa de Malária da OMS.  
<sup>10</sup> Até 1997 o ano fiscal da Suécia decorria de 1 de Julho a 30 de Junho. A partir de 1997 o ano fiscal coincide com o ano civil.

tores, embora no caso de Angola se tratasse de um país recém independente e com falta de quadros com suficiente experiência de gestão para implementar actividades conforme os planos acordados entre os dois Governos.

Durante as Consultas Anuais os angolanos e os suecos levantaram questões totalmente diferentes. A parte angolana repetia o desejo de receber AT e insistia que o apoio através das agências Nações Unidas fosse substituído por uma cooperação bilateral mais extensa, por exemplo com apoio à área da psiquiatria. A Suécia, por seu lado, preferia dar prioridade à Saúde Materno-Infantil, mas foi informada que esta área já tinha mais recursos que podia absorver. Podia-se, portanto, descrever esta situação como dois monólogos em vez de um diálogo entre dois parceiros. Segundo os suecos que assistiram às reuniões o problema residia no MINSA, e um consultor sueco argumentava que *“as nomeações [dos responsáveis do MINSA] foram baseadas em critérios políticos em vez de critérios profissionais”*.

## Tentativas de preencher o vazio

Em Janeiro de 1983 a Asdi realizou a Consulta Anual de costume, mas esta vez para fazer o acompanhamento das actividades em curso e para iniciar a preparação de um novo acordo trienal. A instrução do Director Geral da Asdi à equipa da Consulta Anual dizia explicitamente que os funcionários e consultores da equipa deviam fazer tudo para melhorar a coordenação no terreno entre os diferentes componentes do Programa, visto que a falta de coordenação foi considerada um problema maior. Além disso, a instrução dizia que se devia reduzir o número de componentes do Programa e, ainda, que se devia fazer uma análise cuidadosa do apoio ao Programa de Malária neste contexto.

Durante o decorrer da Consulta Anual verificou-se que havia bastantes divergências entre as expectativas de Angola e a visão da Asdi sobre a cooperação. Enquanto que os representantes da Asdi se esforçavam por diminuir o número de componentes, e, novamente, insistiam em canalizar o apoio através das agências das Nações Unidas, o MINSA expressou desejos de ter apoio ao Instituto Nacional da Saúde e aos CPS em seis zonas piloto. Em retrospectiva, parece que ambas as partes alimentavam as suas respectivas ilusões sobre aquilo que seria possível atingir sob as difíceis circunstâncias em Angola.

Consequentemente, as negociações terminaram com vários compromissos das duas partes, mas na realidade significavam uma reformulação do Programa de Cooperação puramente cosmética. Assim, a equipa da Asdi por exemplo resolveu o dilema da redução do número de componentes pela redefinição de vários componentes chamando-os “actividades de CPS”, para assim satisfazer a parte angolana e, ao mesmo tempo, se manter dentro dos limites da Política de Saúde da Asdi em que os CPS constituíam a prioridade.

As duas partes concordaram sobre um orçamento de 45 MSEK para o seguinte período trienal, isto é 1982/83–1984/85. O Programa de Controlo e Tratamento das Doenças Endémicas continuava com a maior parte do orçamento com 16,5 MSEK.

## Melhor uso do dinheiro da cooperação

Em finais do período deste segundo acordo, 80% do orçamento tinha sido gasto, ou seja 36,5 MSEK, o que a Asdi considerava um progresso do ponto de vista de execução orçamental. No entanto, o objectivo original, formulado em 1978, de apoio aos CPS e de servir a população rural foi difícil de atingir, e somente um terço deste item orçamental foi utilizado (3,7 de 11,5 MSEK). A Asdi, por isso, achava necessário desviar-se da política de apoio aos CPS nas zonas rurais. A nova opção foi dirigir o apoio à administração central do MINSA, mas somente como medida temporária.

**Tabela 2, 2º Acordo 1982/83–1984/85**

| Programa                                               | Orçamento, MSEK | Desembolso  |
|--------------------------------------------------------|-----------------|-------------|
| CPS                                                    | 11,5            | 3,6         |
| PAV                                                    | 4,5             | 7,5         |
| Doenças Endémicas (Malária, TB/Lepra, Tripanossomíase) | 16,5            | 12,5        |
| Água                                                   | 6,0             | 6,5         |
| Nutrição                                               | 2,0             | 0,5         |
| Outros componentes (não incluídos no Acordo)           | 4,1             | 0,7         |
| <b>Total</b>                                           | <b>45,0</b>     | <b>36,5</b> |

A partir de Janeiro de 1983 o primeiro assessor sueco, Dr. Martin Björck, foi colocado na Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP) como Coordenador de Programas (assistente). Uma das suas tarefas foi o acompanhamento contínuo do Programa da Asdi, e a Asdi assim esperava conseguir uma maior coordenação dos vários componentes para que o MINSA pudesse utilizar os recursos alocados conforme os planos determinados.

## Visões e interesses em conflito

Durante o ano 1985, a Asdi e o MINSA continuavam preparando um *terceiro acordo* para o Sector da Saúde. O Governo angolano notificou a parte sueca que desejava modificar o Programa de Cooperação para o melhor adaptar à difícil situação do país. O processo de paz com a África do Sul tinha sido interrompido, e várias acções de sabotagem foram reportadas. A situação de saúde tinha piorado, porque o orçamento do Governo destinado à saúde tinha diminuído consideravelmente (de 10% do OGE em 1980 para 6% em

1985). A extensão e funcionamento dos serviços de CPS no país estavam mais limitados que logo depois da Independência. Angola desejava aumentar a verba e sugeriu 26 MSEK para 1986, incluindo quatro componentes novos e aumento da AT com dois assessores para nove postos de AT para o período trienal.

A delegação da Asdi mais uma vez trouxe uma instrução do Director Geral para concentrar o Programa e reduzir o número de componentes durante as negociações. Foi, portanto, com hesitação e certa angústia que a delegação sueca concordou com o orçamento e reservou 73 MSEK para o seguinte período trienal. O problema de concentração foi mais uma vez abordado pela Asdi através da redefinição dos conceitos e categorias do conteúdo do Programa. Esta vez a delegação Asdi motivava o número elevado de componentes argumentando que um Programa tão extenso podia ser definido como Apoio Sectorial à Saúde (*Health Sector Support*). Tal definição permitia que a Asdi entrasse com o seu apoio em áreas que não tinham apoio de outros organismos internacionais, dado que estavam interligadas. A delegação apresentava argumentos muito bem formulados para cada componente que devia ser apoiado, e quando o novo acordo (1986–88) foi ratificado em Dezembro de 1985 o apoio foi descrito pela Asdi como cuidadosamente preparado e bem pensado. O apoio ao Programa de Água e Saneamento tinha sido retirado do orçamento, mas o apoio aos CPS permanecia. A partir deste acordo, o Programa de Cooperação também incluía apoio a medicamentos essenciais para Centros e Postos de Saúde em sete províncias, formação de técnicos de saúde e educação para a saúde.

Durante a preparação do acordo, a Asdi novamente sublinhava a falta de coordenação dos diferentes componentes do Programa. Assim, acrescentou-se o apoio à função de planeamento do MINSA como uma medida de fortalecer a capacidade do Ministério. A partir de 1986, e durante quase vinte anos, o Programa integrava a função de coordenação para apoiar o MINSA com tarefas de planeamento e administração.<sup>11</sup>

As Consultas Anuais durante o período do terceiro acordo reflectem uma visão optimista, sobretudo entre as/os especialistas de saúde que participavam nestas ocasiões. Ao apresentar o seu relatório de uma das Consultas Anuais um dos médicos incluía um anexo próprio em que expressou as suas impressões positivas da implementação do Programa de Saúde. Segundo a sua análise o apoio sueco tinha-se tornado um apoio integrado ao desenvolvimento dos CPS e os programas verticais estavam também finalmente integrados. O Programa de Malária, por exemplo, tinha tido “*um desenvolvimento muito positivo e estava integrado nos Cuidados Primários de Saúde de uma forma exemplar*”. Esta análise nem sempre coincidia com a opinião da Divisão de Saúde da Asdi Estocolmo. Num memorando, uma funcionária da Divisão de Saúde

---

<sup>11</sup> Durante o período 1995–2006 foi o representante da empresa consultora InDevelop que desempenhava esta função.



afirmava que “a Asdi terá que aceitar a verdade. Vai levar muito tempo antes de se poder ver resultados, porque as perspectivas não são brilhantes”.

**Tabela 3, 3º acordo 1986–88**

| Programa                                                   | Orçamento, MSEK | Desembolso                       |
|------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------|
| Planeamento de CPS (incl. Planeamento de Recursos Humanos) | 3,9             |                                  |
| PAV                                                        | 10,5            |                                  |
| Educação para a Saúde                                      | 4,2             |                                  |
| Medicamentos Essenciais                                    | 12,5            |                                  |
| Doenças Endémicas                                          | 34,5            |                                  |
| Transportes                                                | 6,6             |                                  |
| Formação de Técnicos de Saúde (Instituto Médio)            | 10,0            |                                  |
| <b>Total (no acordo)</b>                                   | <b>73,2</b>     | <b>72,0 (appr.)<sup>12</sup></b> |

<sup>12</sup> Nem sempre é possível fornecer dados exactos de desembolso com a documentação disponível.

# Modificações do apoio

## As inconsistências não foram analisadas

Em 1988 a Asdi começou a preparação do *quarto acordo* (1989–92; mais tarde prolongado até 1993) por fazer uma espécie de retrospectiva. Durante a fase preparatória a Asdi declarou que a parte sueca desejava manter o objectivo original: Apoio aos CPS que atinjam o povo e, ainda, desenvolvimento de capacidades orientado para o nível dos CPS. Modificações de maior importância não deviam ser introduzidas e os programas apoiados deviam ser consolidadas.

Tabela 4, 4º acordo 1989–92

| Programa                                        | Orçamento, MSEK | Desembolso           |
|-------------------------------------------------|-----------------|----------------------|
| Planeamento Geral (Compreensivo)                | 19,5            |                      |
| PAV                                             | 17,2            |                      |
| Educação para a Saúde                           | 5,8             |                      |
| Medicamentos Essenciais                         | 35,5            |                      |
| Doenças Endémicas (incl. VIH/SIDA)              | 41,5            |                      |
| Formação de Técnicos de Saúde (Instituto Médio) | 10,0            |                      |
| Saúde Materna                                   | 9,7             |                      |
| Estudos/Avaliação                               | 2,0             |                      |
| <b>Total (no acordo)</b>                        | <b>165,5</b>    | <b>109,5 (appr.)</b> |

Num Memorando de Projecto a Divisão de Saúde estabeleceu o facto de que os planos não tinham sido levados a cabo como previsto e que a diferença entre orçamento e execução se mantinha (*Memorando, Setembro 1988*). A Asdi explicou esta situação pelo “*planeamento irrealista, a falta de capacidade executiva e a guerra*”, mas sem aprofundar a análise.

No mesmo Memorando, a Asdi afirma que o número de componentes do Programa devia permanecer constante, mas, quase como desculpa, foi dito que “isto, até certo grau, é compensado através das sinergias entre alguns dos programas”. A Asdi portanto presumia que os programas estavam colaborando, mas sem mencionar um único exemplo disso. Isto parece ser mais imaginação do que uma fiel imagem da realidade.

Durante 1986 e 1987 doze professoras/es de enfermagem e assessores suecos<sup>13</sup> tinham sido recrutados. A Asdi tirou a conclusão que sobretudo os assessores e planeadores tinham contribuído para aumentar a eficácia e que era necessário continuar o apoio à administração pública, isto é ao MINSA.

Foram, contudo, identificadas algumas dificuldades. Primeiro, a AT causava um peso administrativo bastante grande à Divisão de Saúde da Asdi Estocolmo e em Luanda, embora o próprio recrutamento do pessoal fosse feito através da *International Child Health Unit* (ICH – Unidade Internacional para a Saúde Infantil) com sede no Hospital Académico de Uppsala. O modelo de deixar a implementação de todo o Programa a uma empresa de consultoria já tinha sido discutido entre as partes, mas esta ideia foi sempre vigorosamente rejeitada pela parte angolana. O assunto foi novamente levantado pela Asdi, e desta vez os argumentos tiveram mais peso que antes.

O segundo problema consistia no tipo de formação de quadros de saúde que se fazia no Instituto Médio de Saúde. Este componente do apoio absorvia muitos recursos, entre eles a AT de cinco professoras suecas de enfermagem, mas na realidade não ia contribuir para uma melhoria dos serviços de saúde na periferia, que, como se sabe, foi o objectivo de longo prazo do apoio sueco. A escola para várias profissões de saúde oferecia cursos do nível médio (técnicos médios) mas as enfermeiras/os enfermeiros que concluíam o curso na realidade não estavam minimamente interessados em trabalhar nos Centros de Saúde, quer dizer a nível de cuidados primários, e ainda menos nos Postos pequenos e distantes nas zonas rurais. Ao contrário – na maioria dos casos as/os estudantes utilizavam este curso secundário para tentar entrar na Faculdade de Medicina ou em outras faculdades. E, caso não continuassem os estudos, obtinham normalmente emprego como enfermeiras/os nos hospitais ou nos serviços administrativos. Muitos deles nem sequer permaneceram no Sector da Saúde.

As dúvidas a respeito do apoio ao Instituto Médio e o facto de o Programa TB ter sido criticado numa avaliação, não inspirava a Asdi a fazer uma análise exaustiva de resultados e efeitos em relação ao orçamento constantemente aumentado. As inconsistências entre a política da Asdi e a prática no terreno foram assim deixadas sem qualquer acção e a posição da Asdi foi a de que o Programa devia ser consolidado nos seus presentes moldes. “*Don’t rock the boat*” (“*Don’t rock the boat*”) parece ter sido o princípio orientador durante muito tempo na cooperação com Angola.

Os documentos que relatam as discussões sobre o novo acordo espelham uma certa irritação. As críticas da Asdi à gestão angolana foram interpretadas pela parte angolana como um clima de negociação mais áspero. Esta

<sup>13</sup> Cinco professoras foram colocadas no Instituto Médio de Saúde de Luanda; dois planeadores de Recursos Humanos no MINSA; dois assessores de medicina e farmacologia na Direcção Nacional de Medicamentos Essenciais que trabalhavam com o PME; um coordenador assistente no Gabinete do Plano do MINSA; um assessor na Direcção Nacional de Saúde Pública e uma assessora de Educação para a Saúde na mesma Direcção.

impressão foi ainda mais forte quando a contratação de uma empresa de implementação se tornou um tópico chave do diálogo, apesar de Angola tantas vezes muito claramente ter declarado a sua opinião contrária.

#### **Ensino secundário para sobreviver**

Nos anos oitenta havia uma falta extrema de alimentos e todo o tipo de bens de consumo em Angola. O Governo tinha estabelecido um sistema de racionamento em que simples trabalhadores tinham direito a comprar uma selecção de produtos básicos, ao passo que pessoas com formação média tinham direito a cartões de racionamento que davam acesso a lojas com maior sortimento, e os que tinham grau académico beneficiaram de mais privilégios ainda. Dado que os salários (para toda a gente) não eram suficientes para sobreviver, as pessoas faziam comércio com todo o tipo de alimentos e outros produtos.

A Sra. Kerstin Bertilson é uma das cooperantes que trabalhava no MINSA quando se iniciou o apoio ao Instituto Médio. Ela explica que o motivo mais forte das/dos estudantes se inscreverem para este curso médio era simplesmente o sistema de racionamento – os estudos tornavam-se uma estratégia de sobrevivência.

Ela pergunta-se por que a Asdi nunca mandou fazer estudos um pouco mais profundos da sociedade angolana e das diferentes realidades encontradas, antes de se aventurar a iniciar projectos de longa duração com pessoal sueco de custos elevados e, ainda por cima, com efeitos incertos para os CPS do país.

A história dos cartões de racionamento foi, de facto, confirmada por Dr. Lino Silili, o actual director da Escola Técnica Profissional de Saúde de Luanda. Nos anos oitenta, pessoas de meia-idade, ou até velhos, começaram a frequentar a Universidade somente para ter direito ao cartão de racionamento suplementar.

*Fontes: Entrevistas com a Sra. Kerstin Bertilson, Planeadora de Recursos Humanos, MINSA, 1987–89 e o Dr. Lino Silili, ex-coordenador do Curso de Enfermagem do Instituto Médio.*

## **Saúde Materna é acrescentada**

Como os dados estatísticos demonstravam uma mortalidade materna (institucional) extremamente elevada no país, Angola expressou o seu interesse para também incluir a saúde materna no Programa de Cooperação. A Asdi concordou com a proposta de reservar 10 MSEK para este fim. Esta decisão foi, de facto, o início de um programa multifacetado de Saúde Materno-Infantil (SMI) que continuaria durante dezasseis anos.

O orçamento final para o período 1989–92 era de 165 MSEK, quer dizer mais ou menos 40 MSEK por ano. O Programa das Endemias, que a partir deste acordo também incluía VIH/SIDA, continuava recebendo a maior parte dos recursos, 25% do orçamento total. O Programa de Medicamentos Essenciais (PME) veio em segundo lugar, com 21%, e quase 20% foi alocado ao Instituto Médio.

É interessante observar que a situação da mulher<sup>14</sup> aparece neste acordo pela primeira vez com um parágrafo específico no Processo Verbal das negociações. A ambição de apoiar as mulheres reflectia-se também num montante bastante mais elevado para o Programa de Saúde Materna em comparação com o orçamento originalmente acordado.

O componente de Saúde Materna foi limitado à província de Luanda. Baseava-se principalmente num estudo feito pelo Dr. Staffan Bergström, obstetra sueco com experiência profissional muito sólida sobretudo de Moçambique. A sua recomendação mais importante era a criação de um sistema de cuidados de Saúde Materna com pequenas salas de parto na periferia de Luanda para assim descentralizar os partos e diminuir a pressão sobre as duas grandes maternidades em Luanda, Lucrécia Paím (nível nacional) e Augusto N'Gangula (nível provincial). Ambos os hospitais eram, na altura, monstruosamente superlotados e tinham indicadores de mortalidade materna aterrorizantes.

A primeira acção sob este novo acordo foi o recrutamento de um obstetra sueco para trabalhar com a nova estrutura de coordenação da Saúde Materna, CAOL – Coordenação de Atendimento Obstétrico em Luanda. CAOL como estrutura recebia apoio financeiro, visto que devia desempenhar um papel chave para reformar e reestruturar os cuidados de Saúde Materna com o objectivo de reduzir a mortalidade materna e melhorar a qualidade dos serviços para as mulheres grávidas. Isto estava perfeitamente de acordo com a política da Asdi para fazer com que os programas e os recursos da cooperação para o desenvolvimento atingissem as mulheres cada vez em maior grau. (*Memorando de Projecto, 1988*)

### Incentivos para parteiras

Depois do início do apoio à CAOL (1989), não demorou muito para se compreender que não era suficiente dar orçamento em divisas e TA para atacar os problemas da área de Saúde Materna. Parteiras (e médicas/os) só trabalhavam poucas horas por dia (ou não apareceram para trabalhar) e a qualidade do atendimento estava por baixo de qualquer nível aceitável, o que de facto era uma das causas da elevada mortalidade materna institucional. Esta situação ultrajante devia-se ao baixo nível de conhecimentos profissionais do pessoal, péssima gestão e um ambiente de trabalho intoleravelmente mau, em que medicamentos, equipamentos, instrumentos e até luvas faltavam. Mas o mais importante: O pessoal de saúde não conseguia sobreviver com o seu magro salário numa economia em que dinheiro, na realidade, não tinha valor nenhum. As parteiras sobreviviam de partos domésticos que podiam cobrar.

A solução para reformar o sistema foi o pagamento de incentivos às parteiras dos hospitais e das salas de parto periféricas de Luanda. Incentivos já foram pagos por várias agências multi e bilaterais, mas o sistema ainda não era praticado pela Asdi. Na CAOL, a ideia foi lançada pela assessora sueca, Dra. Britta Nordström, e depois de certa resistência foi ancorada no Gabinete do Plano do MINSA. O sistema de incentivos tinha objectivos duplos: Melhorar as condições de vida das próprias parteiras para que trabalhassem todas as horas dos seus turnos e também motivá-las para desempenhar a sua tarefa com melhor qualidade.

<sup>14</sup> Nesta altura a Asdi ainda falava da "situação da mulher" ou a "condição feminina", e somente depois de 1990 o termo "género" (*gender*) começou a ser utilizado.

A Asdi concordou com os incentivos em Setembro de 1991. Critérios e regras foram definidos pelo Gabinete do Plano e a assessora sueca e aprovados pela Asdi. (As mesmas regras foram aplicadas quando a empresa InDevelop mais tarde tomou a responsabilidade da implementação do Programa.) Inicialmente o sistema foi exclusivamente destinado às parteiras, mas foi mais tarde estendido para os níveis de gestão no Programa de Saúde Materna, à formação de parteiras e ao PME.

As salas de parto tinham três turnos, e o incentivo foi definido em 5 USD/turno. As parteiras registraram num livro de ponto especial e a parteira chefe de cada sala de parto era responsável pelo controlo de presenças. Com os incentivos, o salário das parteiras primeiro veio a duplicar, mas com a inflação de 800% por ano o salário tinha aumentado em 525% em Setembro de 1993. O salário de uma parteira era à volta de 1 milhão de Kz, enquanto que um médico ganhava 2–3 milhões de Kz no sistema público de saúde. Com os incentivos a parteira podia ganhar até 7,3 milhões/mês, o que largamente ultrapassava todos os salários do sistema de saúde. Esta situação insustentável criava tensões e outros programas começavam a olhar para os incentivos como ameaça às suas actividades.

Em Outubro de 1993, 136 parteiras estavam recebendo incentivos. O custo era aproximadamente 1 MSEK/ano. A administração do sistema era complicada e as responsáveis gastavam muito tempo com ela. As listas de presenças das salas de parto tiveram que ter o aval do Gabinete do Plano e da Asdi. A Asdi depois pagava o valor em questão a uma conta bancária especial. A parteira/administradora da CAOL e a assessora levantavam o dinheiro em numerário, o que nem sempre foi fácil porque o Banco muitas vezes recusou o pagamento alegando que não tinha tantos dólares em caixa. As duas senhoras depois transportavam o dinheiro para a casa da assessora, que era o único lugar seguro. Depois de conferir o montante (o Banco às vezes enganava-se) o dinheiro era distribuído a cada parteira.

Três consultores avaliaram o sistema em 1993. Eles recomendavam um sistema mais simples, e, sobretudo, que se eliminasse este manuseamento do dinheiro tão arriscado. Os incentivos deviam gradualmente ser reduzidos, para ficarem mais equilibrados em relação aos salários oficiais. O sistema devia ser avaliado mais uma vez depois de mais alguns anos para se poder estudar os seus efeitos sobre as condições de vida, a disciplina laboral e a qualidade do trabalho das parteiras.

Apesar dos detalhes bastante absurdos do sistema, é opinião geral que este suplemento salarial realmente produzia os efeitos positivos esperados entre as parteiras das pequenas salas de parto e dos hospitais, sendo elas as principais beneficiárias. Considera-se também que estes efeitos positivos beneficiavam as parturientes.

*Fontes: Åkesson et al., Topping-up of salaries to midwives in Luanda, Angola. Novembro de 1993. Entrevistas com a Sra. Kerstin Bertilsson, Coordenadora no MINSA e Administradora da InDevelop, e as Dras. Anna-Karin Karlsson e Britta Nordström.*

## Condições, sim – mas o optimismo mantém-se

Em face da Consulta Anual em Novembro de 1989, o Director Geral da Asdi tinha – mais uma vez – feito baixar uma instrução à delegação sueca de não aceitar novos componentes ou mais AT, embora houvessem grandes necessidades. A delegação devia discutir métodos para atingir províncias e municípios com os serviços de CPS, e, igualmente, métodos para coordenar os diferentes componentes dos CPS, como vacinação, cuidados de Saúde Materno-Infantil, controlo e tratamento de doenças endémicas, etc. A ins-

trução sublinhava que todos os componentes deviam ser discutidos e analisados em detalhe e que a situação das mulheres devia ser realçada. A delegação foi também lembrada de um pormenor que começava a aparecer nos acordos com vários países na altura: Os fundos suecos de cooperação para o desenvolvimento não podiam ser utilizados para o financiamento de “benefícios regulares”, como incentivos (*topping-up*) ao pessoal angolano. Além disso, a delegação devia estabelecer claramente que os planos de cada componente teriam de ser apresentados com antecedência, e se isto não acontecesse a Asdi podia cancelar o desembolso de fundos. Em resumo, a Asdi formulou uma série de condições do apoio sueco.

Mas, como nas várias ocasiões anteriores, as discussões focavam mais no futuro que nas experiências e nas lições do passado. E, como de costume, a Consulta Anual foi caracterizada por optimismo e confiança no futuro próximo. Um capítulo importante das conversações tratava da possível expansão geográfica do Programa quando a situação de segurança permitir. Num relatório de viagem um dos membros da delegação refere que a Consulta Anual foi realizada “*de alta velocidade e com reuniões diárias que não permitiam visitas de campo*”.

## Esforços para melhor coordenação

Durante os dois anos 1989 e 1990 aproximadamente 90% da verba orçamentada foi utilizada, e as delegações da Asdi podiam concentrar as discussões na melhoria da qualidade dos diferentes componentes/programas em vez de sempre pressionar o MINSA para utilizar os fundos alocados.

A Consulta Anual em Novembro/Dezembro de 1990 diferia um pouco do ritual de costume. Uma equipa de especialistas visitou todos os programas apoiados pela Asdi para fazer o seguimento das recentes avaliações para obter uma base mais sólida para as negociações. A equipa tentou analisar como os diferentes programas/componentes estavam conectados/ coordenados, visto que este problema tinha sido discutido desde o início da cooperação. Contudo, o problema da coordenação horizontal já não tinha tanta importância, porque o objectivo do apoio tinha sido reformulado para ser um complemento a outros apoios internacionais.

Com esta perspectiva de coordenação, a delegação sueca concluiu que o Programa de Formação (Instituto Médio) devia ser o eixo do futuro apoio da Asdi. Mas por causa da falta de tempo durante a Consulta anual esta ideia não foi elaborada em detalhe com a parte angolana.

## **A situação de saúde em finais dos anos oitenta**

### *Dados demográficos*

Os dados demográficos são muito inseguros, visto que só se fez censos demográficos em quatro províncias depois da Independência. Estes dados são utilizados para estimativas demográficas a nível nacional. O crescimento populacional é elevado (2,8%) como resultado da taxa de fertilidade extremamente elevada de 6,8 crianças por mulher. Como se pode prever, a pirâmide populacional tem uma base muito ampla, com 44,8% da população com menos de 15 anos de idade, e somente 3% com mais de 65 anos.

### *Indicadores de saúde*

Os dados de taxa mortalidade materna institucional demonstram uma grande variação regional. A situação mais séria é encontrada em Luanda, com 11,1/1 000 nado-vivos, enquanto que Cabinda tem uma situação muito melhor com 1,8/1 000 nado-vivos. Cabinda tem a percentagem mais elevada de partos institucionais do país, 61,4%, ao passo que Luanda tem 47% e o país tem 18,8%.

Em 1983, a proporção de crianças com peso à nascença <2 500 g era de 17,5% em Luanda e 20,7% em todo o país, e em 1987 13,6% e 24,3%, respectivamente. As variações regionais são muito grandes e as províncias mais afectadas pela guerra têm os dados mais elevados, como por exemplo Kuando Kubango com 65% e a região do Leste do país com 48%.

A mortalidade devido a malária nas crianças menores de cinco anos tem aumentado constantemente desde 1983, embora as doenças diarreicas permanecem primeira causa de morte deste grupo.

### *O sistema de Cuidados Primários de Saúde*

Segundo um levantamento feito em 1988, somente 46 dos 163 municípios (28%) tem um médico. Em 1981 os médicos cubanos estavam a trabalhar em todo o país, e assim 70–80% dos municípios tinham médico, mas a partir de 1982 os médicos cubanos foram retirados. Os médicos estão principalmente concentrados em Luanda.

Os outros quadros do MINSA consistem de 25 000 pessoas, dos quais 38% são técnicos de diferentes níveis. A categoria mais numerosa, cerca de 6 000 pessoas (82%), é constituída por técnicos básicos, que normalmente trabalham nos Postos de Saúde, e somente 15% são enfermeiras/os (técnicos médios) que devem trabalhar em Centros de Saúde ou nos hospitais.

Por causa da guerra, 18% de todas as US estão encerradas ou destruídas. Na região Sul 36% estão fechadas, no Leste 28% e no Norte 22%, enquanto que quase todas funcionam na região Central do país.

Dados sobre a cobertura do sistema dos CPS indicam que cuidados pré-natais são realizados por 203 unidades (12% de 1 722), o que significa um incremento considerável em poucos anos. Serviços de Planeamento Familiar (PF) só existem em 23 US no país, mas em 1984 só havia em 2! O número de postos permanentes de imunização aumentou de 105 em 1980 para 183 em 1988, e o tratamento de rehidratação oral é administrado em 139 US. A examinação microscópica de TB é feita em 59 US no país.

A supervisão é um grande problema, visto que 201 das 532 comunas estão fora de alcance por falta de segurança. As comunas nas regiões do Norte, Leste e Sul são as mais isoladas.

*Fonte: Björck, M, Resumo e análise do relatório do MINSA sobre a situação de saúde em Angola elaborado para a reunião do Comité Central do MPLA em Maio de 1989 (em sueco).*



Em Janeiro de 1991 o Conselho Directivo da Asdi formulou um Memorando em que se declarava que formação, apoio institucional e transferência de conhecimentos seriam as actividades chave em todos os programas no futuro. Neste Memorando sublinhava-se, mais uma vez, que era necessário reduzir o número de componentes dos programas. O foco devia estar em:

Formação mais ampla em enfermagem, formação recorrente dos quadros dos programas de medicamentos essenciais e de saúde materna, educação para a saúde e apoio às funções de planeamento, incluindo formação em gestão.

*(Memorando, Janeiro de 1991)*

Além disso, o Memorando estabelece que a colocação de pessoal de AT devia ser limitada a áreas tais como coordenação, planeamento e desenvolvimento de métodos. Mas quando se fala do empenho no futuro não há nenhuma referência às experiências acumuladas durante mais de dez anos de cooperação.

Não existe nenhuma informação concreta sobre estes assuntos e como foram tratados nas discussões entre a Suécia e Angola em Março de 1991, isto é durante a preparação dos planos para o período Julho de 1991 a Junho de 1992. Sabe-se, no entanto, que a Asdi sugeriu uma colaboração mais estreita com as Nações Unidas quanto aos programas de CPS e águas (os antigos programas que já não pertenciam ao Programa da cooperação sueca). No entanto, a Asdi, segundo algumas fontes, nesta altura já tinha decidido deixar todo o apoio ao Sector da Saúde nas mãos das organizações multilaterais ou a uma empresa sueca de consultoria. Esta abordagem era o motivo subjacente da sugerida orientação do apoio.

## Reorientações

Em finais de Maio de 1991, o MPLA e a UNITA assinaram um Acordo de Paz em Bicesse, Portugal, e pela primeira vez em várias décadas o povo angolano começava a acreditar numa paz verdadeira para o país. Começou-se a preparar as primeiras eleições multi-partidárias, que tiveram lugar em Setembro de 1992. O MPLA ganhou as eleições com uma margem bastante pequena, mas os resultados foram imediatamente contestados pela UNITA. Sob o comando do seu líder Dr. Jonas Savimbi, a UNITA recomeçou a guerra e mais um período de violência veio a aumentar o sofrimento do povo. Muitas das actividades em curso foram de novo paralisadas.

Depois do colapso da relativa paz, a Asdi anunciou que as condições para se discutir o novo acordo não estavam muito apropriadas, visto que o MINSA estava enfraquecido porque várias pessoas chave tinham abandonado os seus cargos.

Um outro ponto de interrogação importante foi a nova Lei do Sistema Nacional de Saúde que tinha sido aprovado em Outubro (Lei n.º 21-B/92), revogando a antiga Lei n.º 9/75 que preconizava um Serviço Nacional de Saúde totalmente socializado (gratuito). A nova lei determina que a estratégia da política de saúde assenta nos Cuidados Primários de Saúde, mas introduz um novo sistema de financiamento do Sistema Nacional de Saúde que prevê a participação do sector privado. Nos Princípios Gerais estabelece que a protecção da saúde constitui um direito dos cidadãos, mas que cada um é responsável pela sua saúde individual. Esta lei introduz três modificações importantes:

- A autorização da medicina privada e de farmácias privadas.
- A comparticipação da população nos custos de saúde, quer dizer que todos os utentes que acorram aos serviços médico-sanitários terão que pagar pelos mesmos<sup>15</sup>.
- Uma nova orientação do sistema de saúde, no sentido de prestar atenção aos Cuidados Primários de Saúde, com um factor importante de descentralização e um reforço do papel do nível provincial.

Além disso, todo o sistema de formação dos quadros de saúde seria totalmente reformado.

Em Novembro de 1992, a Asdi elaborou um Memorando que anunciou uma reorientação radical do apoio. O objectivo falhado de fazer chegar os CPS até as províncias e às zonas rurais foi finalmente abandonado depois de mais uma década de esperanças irrealistas por parte da Asdi. O apoio à saúde a partir daquele momento devia ser estritamente concentrado, o que estava bem em linha com a avaliação compreensiva efectuada em 1991. O apoio devia, ainda, ser transformado num Programa de Emergência. Os objectivos e as metas teriam que ser reformulados e o apoio devia ter a forma de projectos em vez de apoio sectorial.

Parece ter havido várias razões para este novo modo de pensamento. Uma delas foi o facto de a administração do Programa de Cooperação, com todo o pessoal de AT, se ter tornado muito pesada para a Asdi. Por isso, a ideia de passar a maior parte dos projectos para serem implementados por agências das Nações Unidas ou por ONGs foi novamente levantada pela Asdi nas discussões sobre o futuro do Programa. Como se podia prever, esta sugestão causou protestos entre os delegados angolanos e foi assim retirada.

O MINSA baseava a sua atitude negativa em relação à implementação dos projectos pelas agências das Nações Unidas na experiência do processo prolongado e complicado de planeamento e tomada de decisão no aparelho das Nações Unidas. Por isso, expressava insistentemente a sua preferência pela

---

<sup>15</sup> No que se refere a isenções, o Decreto n.º 36/02 determina que estão isentas de pagamento dos actos clínicos nas instituições sanitárias públicas, em situação de urgência, as crianças com idade inferior a 10 anos e as mulheres grávidas.

cooperação “clássica” bilateral que era mais transparente e mais fácil de gerir do ponto de vista angolano.

## Redução do apoio a formação e planeamento

Durante o ano 1993 a guerra tornou-se mais intensa e a Asdi declarou que o acordo de cooperação não podia ser implementado na sua totalidade. A Asdi assim resolveu limitar o apoio à formação e radicalmente reduzir o número de pessoal sueco.

O apoio ao Gabinete do Plano do MINSA veio também a terminar em 1994. O motivo formal era que outros países e organizações estavam dispostos a apoiar a função de planeamento do MINSA. Pode-se, no entanto, presumir que os planos da Asdi de entregar todo o Programa de Cooperação a uma empresa consultora de implementação influenciavam esta decisão.

# Angola e a Suécia em linhas diferentes

## A proposta de Angola

A parte angolana submeteu uma proposta bem elaborada à Asdi para o período Junho de 1994 a Dezembro de 1996, mas a proposta não coincidia totalmente com os planos. A proposta cobria três áreas:

- Saúde sexual e reprodutiva, incluindo apoio à CAOL, formação de parteiras, planeamento familiar através do FNUAP, VIH/SIDA, um projecto de Saúde Materna a ser implementado pela MSF-B no município do Kazenga, e, finalmente, colaboração com a Faculdade de Medicina.
- Prevenção e tratamento de doenças endémicas, cobrindo também medicamentos essenciais e vacinações.
- Apoio geral, que incluía apoio administrativo e AT.

Em resposta, a Asdi sugeriu que o acordo em vigor devia ser prolongado por mais um período. A Asdi concordou com PF através do FNUAP (Fundo de População das Nações Unidas) e com o projecto no Kazenga, e já estava planeado que a formação especializada de parteiras ia começar durante 1996 com uma contribuição substancial da Asdi. Este *quinto acordo* do período 1994/95–1997 importava em 114 MSEK. Ao mesmo tempo a Asdi continuava a preparar planos de longo prazo para a cooperação no futuro.

## Uma análise crítica – a Asdi identifica constrangimentos

Em Novembro de 1994, o Governo angolano e a UNITA assinaram mais um acordo de paz em Lusaka. Embora houvesse um pessimismo crescente entre a maioria dos doadores e outros observadores internacionais, a Asdi esperava poder elaborar um Programa de Cooperação concentrado que devia ter uma perspectiva de desenvolvimento *para o futuro próximo*.

Uma análise compreensiva foi realizada em 1995, que fez com que a Asdi tirasse a conclusão que a Suécia devia apoiar a progressiva transformação da sociedade angolana em direcção democrática para a consolidação nacional e em prol do desenvolvimento social e económico. Considerava-se, contudo, que a guerra civil e a política macroeconómica constituíam dois constrangi-

mentos para se realizar o desenvolvimento desejado. Identificou-se a existência de uma decisiva *vontade política* do Governo angolano para resolver os problemas gritantes na sociedade como uma condição *sine qua non* para uma cooperação eficaz que poderia contribuir para o desenvolvimento e não somente mitigar a situação de emergência.

Em outras palavras, a Asdi em primeiro lugar requeria boa governação (*good governance*) e que o Governo se responsabilizasse por aumentar a sua contribuição orçamental para manter a operacionalidade do sistema de saúde. Além disso, os problemas com o centralizado sistema de tomada de decisões, a centralizada estrutura de gestão e o sistema salarial inadequado para funcionários públicos – entre eles os trabalhadores de saúde – teriam de ser resolvidos.

Ideias semelhantes foram expressas em documentos de discussão produzidos em 1995:

A vontade política de tomar medidas para eliminar os referidos constrangimentos<sup>16</sup> /.../ serão decisivos para se conseguir um planeamento e implementação bem sucedidos dos futuros programas de desenvolvimento. É preciso indicar mais claramente que a responsabilidade dos programas é da parte angolana. O papel e as funções do Estado numa sociedade moderna terão que ser melhor definidos. Novas políticas, leis e regulamentos eficientes, como por exemplo legislação modernizada sobre as empresas estatais e as telecomunicações, e novas leis de trabalho deviam ser elaboradas.

/.../

Angola é um país com riqueza em recursos naturais e com receitas substanciais da venda dos seus produtos de petróleo. Os custos de reabilitação dos serviços básicos em educação e saúde em todo o país são enormes. Em primeiro lugar, o país terá que mobilizar os seus próprios recursos para atacar estes problemas, visto que o apoio internacional provavelmente só será complementar e, espera-se, estratégico através de formações de pessoal e reabilitação de vários serviços.

/.../

Nas actuais circunstâncias não se pode aplicar condições muito rigorosas, mas os esforços de desenvolvimento terão que ser avaliados através do progresso conseguido. Os custos do financiamento sueco das actividades terão que ser ponderados em relação aos resultados esperados de forma razoável, e programas de desenvolvimento serão terminados se não cumprirem estes critérios.

(*Non Paper, Maio 1995*)

<sup>16</sup> As consequências da guerra civil com a desintegração do estado e da sociedade, a política macroeconómica, a reforma necessária do funcionalismo público e a baixa capacidade institucional.

## Autocrítica do MINSA

O MINSA de facto elaborou um documento estratégico em 1995 no qual se delineava os passos necessários para um Sistema de Saúde modificado. A análise do documento identificava as seguintes fraquezas, indicando que, teoricamente, havia um consenso entre as duas partes sobre a situação prevalente:

- As necessidades básicas da população, isto é água, saneamento e nutrição, não são satisfeitas. A cobertura das vacinações é baixa e os serviços de saúde encontram-se em declínio.
- O orçamento do Governo destinado à saúde é extremamente baixo.
- O sistema de formação de quadros de saúde não funciona e os salários são extremamente baixos.
- Sistemas paralelos de saúde, tais como o sistema público, o sistema de saúde militar, o sistema privado e os projectos implementados por ONGs funcionam sem directrizes e normas comuns.
- A falta de direcção e planeamento por parte do MINSA.

Esta autocrítica foi, porém, deixada sem qualquer comentário pela Asdi.

# O resultado: foco na saúde materna em Luanda

## Concentração à província de Luanda

Com as limitações impostas pela guerra civil, a Asdi, em meados dos anos noventa, clarificou que todas as actividades teriam que ser concentradas à província de Luanda, com a excepção da ajuda humanitária canalizada através da OCHA (*Office for the Coordination of Humanitarian Affairs*) das Nações Unidas. O alívio da pobreza e a saúde reprodutiva feminina deviam receber especial atenção no futuro Programa de Cooperação. Assim, os recursos alocados para o apoio à Saúde Materna mais que duplicaram em 1995, comparado com os anos anteriores e em 1995/96 foram desembolsados 20 MSEK.

Estes recursos deviam, em primeiro lugar, ser utilizados pela CAOL, que na realidade era um comité consultivo à (então) Delegação Provincial de Saúde de Luanda. A tarefa principal da CAOL era o desenvolvimento de métodos para melhorar a gestão da Saúde Materna na província. O objectivo era, mais especificamente, melhorar o nível de competência médica, administrativa e técnica entre os quadros de saúde angolanos. Além da coordenação, reuniões, seminários e disseminação/transferência de informação, o papel da CAOL era canalizar quer fundos angolanos, quer suecos e outros, às diferentes actividades/instituições do sistema de Saúde Materna na província, mas não devia ser activamente envolvida na prestação de serviços de Saúde Materna.

## Implementação por uma empresa de consultoria

Visto que a Asdi tinha decidido que o Programa em primeiro lugar deveria oferecer transferência de conhecimentos e desenvolvimento de competências através de formação e assessoria de especialistas estrangeiros, considerava-se este “pacote” conveniente para ser entregue a uma empresa de consultoria para resolver o problema com a pesada administração e o recrutamento de pessoal de AT. Depois de um processo de concurso público, que só marginalmente envolvia a parte angolana porque toda a documentação foi apresentada em inglês, a empresa InDevelop foi contratada para tomar conta da gestão do Programa a partir de Agosto de 1995. Os Termos de Referência dizem que:

Tal assistência pode ser constituída por formação em serviço (on-the-job-training), desenvolvimento curricular e métodos e material de ensino; organização e fornecimento de formação de quadros de saúde angolanos, sobretudo parteiras e obstetras.

Fora disso, acordou-se que o consultor

... devia fornecer equipamentos, peças sobressalentes, material gastável e medicamentos indispensáveis para a implementação do Programa de Saúde Materna e numa medida que possa ser adequada em Angola do ponto de vista quer económico, quer médico.  
(*Termos de Referência, Junho de 1995*)

A CAOL e a InDevelop deviam acordar a abordagem e conteúdo do trabalho a ser realizado, e também o montante máximo de honorários e custos reembolsáveis, o que significa que os Termos de Referência podiam ter uma interpretação bastante flexível. Sob a direcção do/da coordenador/a da CAOL o/a administrador/a da InDevelop devia coordenar as actividades de todo o pessoal estrangeiro.

O/A coordenador/a da CAOL era responsável pela elaboração de planos de acção anuais, a implementação dos mesmos e o acompanhamento das actividades.

A InDevelop era obrigada de apresentar um *relatório de progresso* semestral e um relatório periódico de resultados dentro de duas semanas depois de cada reunião trimestral com a Asdi. Além destes relatórios regulares, a Asdi requeria um relatório específico sobre o desenvolvimento de competências e, a InDevelop teria ainda que submeter um Relatório Final depois de se terminar o contrato com a Asdi. Concluindo, o número de relatórios aumentou, mas os relatórios sem dúvida tornaram-se mais sistemáticos e orientados para resultados.

A cooperação entre a Asdi e a InDevelop parece ter funcionado relativamente bem desde o início. Depois do primeiro ano a Asdi só tinha uma queixa: A Embaixada da Suécia não tinha sido aliviada do trabalho administrativo como previsto (*Ofício, Novembro de 1996*). As compras e o desalfandegamento continuavam, por algum motivo, nas mãos do Gabinete de Cooperação da Asdi.

## Condições explícitas de “retribuição de serviços”

O acordo específico do Sector da Saúde de 1994 foi prolongado várias vezes. Quando o novo acordo estava pronto a assinar, em Julho de 1997, estava, portanto, muito bem preparado.



No início do processo a Asdi elaborou um quadro que sublinhava certas preocupações da parte sueca. A Asdi comunicou que o acordo iria incluir a exigência de “retribuição de serviços radicalmente melhorados”. Devia constar que o acordo cobria um período de transição e que os resultados reais do Governo angolano entre 1997 e 1999 influenciariam a cooperação sueca no Sector da Saúde em Angola. A sustentabilidade financeira foi mencionada como uma condição *sine qua non*, mas a questão não foi analisada mais profundamente. (*Memorando de Planeamento, Setembro de 1996*)

No seu relatório de 1997, o Fundo Monetário Internacional (FMI) declarou que o crescimento económico de Angola tinha sido muito forte durante os anos noventa, sobretudo por causa da grande produção “*offshore*” de petróleo, que era um ramo de produção que não foi afectada pela guerra. O cenário macroeconómico foi, portanto, um dos argumentos de fundo quando a Asdi começou a acentuar a questão da sustentabilidade financeira, entre outras exigências feitas sobre o Governo angolano.

Assim, vários análises e memorandos em 1996 e 1997 indicavam uma atitude bastante mais dura comparado com as negociações anteriores entre as partes. A título de exemplo, a Asdi declarou que a Suécia teria em especial atenção conseguir um diálogo directo com o Governo angolano sobre as seguintes questões específicas:

- O compromisso geral do Governo e as suas estratégias para o desenvolvimento social.
- A presente atribuição de recursos aos sectores sociais em geral e, especificamente, um aumento para o Sector da Saúde.
- A presente execução do orçamento atribuído à Saúde e a necessidade de melhorar a eficiência orçamental.
- O desenvolvimento e adopção de uma Política Nacional de Saúde e um Plano Estratégico de Implementação que ataca questões tais como a estrutura do Sector da Saúde, desenvolvimento de Recursos Humanos e financiamento [da Saúde].

O apoio sueco ao Sector da Saúde devia manter a concentração e focalizar os melhoramentos da SMI. O novo apoio à Saúde Infantil devia seguir o mesmo modelo que o Programa de Saúde Materna, ou seja organizar unidades de Saúde Infantil nos Centros de Saúde das zonas periurbanas para aliviar a pressão sobre o superlotado Hospital Pediátrico David Bernardino em Luanda.

A Asdi ainda declarava que a resposta sueca aos apelos de emergência, em maior grau, devia ser coordenada com a assistência ao desenvolvimento de longo prazo, e que o método de canalizar fundos através das organizações multilaterais devia diminuir durante o período em questão.

## Identificação de obstáculos...

Enquanto a Asdi estava ocupada com as suas análises, Angola em 1997 submeteu um documento de projecto de um período de dois anos, e pouco depois a Asdi resolveu elaborar um acordo para o período 1 de Julho de 1997 a 31 de Dezembro de 1999 baseado no pedido angolano. A Asdi mencionou que não se tinha efectuado nenhuma avaliação desde 1991, mas que os programas pareciam desenvolver numa direcção relativamente positiva. Havia, no entanto, dois aspectos problemáticos: A falta de impacto a nível de políticas e o facto de Angola não ter “retribuído” os serviços anteriormente requeridos pela Asdi. E ainda que a economia angolana se encontrasse em crescimento, o ambiente económico geral do país foi considerado um obstáculo sério ao desenvolvimento do Sector da Saúde. O Comité de Projectos da Asdi<sup>17</sup> até classificou os baixos salários dos trabalhadores de saúde, e o seu pagamento tardio, um “factor assassino” do Programa. Mas, a final, a continuação da assistência foi justificada pela situação de saúde extremamente grave na província de Luanda. (*Análise de Resultados*, 1999)

O *sexto acordo* continha apoio a seis diferentes programas. O apoio ao Gabinete do Plano do MINSA já fora terminado em 1994/95, tal como o apoio às actividades de PF através do FNUAP, mas neste acordo foi adicionado um novo componente: O Programa De Saúde Infantil. O objectivo geral da co-operação era a melhoria da situação de saúde, sobretudo de mulheres e crianças, através do desenvolvimento de capacidade no sistema de saúde. Cada programa tinha o seu objectivo específico:

- O *Programa de Saúde Materna* em Luanda devia substancialmente reduzir a mortalidade materna e perinatal através do aumento de conhecimentos e melhoria da capacidade.
- O *Programa de Vacinações* tinha por objectivo prevenir as doenças mais comuns em crianças e mulheres.
- O objectivo do *Programa de Medicamentos Essenciais* era reduzir a mortalidade e tratar, em primeiro lugar, as doenças mais comuns nas áreas cobertas pelo Programa<sup>18</sup>.
- A finalidade do *Programa de Combate ao VIH/SIDA* era a consolidação dos serviços laboratoriais de diagnóstico de alta qualidade de VIH como um serviço de rotina em transfusão de sangue e trabalho clínico através de estratégias mais simples e económicas, quer a nível central, quer nas províncias.
- O *Programa de Formação de Parteiras* tinha por objectivo estabelecer uma Escola de Formação de parteiras.

<sup>17</sup> Todos os programas e projectos são cuidadosamente analisados pelo Comité, em que representantes dos diferentes departamentos da Asdi têm assento.

<sup>18</sup> O apoio bilateral sueco já tinha começado em 1985, mas foi canalizado através do Unicef durante a fase mais intensa da guerra em 1993–1995. Em 1996 a Asdi retomou o apoio em forma plenamente bilateral.

- O objectivo do novo *Programa de Saúde Infantil* era melhorar a situação de saúde de crianças com idade inferior a 10 anos através de melhores serviços pediátricos a todos os níveis.

## ... e Saúde Infantil adicionada

O objectivo mais específico do novo programa CAPEL (Coordenação de Atendimento Pediátrico de Luanda) era diminuir o fluxo de pacientes ao hospital pediátrico central de Luanda através de melhoria da qualidade do diagnóstico e atendimento a nível dos CPS. A meta da CAPEL era a redução dos pacientes externos do hospital para 70% do actual número de 200–250 crianças por dia. Melhor e mais fácil acesso aos serviços de Saúde Infantil a nível primário em combinação com o uso racional de medicamentos e, ainda, um aumento da cobertura vacinal devia contribuir para a criação de confiança nas comunidades locais.

Embora a Divisão de Saúde da Asdi continuasse a sublinhar o princípio de concentração do apoio, a CAPEL foi interpretada como um complemento lógico do Programa de Saúde Materna e CAOL. Além do apoio da Asdi, a CAPEL também recebia apoios da UE e do Unicef.

## Condições mais duras

No acordo 1997–1999 havia um parágrafo com o título “Condições da Contribuição Sueca” em que vinha exposto que todos os recursos que não fossem postos à disposição do Programa pela Suécia teriam que ser alocados pelo Governo angolano. Em alguns casos estes requisitos eram muito específicos, por exemplo dotações para salários dos quadros angolanos para que pudessem ser pagos regularmente. Isto, naturalmente, para evitar faltas ao trabalho por causa de os trabalhadores de saúde se dedicarem a outras actividades de rendimento, e alocação de orçamentos para despesas correntes das US, como por exemplo material de limpeza para as salas de parto dos Centros de Saúde na periferia e dos grandes hospitais no centro da cidade.

## Acompanhamento mais intenso

A Asdi começou a reforçar as actividades de acompanhamento do Programa. Como complemento aos relatórios da InDevelop, criou-se uma equipa de consultores para fazer monitoria regular do apoio e dos seus resultados. O processo de monitoria começou antes da Consulta Anual (de 1998) e em Novembro de 1997 a equipa deslocou-se a Luanda para discutir questões metodológicas. Os consultores propuseram uma série de indicadores para serem utilizados como instrumento de monitoria da CAOL e defenderam também estratégias de baixo para cima (*bottom-up*) na implementação para se conseguir saber as opiniões dos utentes/beneficiários dos serviços e como eles se aproveitavam

dos programas. A partir daquela altura, a equipa fez visitas regulares de seis em seis meses e a Asdi teve assim a possibilidade de acompanhar o desenvolvimento dos programas apoiados de uma forma mais metódica.

Os consultores podiam confirmar a fraqueza do MINSA e eram de opinião que a administração de saúde a nível da província bloqueava qualquer progresso substancial em termos gerais. A contribuição financeira do MINSA era insignificante, o que minava a sustentabilidade de todo o Programa. Numa Análise de Resultados para o período 1995/96–1998, a Asdi fez uma declaração que veio a ser o princípio do fim da cooperação:

Fala-se de *parceria*, ou seja uma relação em que ambas as partes compartilham valores similares e desejam contribuir para o desenvolvimento do país e para melhores condições de vida da população que se encontra em dificuldades. Isto, em grande parte, não é o caso em Angola.

Assim, ficou evidente que a parte sueca tinha uma profunda desconfiança e sentia um descontentamento com a falta de vontade política por parte do Governo angolano. Além disso, houve uma forte sensação de frustração com o desempenho da CAOL. Durante uma Consulta Anual (*Acta, Fevereiro de 1998*) a Asdi expressou as suas opiniões críticas, declarando que a direcção pouco clara da CAOL impedia o desenvolvimento do Programa de Saúde Materna. Em consequência, a Asdi não aprovou os planos anuais do ano seguinte.

A fraca gestão do Hospital Lucrécia Paím, a maternidade nacional, continuava durante todo o ano de 1998. Consequentemente, só 1 MSEK foi utilizado dos 10 MSEK orçamentados para o período. A equipa de monitoria da Asdi sugeria que se devia dar prioridade às actividades a nível provincial, isto é nos municípios suburbanos de Luanda, e que se devia realizar uma avaliação do Programa de Saúde Materna o mais brevemente possível.

Por outro lado, tanto a CAPEL como o PME estavam desenvolvendo em bons moldes. A equipa de monitoria fez a interessante observação que os comerciantes de medicamentos no mercado paralelo se queixavam porque já não tinham tantos fregueses como antes...

## Questionando a sustentabilidade

Em finais de 1998 o conflito armado intensificou novamente. A equipa de monitoria fez a sua terceira visita em Novembro como parte das preparações da Consulta Anual entre a Asdi e o MINSA. Uma questão que devia ser estudada desta vez era a *sustentabilidade* das actividades apoiadas, um aspecto que, quatro anos mais tarde, se tornaria um ponto central da nova Política de Saúde da Asdi (2002). A equipa devia também analisar estratégias alternativas da continuação do apoio a partir do ano 2000.

Segundo as conclusões da equipa, o apoio à Saúde Materna na província de Luanda era, parcialmente, um sucesso com a sua rede de salas de parto na periferia destinadas aos partos sem risco, um sistema de referência dos partos complicados e algumas contribuições estratégicas a nível dos hospitais e, ainda, um forte sistema de supervisão e recolha de dados estatísticos. O Hospital Lucrécia Paím tinha uma nova administração e a capacidade geral tinha melhorado. Mas, sem o apoio externo, a sustentabilidade deste Programa de Saúde Materna estava bastante limitada.

O Curso de Especialização de Parteiras (CEP, que ainda não era uma Escola) era um caso preocupante, porque as actividades tinham iniciado sem se considerar minimamente os aspectos de sustentabilidade. Por isso, a equipa de monitoria sugeriu que a Asdi devia tentar fazer o Governo angolano (o MIN-SA e a sua Direcção de Recursos Humanos) compreender a necessidade de assumir a sua responsabilidade institucional e financeira.

A questão dos incentivos, ou seja o suplemento salarial pago em USD às parteiras e mais categorias, foi também discutido pela equipa de monitoria como um problema cada vez mais complicado. Na altura não se podia esperar que os trabalhadores de saúde sobrevivessem com um salário de 100 USD por mês, ou menos, e por isso era necessário encontrar outras soluções para fazer funcionar as instituições e programas de saúde.

# As bases da cooperação para o desenvolvimento reconsideradas

## Necessário formular novas estratégias

Em finais de 1998, a equipa de monitoria afirmou que a maior parte das decisões, se não todas, sobre a cooperação entre a Suécia e Angola foram baseadas na suposição de que a paz era iminente e que a estabilização macroeconómica estava ao alcance. Mas este desenvolvimento já não era provável:

Contudo, estes desapontamentos sem fim agora terão que ser tomados em conta como base da análise. /.../ Nós assumimos que o conflito político-militar se transformou num estado permanente, e que o estabelecimento de um Governo unitário e honesto com uma agenda socialmente construtiva se encontra fora do alcance a curto a médio prazo.

*(Johansson, Karlsson & Rylander, Novembro 1998)*

Em base destas premissas, a equipa discutia três possíveis estratégias para o apoio da Asdi: “*Business as usual*”, “Assistência Humanitária” ou “Sair de Angola”. A decisão pertencia à Asdi.

Embora a Asdi não tenha declarado abertamente qual das estratégias que preferia seguir, a análise da situação em Angola realizada uns meses mais tarde reflecte claramente a frustração com o Governo angolano (*Country Analysis Angola, 1999*). Neste documento a Asdi declara que a política de desenvolvimento de Angola não era digno de confiança, e que não havia precondições para uma cooperação eficaz com Angola. Havia também um grande risco de que os programas não fossem sustentáveis sem a contribuição sueca.

Esta posição foi confirmada na Estratégia para Angola do Ministério dos Negócios Estrangeiros sueco (*Country Strategy for Angola, 1999*) publicada em Maio de 1999. Este documento estabeleceu que o motivo fundamental do apoio ao Sector da Saúde teria que ser humanitário. O Programa devia ter um carácter operacional em vez de se preocupar com o apoio institucional e desenvolvimento de políticas.

Os assessores da InDevelop apontaram para dois constrangimentos importantes claramente relacionados com a falta de sustentabilidade:

- O Sistema Nacional de Saúde continuava muito fraco e a situação de saúde da maioria da população era miserável.
- A elaboração de uma Política Nacional de Saúde estava permanentemente atrasada.

Uma frustração comum entre os assessores era a falta de vontade para *descentralizar as decisões*. *Descentralização* combinada com *maior influência dos grupos e organizações de mulheres* são, mais tarde, avaliadas como precondições necessárias para qualquer progresso pelos avaliadores do Programa de Saúde Materna em 1999. Ambos os aspectos são estreitamente ligados ao grau de sustentabilidade das actividades.

Notava-se, porém, que os programas pareciam funcionar bastante bem com o apoio externo. O Programa de Saúde Materna continuava estável e as actividades de PF nos Centros de Saúde estavam expandindo com particular atenção para adolescentes e mulheres jovens. Também a CAPEL e os programas de Medicamentos Essenciais e de Vacinações, como também o Centro Nacional de Sangue com o seu laboratório, estavam desenvolvendo de acordo com os planos. (Karlsson & Rylander, Maio 1999)

É também importante observar algumas das tendências positivas sublinhadas pelos assessores da InDevelop:

- O MINSA tinha elaborado vários documentos com o apoio do Banco Mundial, a OMS e a UE.
- O Programa da EU de Pós-emergência era importante, como também vários projectos de ONGs.
- A Embaixada da Itália estava planeando apoio à saúde na Província de Luanda.
- O Unicef tinha mudado de estratégia, abandonando a implementação de CPS para desenvolvimento de capacidades e para ser a vanguarda em lançar a Convenção dos Direitos da Criança.

## Assistência Humanitária – uma solução a curto prazo

No ano 2000 o MINSA apresentou uma solicitação de apoio para dois anos de 46 MSEK. A Asdi considerou o pedido estar em linha com a recentemente aprovada Estratégia para Angola para o período 1999–2001 e decidiu disponibilizar o orçamento em questão através do prolongamento do acordo em vigor. Aproximadamente 30 MSEK destinavam-se à SMI, 6 MSEK seriam canalizados através do Unicef para o PAV e 10 MSEK foram reserva-

dos para a continuação dos serviços de consultoria da InDevelop. (*Decisão 2000-03-01*)

Na reunião trimestral entre a Asdi e o MINSA, a Asdi informou que a ênfase do Programa, numa perspectiva de curto prazo, seria de Assistência Humanitária, quer dizer para actividades para a sobrevivência da população. Mas a interpretação desta mensagem parece ter ficado pouco clara, o que pode explicar que a mesma mensagem foi repetida várias vezes mesmo depois da assinatura do acordo. Na realidade significava que as actividades da área de SMI – CAOL, CAPEL e CEP – foram definidos como “projectos” e que os aspectos de longo prazo de desenvolvimento institucional e de capacidades foram postos de lado.

## Óbvias tensões mas “business as usual”

O *sétimo acordo* para a área da Saúde de dois anos foi assinado em 27 de Junho de 2000. Desta vez as exigências sobre Angola foram mais duras que no acordo anterior. Além de relatórios financeiros rigorosos, a Asdi requeria explicações claras das deficiências e de qualquer desvio dos planos acordados. O desembolso de fundos podia ser retido em qualquer momento se os orçamentos e planos não fossem seguidos ou se qualquer desvio de fundos ou de outros recursos tivesse lugar. “*Auditorias anuais*” do Programa é um novo título no acordo. Anteriormente, Angola e a Suécia tinham acordado em incluir a informação financeira no relatório final de análise de resultados. Mas as novas condições tão estritas podem talvez ser explicadas pelo facto de que já não existia um acordo bilateral geral entre Angola e a Suécia desde Julho de 1999. Não há dúvida, porém, que a linguagem do acordo também reflectia bastante frustração da parte sueca.

Quando era tempo de preparar mais um acordo para a área da Saúde a situação e as condições em Angola continuavam sendo as mesmas. O Ministério dos Negócios Estrangeiros da Suécia estava elaborando uma nova Estratégia para Angola. Por isso, o Departamento de África da Asdi deu instruções à Divisão da Saúde para prolongar o acordo em vigor para mais um ano e meio, com um orçamento adicional de 35 MSEK (mais tarde foi aumentado para 36 MSEK). O Memorando de Projecto original, que focalizava SMI e vacinações, devia ficar sem alterações. Devia-se fazer todo o esforço para estimular a coordenação entre os programas e devia-se também incluir actividades relacionadas ao VIH/SIDA (especialmente para evitar a transmissão vertical entre mãe e criança durante o parto). O contrato entre a Asdi e a InDevelop devia ser prolongado sem novo concurso público. (*Memorando de pré-avaliação, Fevereiro 2002*)



## Preparação para um acordo de longo prazo para o desenvolvimento

Quando se inicia – finalmente – um processo sério para atingir a paz em Angola, depois dos Acordos de Paz do Luena em 2002, o optimismo desperta novamente e a Asdi declara que a nova Estratégia para Angola de 2003–2005 abria possibilidades para continuar o apoio ao Sector da Saúde. Uma paz permanente daria possibilidades ao Governo angolano de disponibilizar mais recursos para os sectores sociais e fazer com que os serviços de saúde atingissem todo o país. (*Memorando de pré-avaliação, Outubro 2002*)

Não obstante, a Asdi identificou os restantes obstáculos, tais como a falta de vontade política, a não existência de uma Política Nacional de Saúde e a falta de integração horizontal entre os programas apoiados pela Asdi e outras actividades regulares implementadas pela DPSL ou pelo MINSA. Estes factores arriscavam seriamente pôr em perigo quer a eficácia, quer a sustentabilidade das actividades apoiadas. Mas apesar destes obstáculos e riscos, o Departamento de África da Asdi interpretava o cenário da paz como uma oportunidade de Angola recomeçar com o fortalecimento das instituições, formular uma política de saúde e reformar o sistema de saúde, e, finalmente, melhorar a situação de saúde no país em termos práticos. Ao planear para o novo acordo, a Asdi devia tomar em consideração o método de transformar a actual Assistência Humanitária num Programa de longo prazo para o desenvolvimento.

## Ênfase nos conhecimentos profundos

Pela primeira vez durante o longo período de apoio ao Sector da Saúde em Angola, a Asdi decidiu fazer uma análise de fundo das condições que deviam ser cumpridas antes de se assinar um novo acordo. Para este fim a Asdi reservou 2,2 MSEK para uma avaliação e para o resto do processo de planeamento. (*Memorando de pré-avaliação, Outubro 2002*)

A ligação entre o resultado da Estratégia para Angola do Ministério dos Negócios Estrangeiros e a cooperação na área da saúde não foi esclarecida, o que teve como consequência uma série de mal entendidos e certa desconfiança. Há indicações de que o autor do Memorando de pré-avaliação citado deu como certo que a Estratégia ia sugerir uma continuação da cooperação no Sector da Saúde.

Quando o processo da Estratégia para Angola estava em curso, a Asdi criou um grupo de trabalho para a preparação de um documento de projecto como base do novo acordo. Foi decidido que este processo iria iniciar com a análise das experiências da cooperação durante os últimos anos.

A questão de sustentabilidade tinha surgido várias vezes durante esses anos e era uma preocupação quer das pessoas directamente envolvidas no Programa, quer dos administradores da Asdi. Um objectivo importante foi, então, a avaliação dos Programas da SMI (CAOL, CAPEL e CEP) de uma perspectiva de sustentabilidade a longo prazo. Um outro objectivo foi a elaboração de recomendações que podiam ser úteis na preparação do novo acordo.

Esta avaliação devia ser realizada em 2003 por uma equipa de consultores externos. Os avaliadores observaram que algumas partes do Programa de Saúde Materna podiam ser consideradas sustentáveis, ao passo que outras não. Além do acesso a recursos financeiros, o grau de sustentabilidade estava ligada a uma série de factores, por exemplo a grau de descentralização de decisões e recursos. Neste respeito, quer CAOL quer CAPEL estavam desenvolvendo-se num bom rumo. Em resumo, os avaliadores concluíam que havia problemas, mas havia também algumas possibilidades de os Programas poderem sobreviver com menos apoio externo. (*Karlsson, Salmonsson & Challis, 2003*)

Com referência ao esboço de Estratégia para Angola, que previa a continuação do apoio à saúde para além do ano 2003, a Embaixada da Suécia em Luanda<sup>19</sup> em Fevereiro de 2003 decidiu avançar com a preparação do próximo acordo para o período 2004–2006. (*Decisão 2003-02-24*)

## As coisas viraram

No entanto, no dia 3 de Abril, o Governo sueco adoptou a Estratégia para Angola, que na sua versão final concluiu que a cooperação de longo prazo na área de saúde em Angola seria terminada:

O presente acordo é válido até finais de Dezembro de 2003, e a seguir um acordo final pode ser estabelecido para terminar o apoio à saúde durante o período da presente Estratégia.

As condições para que a Suécia possa entrar numa cooperação para o desenvolvimento bilateral de longo prazo dependerá da política de desenvolvimento e da necessidade financeira do Governo angolano. Uma cooperação para o desenvolvimento de longo prazo somente poderá vir a ser actualizada se as condições necessárias forem cumpridas (*Country Strategy, 2003*)

A Estratégia deu directrizes concretas sobre o eventual conteúdo de um Programa de Cooperação em 2005, indicando os canais a serem utilizados. Um foco claro da Estratégia era democracia e direitos humanos. A nova instrução à Asdi dizia que se devia limitar a Assistência Humanitária da Asdi para

<sup>19</sup> A cooperação para o desenvolvimento através da Asdi está integrada na Embaixada da Suécia a partir dos anos noventa.

apoio a intervenções de emergência num sentido estrito, enquanto que o apoio ao trabalho importante de algumas agências das Nações Unidas e ONGs através de dotações especiais teria que ser descontinuado.

O motivo oficial para terminar o apoio à saúde era que a Suécia ia dar uma forte ênfase no apoio à consolidação da paz, democracia, Direitos Humanos e o papel da sociedade civil, e que seriam procuradas vias para uma cooperação mais ampla.

## Auditorias e desembolsos congelados

Durante a primavera de 2003 realizou-se uma auditoria do CEP em Luanda e descobriu-se algumas deficiências de relativamente menor importância. No mês de Julho houve reuniões entre as gestoras do Curso e a Embaixada da Suécia.

A preparação por parte da Embaixada do novo acordo para a saúde parou temporariamente. No entanto, o MINSA elaborou uma proposta de projecto em Maio de acordo com a Estratégia para Angola e a Embaixada retomou os procedimentos preparatórios. Em Agosto de 2003 o projecto seguiu para o Comité de Projectos da Asdi.

Em Outubro do mesmo ano, a auditoria foi estendida para todo o Programa de Saúde e os auditores reportaram mais erros/incorrecções, mas de carácter bastante trivial. A Embaixada, porém, tomou o relatório dos auditores a sério e congelou os desembolsos ao Programa em Dezembro e decidiu protelar a assinatura do novo acordo até a DPSL e o MINSA terem rectificado as irregularidades encontradas. Mas, visto que o relatório teria que ser traduzido ao português, os/as gestores/as angolanos/as somente receberam o relatório de auditoria em Fevereiro de 2004.

Durante este vazio, sem acordo e com os desembolsos congelados, o MINSA, os/as responsáveis dos projectos e a InDevelop conseguiram trabalhar sobre as recomendações feitas pelos auditores. Em Maio de 2004, o Gabinete do Plano do MINSA informou a Embaixada da Suécia em Luanda das acções desenvolvidas, ou a serem desenvolvidas, em consequência da auditoria. A Embaixada concluiu que as acções propostas estavam adequadas e recomendou que a preparação do novo acordo fosse finalizada pela Divisão da Saúde da Asdi. (*Decisão, Maio 2004*)

## O último acordo – sustentabilidade em foco

Num Memorando de pré-avaliação datado 28 de Maio (!) do período 1 de Junho de 2004 a 31 de Dezembro de 2005 o foco foi o apoio ao desenvolvimento de sistemas, estruturas e capacidades para facilitar a continuação das actividades sem o apoio da Asdi depois do fim da cooperação. Faz-se referên-

cia à Política de Saúde da Asdi de 2002, que afirma que a cooperação internacional para o desenvolvimento da Suécia deve apoiar os países para atingir

*...sistemas de saúde sustentáveis e eficazes e maior acesso aos serviços de saúde, e melhor cobertura de serviços de saúde de qualidade aceitável, dando ênfase à justiça social e à igualdade de género.*

No caso de Angola esta orientação foi considerada muito relevante. O foco em melhores serviços de saúde, tendo especialmente mulheres/mães, crianças e adolescentes como grupos beneficiários, estava em conformidade com a política da Asdi. O Memorando de pré-avaliação também menciona que o projecto, durante a sua última fase, ia intensificar os esforços para envolver homens/pais no PF e tentar atingir os homens jovens através de serviços especiais de PF (nos Centros de Saúde) dirigidos aos adolescentes.

O acordo adiado, definido como o último, foi finalmente assinado e devia cobrir o período 1 de Junho de 2004 a 31 de Dezembro de 2005. O valor era de 44,4 MSEK e foi acordado que a contribuição seria utilizada de acordo com o Documento de Projecto angolano de Maio de 2003, com as diferentes alterações introduzidas. O contrato com InDevelop foi assinado para o mesmo período (8 de Junho de 2004 a 31 de Dezembro de 2005).

O acordo declara especificamente as obrigações da parte angolana e diz, entre outras coisas:

*... visto que este será o último acordo, Angola deve sugerir e apresentar alternativas ao [presente] financiamento do Programa a partir de 2006 para assegurar a sua sustentabilidade. Deve-se dar especial ênfase a alternativas de financiamento para os serviços das unidades de Saúde Reprodutiva e de Saúde Infantil que dependem da Direcção Provincial de Saúde de Luanda. Dado que é previsto fazer vários investimentos durante este último acordo, a manutenção destes investimentos terá que ser assegurada através [do orçamento] de despesas correntes.*

*(Acordo, Junho 2004)*

O objectivo principal do projecto de Angola chamado *Projecto de Saúde 2004–2005 MLNSA-Asdi* era:

*... contribuir para melhor saúde das mães e crianças que vivem na Província de Luanda. Os objectivos específicos são:*

- Melhorar a qualidade dos serviços existentes;
- Expandir os serviços básicos de saúde para os tornar acessíveis à população inteira (de Luanda);
- Melhorar os conhecimentos e a competência dos quadros de saúde;
- Melhorar a integração dos programas e serviços, e

- Fortalecer a capacidade de planeamento e gestão da Direcção Provincial de Saúde, das Secções de Saúde dos municípios, e das Unidades de Saúde periféricas, assim assegurando a sustentabilidade das actividades de saúde.

A Asdi e a DPSL concordaram em estabelecer uma Estratégia de saída (*Exit Strategy*), que foi integrada no Plano Operacional compreensivo de 2005. Esta Estratégia de facto já tinha sido alinhavada no Documento de Projecto produzido em 2003, e estava bem sintonizada com os princípios descritos no Memorando de pré-avaliação da Asdi de 2004.

Durante os meses em que os desembolsos da Asdi estiveram congelados algumas das actividades tiveram que parar, embora o trabalho regular continuasse mas em ritmo mais lento. A excepção foi o CEP, que não podia continuar sem recursos dado que muitas das estudantes vinham de outras províncias e não podiam ficar à espera em Luanda ou regressar a casa só porque o curso fora interrompido. Esta situação problemática foi felizmente resolvida pelo Departamento de Recursos Humanos do MINSA, cuja directora estava profundamente empenhada na reforma do sistema de formação de quadros de saúde em que o CEP era um componente importante. O MINSA simplesmente tomou a responsabilidade financeira do curso, que assim podia continuar sem interrupção.

Em princípios de 2005, Angola teve uma erupção de febre hemorrágica de Marburg que causou um outro atraso na implementação do Programa. Todos os quadros de saúde foram mobilizados para combater a epidemia de febre Marburg, e o MINSA e a DPSL apresentaram um pedido à Asdi de extensão do Programa e o seu financiamento durante seis meses. A Asdi concordou em prolongar o acordo com três meses, isto é até 31 de Março de 2006.

## Tendências em 2006

Por razões óbvias é cedo demais formular uma análise, ou mesmo especular, sobre a sustentabilidade dos projectos com apoio da Asdi na província de Luanda. Durante os últimos anos, o Sector da Saúde tem recebido uma porção maior do OGE em termos absolutos, embora não seja em percentagem do orçamento, visto que o volume do OGE duplicou como resultado da paz e do aumento de receitas do sector dos petróleos. É, no entanto, importante sublinhar que os dados de apropriação orçamental não equivalem à alocação de real de verbas, porque normalmente só uma parte do OGE é alocada para ser utilizada pelos Ministérios. Não há informação sobre a execução orçamental durante os últimos anos, o que faz falta para se poder analisar a distribuição real de recursos entre os sectores.

Angola recebeu também um crédito da China de 4 bilhões de USD, que é utilizado para investimentos em infra-estruturas, e, segundo algumas fontes, parcialmente canalizado para os sectores sociais.

Ao passo que a DPSL se queixa do pouco sucesso nas negociações com o Governo Provincial para obter um aumento orçamental para o ano de 2006, usando a saída da Asdi como argumento, a anterior Maternidade Provincial Augusto N'Gangula foi classificada em Hospital Geral o que significa que o seu orçamento vem directamente do Ministério das Finanças, sem passar pelo MINSA. O Hospital Lucrécia Paím e o Hospital Pediátrico David Bernardino são hospitais nacionais de referência, e recebem também os seus fundos do Ministério das Finanças. Isto significa naturalmente uma mínima sustentabilidade financeira, mas não deve cobrir as melhorias qualitativas que as mães e crianças nas piores condições de saúde bem merecem. Mas o Governo Provincial ao menos tem um hospital menos a financiar a partir de 2006.

O CEP de momento parece estar em boas mãos, mas a Província hoje tem 24 Centros de Saúde com salas de parto e 29 Centros com bancos de urgência para crianças. Esta estrutura não somente vai precisar de fundos para investimentos e despesas correntes, senão também formação recorrente dos seus quadros e boa capacidade de gestão para manter o presente nível de qualidade, ou melhor, para o melhorar.

# Parte 2:

## O ponto de vista angolano

### Vozes angolanas

Um objectivo importante da avaliação<sup>20</sup> do Programa de Saúde realizada em 1991 era recolher opiniões de diferentes categorias de actores envolvidos. A Asdi contratou uma equipa angolana para captar os pontos de vista da parte angolana “de dentro”, porque esta perspectiva foi considerada essencial para o planeamento da continuação da cooperação,

Durante a nossa preparação da presente avaliação descobrimos que a mencionada parte angolana da avaliação de 1991 teve uma circulação muito limitada e praticamente não foi analisada em Luanda. Duvidamos que os funcionários da Asdi tenham lido o relatório, ou que,

pelo menos, fossem informados sobre as recomendações feitas pelo seu autor. Resolvemos, assim, dar relevo a este testemunho angolano que reflecte a situação dos diferentes programas e também a cooperação como tal. (*Anexo 3* contém um resumo do relatório da avaliação.)

A equipa angolana recolheu as opiniões não somente de pessoas em posições de chefia, mas também de diferentes categorias de trabalhadores de saúde no terreno. Quase cem pessoas foram entrevistadas: 47 pessoas a nível central/nacional em Luanda<sup>21</sup>, 28 pessoas das instituições de saúde na Província de Luanda e 22 pessoas na Província de Huíla. Um fenómeno típico é que praticamente todas as pessoas entrevistadas em Luanda são médicos, ao passo que em Huíla o único médico era o Director Provincial de Saúde – todos os Centros/Postos visitados foram geridos por enfermeiros/as e todos os responsáveis dos programas eram enfermeiros.

A equipa utilizou um questionário bastante extensivo, que incluía questões relacionadas com os objectivos do Programa e grupos beneficiários, planeamento e gestão, relação com a Asdi e com os cooperantes suecos e avaliação do seu desempenho, etc. Os dez entrevistadores – a maioria médicos ou estudantes de medicina, mas também alguns economistas – falaram com os quadros de saúde em todos os programas apoiados pela Asdi na altura<sup>22</sup>, nomeadamente:

<sup>20</sup> A avaliação sueca foi traduzida ao português em 1992.

<sup>21</sup> Praticamente as mesmas pessoas que foram entrevistadas pela consultora sueca.

<sup>22</sup> O apoio aos programas de nutrição e água já terminou em 1985.

|                             |                                    |
|-----------------------------|------------------------------------|
| Medicamentos Essenciais-PME | Programa Alargado de Vacinação-PAV |
| Apoio Geral                 | Educação para a Saúde-EPS          |
| VIH/SIDA                    | Malária                            |
| Saúde Materno-Infantil-SMI  | Formação                           |
| Tripanossomíase             | Tuberculose-TB                     |

#### **“Diagnóstico” dos principais problemas de saúde em Angola em 1991**

O formulário do inquérito utilizado pelos avaliadores angolanos tinha um espaço aberto para convidar os entrevistados a mencionar os problemas mais importantes do Sector da Saúde segundo a opinião pessoal de cada um. 52 pessoas responderam e as suas respostas foram compiladas na seguinte tabela.

| <b>Problema</b>                                                                                                                                                       | <b>Nº de referências</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Problemas relacionados com as elevadas taxas de morbimortalidade por doenças infecto contagiosas endémicas                                                            | 42                       |
| Problemas de administração de serviços de saúde, de organização de serviços e de gestão de recursos                                                                   | 29                       |
| Problemas de saúde relacionados com incorrectas actividades de prevenção, deficiente saneamento do meio ambiente e falta de abastecimento de água                     | 27                       |
| Problemas relacionados com a política de saúde do país, com a legislação vigente, com a qualidade de serviços prestados, com a acessibilidade e não aplicação dos CPS | 19                       |
| Problemas de saúde devidos a uma incorrecta formação e superação de quadros, quer nos aspectos qualitativos, quer quantitativos                                       | 14                       |
| Problemas de saúde relacionados com a pouca atenção prestada às mães e crianças, com as consequentes elevadas taxas de mortalidade materna e infantil                 | 14                       |
| Problemas de saúde devidos à falta de alimentos e consequente desnutrição das populações                                                                              | 14                       |
| Problemas de saúde devidos à situação socioeconómica do país, agravados como consequência da guerra                                                                   | 12                       |
| Problemas de saúde devidos à pouca escolaridade da população e pouco impacto das actividades de EPS                                                                   | 8                        |

*Fonte: Pinto, R, Avaliação Especial do apoio Asdi a Programas de Saúde da R.P. Angola. Opinião da Parte Angolana. Dezembro de 1991 e Janeiro de 1992.*



## Recomendações para o futuro desenvolvimento

As recomendações feitas pelo autor do relatório, Dr. Rui Pinto, parecem ser dirigidas ao MINSA em primeiro lugar, mas são também muito relevantes para a Asdi. Foram, portanto, reflectidas na avaliação sueca, especialmente no que se refere à eficiência e a capacidade dos programas em atingir os seus beneficiários. Estas propostas bastante concretas poderiam ter sido utilizadas pela Asdi para iniciar discussões com o MINSA no sentido de melhorar o planeamento e a gestão dos programas e incluir mais elementos de formação/desenvolvimento de capacidades, quer a nível central, quer provincial, para facilitar o andamento dos programas:

- Uma importante sugestão é continuar a formação de quadros a todos os níveis, para garantir a continuidade, estabilidade e qualidade do futuro desenvolvimento dos programas. Há também necessidade de se realizar um seminário no sentido de se uniformizarem conceitos de saúde pública, de forma que as várias pessoas passem a falar a “mesma linguagem”. Há muitos outros conceitos em que parece haver dúvidas, sobretudo de planeamento/gestão: programa contra projecto, objectivo contra meta, recursos/custos e eficiência/eficácia.
- Alguns dos programas precisam de ser revistos, e é também necessário elaborar alguns programas novos. Deve-se então procurar de utilizar uma metodologia uniforme, de forma que os processos de planeamento, organização, direcção, supervisão e avaliação sejam compreendidos por todos. Além disso, o autor recomenda que se analise até que ponto será correcto manter alguns programas quase ou totalmente dependente de um só doador.
- Todo o processo de planeamento orçamental precisa de ser melhorado, quer no que se refere ao orçamento em Kwanzas, quer em divisas. Há também necessidade de se rever todo o processo de gestão económica dos programas, de investimentos e de prestação de contas, para que num futuro seja possível realizar estudos para avaliação da eficiência e eficácia dos mesmos.
- É necessário de estudar possíveis formas de coordenação entre os vários programas, para que passe realmente a haver atenção de saúde integrada e integral e um melhor aproveitamento dos recursos existentes para os vários programas.
- Um ponto crucial é a rotação dos técnicos do MINSA, e para evitar esta situação é necessário continuar a melhorar o processo de promoção, superação e nomeação dos técnicos dos vários programas.
- Quando os programas são avaliados, é necessário rever os processos para que as avaliações venham a contribuir de forma positiva para o desenvolvimento dos programas. Isto podia ser através de um maior envolvimento

das estruturas nacionais e procurar que as conclusões funcionem como um novo diagnóstico da situação que se pretende melhorar.

- Como último ponto, mas de máxima importância, o autor sublinha a necessidade de se continuar a melhorar a atenção às infra-estruturas, em especial dos Postos Médicos, melhorando o seu saneamento e “reais condições necessárias a uma estrutura de saúde”.

## Parte 3:

# Perspectivas angolanas e suecas sobre os programas

A seguir vamos focalizar nos diferentes programas apoiados pela Asdi. Como complemento à extensa documentação fizemos uma série de entrevistas com pessoas, tanto angolanas como suecas, que estiveram envolvidas nos programas em diferentes épocas. O nosso principal objectivo é tentar reflectir as experiências dos dois lados durante a colaboração bilateral activa, quer do ponto de vista institucional, quer pessoal. É natural que este tipo de exposição tenha certas limitações, visto que o campo é vasto e o estudo abrange quase trinta anos e é, portanto, necessário omitir muitos detalhes e aspectos. Vamos, no entanto, dar um breve relato sobre os programas que beneficiaram de apoio sueco. Que passou com estes programas? Sobreviveram depois de perder este apoio? E quais são as opiniões das pessoas envolvidas sobre a saída da Asdi?

### Programa de Medicamentos Essenciais

Nos anos oitenta, Angola tentou estabelecer uma produção doméstica de medicamentos essenciais, mas depois de pouco tempo ficou claro que esse projecto não tinha viabilidade económica – medicamentos importados eram de facto mais baratos. Assim, a partir de 1986 e durante quinze anos, o Programa de Medicamentos Essenciais era um dos componentes mais importantes do apoio à saúde. O apoio da Asdi cobria medicamentos para Centros e Postos de Saúde em sete províncias. O PME tinha também AT durante seis anos para as áreas médicas e farmacêuticas, visto que o programa tinha um componente importante de formação para melhorar o diagnóstico e o uso racional de medicamentos. A área da logística, que incluía o armazém central, tinha também apoio de um especialista sueco. A AT permanente terminou em 1993, mas o programa continuava de ter apoio de consultores através da InDevelop para tarefas específicas.

Em 1985 a Dra. Anna-Karin Karlsson trabalhava como assessora de Saúde Pública no MINSA, e a versão dela sobre a inclusão dos medicamentos essenciais no Programa da Asdi é a seguinte:

Eu ia viajar à Suécia para passar férias, quando o Dr. Feio, que era o chefe do Gabinete do Plano na altura, veio falar comigo no último momento antes da minha partida perguntando se eu po-

dia fazer uma lista de alguns medicamentos básicos. Havia um resto de dinheiro do orçamento que não tinha sido gasto e se a Asdi autorizar poder-se-ia utilizá-lo para a importação destes medicamentos. Eu fiz a lista e fui embora. Em Estocolmo fui mais tarde contactada pela Divisão de Saúde da Asdi. Eles queriam que eu viesse para discutir uma proposta do Ministério sobre a importação de medicamentos. Eu reconheci a lista, e disse que achava uma boa ideia avançar com as compras.

O orçamento do programa teve um volume bastante grande ao longo do tempo, porque a necessidade de medicamentos no país era gritante – e talvez também porque a importação de medicamentos podia absorver uma boa parte do orçamento total do Programa de Cooperação. Os objectivos do programa eram (e continuam sendo):

- Uma distribuição regular de medicamentos essenciais às unidades de CPS, e
- O uso racional de medicamentos, principalmente com referência ao diagnóstico e tratamento

No princípio não havia uma organização do Programa bem estabelecida e não havia suficiente pessoal qualificado para administrar as actividades de bastante complexidade. Os cinco assessores suecos que trabalharam com o Programa durante diferentes períodos de 1986 a 1992 concordam todos que o programa tinha uma série de problemas complicados a resolver, mas acharam que havia boas possibilidades para aumentar consideravelmente o nível de eficiência.

O armazém foi um dos problemas maiores, e não podia ser resolvido por um único especialista de logística vindo da Suécia. Ele conta uma história bastante lúgubre sobre o Depósito Nacional de Medicamentos:

O armazém é um antigo armazém de café. O edifício foi, portanto, construído para manter uma elevada temperatura, e só por esta razão o armazém é totalmente inapropriado para produtos farmacêuticos. /.../ Há electricidade instalada, mas geralmente não funciona. Não há água, e não há transportes, nem cantina para os trabalhadores. /.../ A disciplina de trabalho é muito baixa e a presença é muitas vezes só uma questão de “marcar” [o ponto]. Os trabalhadores só podem sobreviver economicamente se roubam dos medicamentos. Para se facilitar isso, há um sistema de controlo totalmente intransparente. Como toda a gente, desde o director até o homem de limpeza, está ansiosa manter um sistema de stock e de controlo não funcional é muito difícil introduzir um sistema como deve ser. Segundo os termos de refe-

rência do meu trabalho, uma das minhas tarefas é “criar melhor ordem”, mas isto ultrapassava os limites de possibilidades.

*(Karlsson, Junho 1990)*

Depois de descrever uma série de outras dificuldades com o sistema complicado de compras através da Asdi, a distribuição para as províncias, a manutenção das viaturas, etc., Sr Sören Karlsson conclui:

O meu relatório tornou-se muito mais negativo que tencionava. Mas nem tudo é negro como a noite. Mas temos que espalhar luz sobre os problemas. É também difícil ver progresso de curto prazo. Mas do lado positivo temos que contar o facto de que praticamente todos os Centros e Postos nas províncias em que o programa actua recebem os seus kits e isto acontece com bastante regularidade. Somente este facto significa uma grande diferença comparado com a situação há 2,5 anos atrás. De acordo com os dados disponíveis, 25% da população de Angola têm hoje acesso a medicamentos através do PME. É fácil esquecer estes factos quando todos os problemas se amontoam.

Um dos assessores médicos dirige a sua crítica principal aos directores do MINSA, que demonstram uma total falta de empenhamento no Programa, porque estavam “mais interessados em arranjar benefícios para si próprios que ajudar a grande maioria de ter uma vida melhor”. Isto, contudo, não foi o caso do director do Programa, que tinha demonstrado um grande interesse em produzir resultados, e o novo director tinha um estilo de gestão que era positivo para o desenvolvimento do programa.

Nas províncias a atitude em relação ao Programa é totalmente diferente, comparado com a situação observada no MINSA. Há um interesse genuíno em fazer o Programa funcionar e se desenvolver, embora o nível de competência seja bastante baixo. E justamente para elevar o nível de conhecimentos que o programa organiza actividades de formação com seminários sobre o uso racional de medicamentos e outros temas. Manuais foram produzidos, mas podia levar muito tempo até chegarem às províncias – o manual sobre tratamento das doenças mais frequentes ficou encravado no MINSA durante quatro anos depois de ter sido revisto pelo programa! Mas a equipa de Luanda faz visitas regulares de supervisão, o que também tem muita importância para os quadros nas províncias e para o Programa receber *feedback*.

Uma avaliação encomendada pelo MINSA e Asdi em 1990 incluía um estudo do tratamento dos pacientes em três províncias. O estudo demonstrava que somente 12% dos trabalhadores de saúde tinham suficientes habilitações para avaliar, diagnosticar e oferecer o tratamento correcto ao doente. O estudo recomendava cursos de reciclagem dos trabalhadores de saúde dos Centros e Postos de Saúde combinados com frequente supervisão da qualidade dos cuidados.

Os cursos de reciclagem devem ser institucionalizados e ter os seus recursos devidamente garantidos. Uma área de reflexão urgente é o desenvolvimento de um sistema de supervisão, com objectivos bem definidos, que possa motivar um bom desempenho.  
(Björck, et al., 1992)

Estes resultados motivaram a direcção do Programa fortalecer o componente de formação para o equilibrar com a distribuição dos kits de medicamentos.

Embora os medicamentos essenciais devam ser dados gratuitamente nos Centros de Saúde, são muitas vezes vendidos, mas a preços mais baixos que nas farmácias. A equipa de monitoria da Asdi<sup>23</sup> fez um pequeno levantamento de preços de alguns medicamentos essenciais em Novembro de 1998.

A venda ilegal de medicamentos essenciais nos Centros de Saúde é somente um lado da prática generalizada de cobrar para diferentes serviços dentro do sistema de saúde. Isto está acontecendo desde há muito tempo em forma de *gasosas* cobradas por enfermeiras/os e parteiras. As/os pacientes são também muitas vezes obrigadas/os a comprar luvas, seringas, etc., primeiro roubadas e depois ilegalmente vendidas pelos trabalhadores de saúde.

**Tabela 5. Preços de medicamentos essenciais em Luanda. Kz, 10 comprimidos. Novembro de 1998**

|               | CS<br>Maianga | CS Terra<br>Nova | Farmácia<br>Prenda | Farmácia<br>ECOMED | Mercado<br>paralelo |
|---------------|---------------|------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| Aspirina      | 300           | 300              | 800                | 2,750              | 500                 |
| Paracetamol   | 300           | 300              | 800                | 1,710              | 500                 |
| Cloroquina    | 300           | 300              | 800                | 3,230              | 1,000               |
| Ferro         | 300           | 300              | 800                | 2,230              | 1,000               |
| Amoxicilina   | 1,000         | 1,500            | 2,000              | 1,650              | 1,500               |
| Cotrimoxazole | -             | 500              | 800                | 4,220              | 1,000               |
| Mebendazole 6 | 300           | 300              | 800                | 2,600              | 500                 |

Um dos problemas que está afectando o PME é a ausência de uma Política Nacional de Farmacêuticos, que continua sem ser resolvido (2006). Existe um documento elaborado com o apoio de especialistas suecos (consultores) num processo bastante participativo. O documento foi apresentado em finais de 2005. Mas dado que os farmacêuticos constituem uma área quer complexa, quer controversa, com grandes interesses económicos envolvidos, esta Política tem sido vítima das políticas internas do MINSA e até agora não foi aprovada pelo parlamento. Apesar deste vácuo político o antigo produtor nacional de medicamentos, Angoméfrica, vai reabrir em breve, mas desta vez sob gestão privada.

<sup>23</sup> Dr.Rolf Johansson, antigo assessor do PME, Dra Anna-Karin Karlsson e Sr Lars Rylander.

O PME é um dos programas mais bem sucedidos daqueles apoiados pela Asdi. Os presentes directores, Dr. Jorge Manaças e o seu colega Dr. Constâncio João, ambos trabalham com o programa desde há quase vinte anos, o que tem dado uma considerável estabilidade às actividades. A Asdi terminou o seu apoio no ano 2000, e que terá acontecido depois?

O nosso programa tem resistido. Mas tivemos um ano em que realmente nos sentimos órfãos depois da saída da Asdi, porque não apareceu nenhum outro doador. Mas em 2001 começámos a receber fundos do Governo e podíamos gradualmente começar as importações de novo. E hoje temos mais financiamentos que nunca. Para 2006 temos 8 milhões de USD e cobrimos todas as províncias.

Hoje distribuímos os kits com empresas privadas de transporte. O programa nunca teve suficientes camiões e antes tínhamos apoio do PAM. Hoje funciona bem, porque as empresas privadas têm um melhor desempenho que o Estado e têm que cumprir as obrigações do contrato. Um dos nossos funcionários acompanha sempre e é responsável pela entrega dos kits ao respectivo Centro ou Posto.

Os supervisores provinciais fazem avaliações regulares do uso de medicamentos, mas temos grandes dificuldades em encontrar fundos para estes componentes “*soft*”. Não há problemas com importação e distribuição, mas formação e seminários dão-nos uma dor de cabeça. Estes componentes estavam incluídos no orçamento da Asdi, e foi muito melhor. Precisamos realmente oferecer formação, porque o uso racional dos medicamentos continua um problema sério, embora possa variar de província para província.

O facto de o programa ainda existir hoje tem a ver com as sementes que foram lançados pelo apoio sueco. Construiu-se um programa completo que tinha credibilidade. E não temos queixas da assistência técnica.

Hoje o programa tem apoio da EU, mas a sua sustentabilidade depende dos fundos do Governo. E o Governo terá que continuar a financiar. O povo reclama quando não pode obter os medicamentos receitados, e estas reclamações chegam até os níveis políticos mais altos...

## Programa Alargado de Vacinação

O PAV data de 1976, quando Angola com o Unicef iniciou o primeiro plano de colaboração sobre um Programa de Vacinação. Dado que as vacinações são consideradas um dos pilares de qualquer sistema de CPS, foi também uma das primeiras áreas de receber apoio da Asdi em 1979.

O PAV sempre funcionou como um programa vertical, e tem muitas vezes utilizado as grandes campanhas para conseguir atingir as comunidades. O objectivo do Programa de Vacinação é reduzir a morbi-mortalidade infantil de seis doenças possíveis de prevenir: TB, difteria, tosse convulsa, tétano, poliomielite, sarampo e febre amarela.

A vacina é dada às crianças com menos de um ano segundo o seguinte calendário:

- À nascença: vacina BCG contra TB mais a dose inicial de vacina oral contra pólio;
- Aos 2 meses: 1ª dose de DPT (difteria, tosse convulsa e tétano) e a 1ª dose de vacina contra pólio;
- Aos 4 meses: 2ª dose de DPT e a 2ª dose de vacina contra pólio;
- Aos 6 meses: 3ª dose de DPT e a 3ª dose de vacina contra pólio, e
- Aos 9 meses: Uma dose de cada de vacina contra sarampo e febre amarela.

O PAV inclui também a vacinação da mulher grávida com duas doses (ou três, se não for vacinada antes) de toxóide tetânico para proteger a criança recém-nascida do tétano neonatal.

### Baixa cobertura

A cobertura vacinal continua baixa em Angola, embora o PAV tenha operado durante quarenta anos. Depois das chuvas e inundações em Luanda em 1984 o PAV organizou uma campanha de vacinações muito eficiente que resultou no controlo do sarampo durante alguns anos. O número de casos de tétano neonatal foi igualmente reduzido com esse esforço. Uma avaliação realizada por uma equipa internacional em 1986 e 1989 indicou, porém, que o programa atingia mais de 80% das crianças com a primeira dose de vacina, mas menos de 10% das crianças em Luanda nas idades em questão tinham a protecção completa com todas as vacinas. Isto ficou muito longe da meta de 75% e o programa reduziu a sua meta para 40%, que foi considerado um nível mais realista.



O Instituto Nacional de Estatística (INE) tem realizado vários levantamentos de indicadores múltiplos (MICS)<sup>24</sup> que são considerados a melhor fonte de dados de saúde a nível nacional. Temos acesso a dados de três diferentes MICS, e os resultados indicam que a cobertura vacinal ainda hoje é muito baixa.

**Tabela 6. Percentagem de crianças vacinadas com 12-23 meses**

| Vacina             | 1997  | 2001 | 2005 |
|--------------------|-------|------|------|
| BCG                | 59.5% | 68%  | 69%  |
| DPT 3              | 23.9% | 34%  | 34%  |
| Pólio 3            | 27.5% | 41%  | 63%  |
| Sarampo            | 45.5% | 64%  | 54%  |
| Vacinação completa | 16.7% | 26%  | 27%  |

A cobertura relativamente boa de vacinação BCG explica-se pela tradição do tempo colonial de levar a criança recém-nascida ao Centro de Saúde para receber soro-toxóide, o que dá possibilidade de também vacinar a criança contra a TB. O MICS de 1997 indica uma grande diferença entre cidade e campo – nas zonas rurais somente 9,5% das crianças com menos de dois anos tinham vacinação completa.

A outra fonte de informação é constituída pelos dados de vacinação recolhidos pelos Centros e Postos de Saúde. Com base nestes relatórios de rotina, a cobertura vacinal é calculada usando a população estimada da área geográfica servida pela unidade de saúde. Dados do sistema dos relatórios de rotina dão uma maior cobertura e também confirmam o grande contacto inicial com as crianças através das doses iniciais, que são uma indicação de “acesso” aos serviços de vacinação. Mas, de igual forma, os dados das vacinações de rotina demonstram um elevado grau de desistências (*drop-out*) entre a primeira dose e as doses subsequentes.

**Tabela 7. Dados de vacinação de Unidades de Saúde em Luanda**

| Vacina        | 1998 | 2000 | 2002 | 2005 |
|---------------|------|------|------|------|
| BCG           | 68%  | 46%  | 91%  | 99%  |
| DPT 3ª dose   | 45%  | 38%  | 48%  | 63%  |
| Pólio 3ª dose | 44%  | 38%  | 50%  | 61%  |
| Sarampo       | 38%  | 33%  | 48%  | 53%  |

<sup>24</sup> Este tipo de levantamentos é feito com a utilização de uma técnica de amostras randomizadas e dá informações bastante fiáveis sobre a cobertura de vacinações numa população. Este tipo de método justifica-se sobretudo em países em que dados demográficos e os dados de recolhas de rotina não são fiáveis e/ou incompletos.

## Tétano neonatal

Segundo os dados de vacinação de rotina, a vacinação das mulheres grávidas com duas doses de vacina antitetânica tem baixa cobertura. De 1998 a 2002 só a volta de 30% das mulheres grávidas em Luanda foram vacinadas. Em 2005, a cobertura tinha aumentado para 46%. Mesmo assim significa que mais de metade das mulheres grávidas não são protegidas, o que se reflecte num número contínuo de casos de tétano neonatal em recém-nascidos. É preciso notar que os dados de rotina só incluem mulheres grávidas que vão ao Centro de Saúde para consulta pré-natal, o que significa que há uma grande percentagem de mulheres que não são imunizadas, visto que o Centro de Saúde não tem dados exactos da população na área que serve. Não há um sistema que faça com que as pessoas “pertencam” a um Centro de Saúde específico, o que dificulta o acompanhamento e controlo das vacinações e das consultas pré-natais.

Um estudo feito no Hospital Pediátrico David Bernardino em Luanda (*Acta Médica Angolana no.1/2005*) revela uma situação lamentável no que se refere ao tétano neonatal na Província de Luanda. Esta doença foi erradicada na maior parte dos países em desenvolvimento, mas entre os 57 países em que ainda existe 90% de todos os casos aparecem em 27 dos países. Angola é um destes 27 países.

Em 1985 mais de 1 000 casos foram registados em Angola, em 2002 mais de 600 casos e em 2004 195 casos. Durante o período Janeiro de 2002 a Junho de 2005, o Hospital Pediátrico registou 504 casos, dos quais 454 óbitos. Quando a mãe tinha a vacinação completa (três doses) nenhuma das crianças morreu, enquanto que nos outros casos a mortalidade era de 79%, embora a mãe tivesse recebido duas doses de vacina. Considera-se que a explicação reside no facto de a maioria destas crianças terem nascido em casa em condições muito primitivas. A secção do cordão umbilical não foi feita com tesoura e o umbigo tinha sido tratado com misturas tradicionais de cinzas e óleos de diferentes tipos. Os bebés cujo umbigo tinha sido desinfectado com álcool tinham melhor chance de sobreviver – “somente” 10% deles faleceram. Em Angola o tétano neonatal continua sendo uma das importantes causas de morte de crianças recém-nascidas, e o método mais eficaz para reduzir esta mortalidade desnecessária é a vacinação completa de mulheres jovens e mulheres grávidas, visto que vão levar gerações até se conseguir criar condições de partos higiénicos e seguros em todo o país.

## Campanhas de vacinação

Em adição às vacinações de rotina nos Centros de Saúde, tem havido uma ênfase cada vez maior nas campanhas massivas de vacinação durante os últimos cinco anos. O foco tem sido na erradicação do pólio e as vacinações destinam-se às crianças com menos de cinco anos. Durante os últimos anos a vacinação contra o sarampo costumava ser incluída nas campanhas. É

também o caso em 2006, quando a campanha *Viva a Vida com Saúde* teve lugar em Julho–Agosto. A meta foi atingir 3,5 milhões de crianças que deviam receber vacina contra sarampo, vacina oral contra pólio, medicamentos de desparasitação, vitamina A, e seriam também distribuídas redes mosquiteiras para a família.

O impacto e as consequências das campanhas de vacinação já foram discutidos em inúmeros relatórios. As campanhas nunca podem substituir os programas de vacinações de rotina. Do ponto de vista sueco, tem-se repetidamente sublinhado que as campanhas são caras e tiram recursos e atenção das actividades de rotina. Algumas vozes críticas alegam que as campanhas são tão populares porque significam dinheiro para muitos profissionais de saúde. Contudo, a posição oficial angolana parece bastante pragmática e argumenta-se que as campanhas podem mobilizar as pessoas e chamar a atenção para a necessidade da vacinação. Por outro lado, os gestores angolanos do programa não têm muita escolha visto que os fundos dos doadores muitas vezes estão ligados às campanhas.

### Controlo epidemiológico

Os casos de poliomielite são muito poucos em Angola. Como parte do esforço de erradicação da doença, todos os casos de paralisia flácida têm que ser registrados e investigados. A última “erupção” de pólio em Angola aconteceu em 1999 e foi referenciada como uma das maiores epidemias da era das vacinações e uma das maiores no continente africano. Durante 2002 e 2003 não se registraram casos, mas em 2004 foram confirmados 33 casos.

Em Angola há cada ano erupções de sarampo em algumas regiões do país. Segundo a directora angolana do PAV tem havido menos casos de sarampo durante os últimos anos. Em 2002, quase 15 000 foram registrados, em 2003 pouco mais de 3 000 e em 2004 só 600 casos.

#### **Avaliação do PAV em Luanda**

Em Fevereiro de 1993 fez-se uma avaliação do PAV em Luanda. 37 dos 52 Postos de Vacinação existentes foram visitados. A avaliação mostrou que a rede existente de Postos de Vacinação estava relativamente bem estabelecida e que tinha suficiente equipamento para a cadeia de frio, mas faltava equipamento para esterilização e também seringas e agulhas. O controlo de qualidade e monitoria da cadeia de frio não tinha o standard necessário. De acordo com as informações do Unicef, uma quantidade suficiente de equipamento tinha sido distribuída. Uma explicação possível do “desperdício” foi que seringas e agulhas, e também o equipamento de esterilização, eram possivelmente roubados, porque eram atractivos no mercado. Havia suficiente pessoal formado, mas na maioria dos Postos as horas de serviços estavam limitadas a umas poucas horas durante a manhã.

| <i>Actividades</i>             | <i>Funcionam bem</i> |
|--------------------------------|----------------------|
| Frigoríficos                   | 81%                  |
| Monitoria da cadeia de frio    | 25%                  |
| Vacinas suficientes            | 80%                  |
| Seringas e agulhas suficientes | 25%                  |

O sistema de registo de dados foi baseado numa simples folha de estatística em que as vacinações foram inseridas e os relatórios feitos para serem entregues aos gestores do programa. O problema era que o número de vacinações feitas devia ser relacionado com o número total de crianças na área específica em que o Centro de Saúde/Posto de Vacinação estava situado. Muito poucos Postos de Vacinação dispunham de dados demográficos fiáveis e a informação sobre a cobertura vacinal por isso também não era fiável.

Praticamente não existia informação epidemiológica sobre as doenças alvo. Como parte da avaliação fez-se uma análise dos casos registrados de sarampo nos Centros de Saúde e a relativamente elevada proporção de casos que tinham sido vacinados chamou a atenção para má eficácia da vacina por causa de armazenamento em temperatura inadequada. Durante o estudo de cobertura a seguir fez-se recolha de sangue para análise de resposta de anticorpos a vacina de sarampo. O resultado mostrava que a vacina tinha qualidade aceitável e não confirmou a preocupação sobre a baixa eficácia da vacina.

Fez-se também um estudo de seguimento em Abril do mesmo ano para avaliar a cobertura real de vacinação de crianças <1 ano e mulheres grávidas. O método usado foi o “standard cluster survey” da OMS. O resultado indicou que 90% das crianças tiveram a sua primeira dose de vacina, mas somente 50% tinham sido vacinadas contra sarampo e só 30% tinham as vacinações completas.

Semelhantes estudos de cobertura vacinal são feitos em Luanda desde 1981, e indicam que a cobertura melhorou de 1981 para 1989, mas a partir de 1990 a cobertura geral parou no nível constante e a vacinação contra sarampo baixou um pouco. Este padrão é parecido ao de outros países em desenvolvimento. Um Programa pode atingir 50% da população bastante facilmente, mas para depois expandir a cobertura e parar a transmissão da doença requer cada vez mais trabalho do Programa.

Erupções de sarampo ocorrem com regularidade em Luanda. No Kazenga, o município mais populoso de Luanda, houve uma erupção de sarampo com 300–350 casos/mês em Maio–Julho de 1993. Com a baixa cobertura vacinal, não veio de surpresa. A ONG MSF estava a trabalhar no Kazenga sugeriu que se fizesse um estudo epidemiológico da erupção de sarampo e, ainda, uma avaliação da cobertura vacinal. O Unicef, por outro lado, argumentava que a informação disponível era suficiente e que todos os recursos deviam ser dirigidos para melhorar e expandir as vacinações. Infelizmente, os gestores nacionais não tiveram poder e autoridade para tomar as rédeas – o doador mais forte definia a agenda.

*Staffan Salmonsson, Assessor de CPS em Luanda 1992–93.*

## Educação para a Saúde

O Programa de EPS pertence à Direcção Nacional de Saúde Pública do MINSA. A Asdi começou a apoiar as actividades em 1986, com 4,2 MSEK, que foi aumentado para 5,8 MSEK no acordo de 1989. O apoio terminou em 1993.

O apoio da Asdi teve como objectivo principal fortalecer o Programa institucionalmente através de AT, mas também com equipamento, viaturas, etc., para possibilitar trabalho nas províncias.

O Programa Nacional de Promoção de Saúde teve início em 1979 como um dos resultados da Conferência de Alma Ata em 1978. Foi um programa multi-sectorial no sentido de incluir todos os outros programas da DNSP, como o PAV, SMI, doenças de transmissão sexual (DTS, que a partir de 1985 inclui VIH/SIDA). O Programa trabalhava com a Comissão Nacional de Saúde que foi criada em 1982, constituída por representantes dos Ministérios relevantes e das organizações de massas. As mulheres da OMA, a juventude da JMPLA, os trabalhadores da UNTA e as Brigadas de Vigilância foram todos obrigados a participar e tinham áreas de responsabilidade diferentes. OMA era responsável pela SMI, enquanto que a organização da juventude tomava conta das DTS e a chamada educação para a vida familiar nas escolas, e mais tarde também da informação sobre VIH/SIDA. As Brigadas de Vigilância tinham a responsabilidade da higiene ambiental e a UNTA da saúde laboral. Este foi o modelo de trabalho nos anos oitenta, antes de existirem ONGs nacionais e outros grupos independentes da sociedade civil envolvidos nas áreas de saúde e assuntos sociais.

O Programa tinha beneficiado de apoio da OMS e alguns quadros de saúde tinham frequentado um curso de Educação para a Saúde em Lomé. Quando o Programa foi incluído no orçamento da cooperação com a Asdi, uma das primeiras acções foi enviar todos os quadros de EPS das províncias para formação em Moçambique.

O Programa tinha pequenos núcleos nas províncias e estes receberam equipamento e material graças aos fundos da Asdi. A EPS não foi uma prioridade do Governo – e continua não sendo – e por isso o apoio da Asdi foi uma contribuição importante. Todos os núcleos de EPS do país receberam televisores, geradores, bicicletas, motas, máquinas copiadoras, retroprojectores, blocos gigantes e mobiliário. E o escritório em Luanda não foi esquecido... A presente directora, Dra. Filomena Wilson, explica, contudo, o que aconteceu:

É preciso dizer que não foi o melhor período para se fazer investimentos tão grandes, porque foram tempos em que não havia nada a comprar no país, e ainda por cima a situação de segurança estava má. Assim, vários carros foram roubados, e a mesma coisa aconteceu com o equipamento de escritório, especialmente

em Luanda. Mas a Asdi nos equipou mais uma vez, para que conseguíssemos funcionar. E uma grande parte do equipamento que pertencia ao nosso Programa foi utilizada pelos Directores de Saúde. Mas o que hoje se vê nas províncias são as mesmas coisas que recebemos da Asdi há muito tempo atrás.

Um ex-quadro do Ministério acha que o Programa foi afundado por um dos antigos ministros, que simplesmente se apropriou de todo o equipamento para o distribuir de acordo com as suas próprias preferências.

O Programa teve AT de três pessoas de diferentes nacionalidades. A Sra. Lene Blegvad Jakobsen trabalhou com o EPS durante um ano (1987–88) e no seu relatório final dá uma imagem interessante do desenvolvimento do Programa, mas também comunica as suas impressões do MINSA:

Em termos gerais, é difícil planejar, organizar e avaliar o trabalho realizado como uma tarefa de rotina mais ou menos em todo o Ministério, e a comunicação é limitada a todos os níveis. Uma explicação para isso é o sistema vertical de gestão e de comando, que caracteriza os métodos de trabalho em toda a parte. Eu acho que isto é o aspecto mais difícil da nossa adaptação ao lugar de trabalho, e pode ter um efeito directo de entrave quando queres introduzir qualquer mudança na tua própria área de trabalho. Tentar mudar este sistema vertical para processos de trabalho mais colectivos/ democráticos é desejável, mas vai levar muitos anos.

No Programa Nacional de Educação para a Saúde temos tentado estabelecer reuniões regulares cada semana, com resultados variáveis, com uma agenda, minutas por escrito, etc., para conseguir melhor planeamento, desempenho e avaliação do nosso trabalho e melhorar a comunicação interna. Os frequentes erros e mal-entendidos parecem contribuir para que as pessoas compreendam a vantagem deste método de trabalho.

Fizemos também uma distribuição de tarefas de acordo com as nossas diferentes habilitações, isto é administração, produção e tarefas pedagógicas. Mas pode haver sobreposições quando necessário.

*(Blegvad Jakobsen, Julho 1988)*

Durante este período o Programa estava elaborando uma metodologia de supervisão e avaliação das actividades nas províncias, e Lene Blegvad Jakobsen transmite uma impressão de um ambiente bastante dinâmico. Mas o Programa tinha problemas em estabelecer colaboração regular com os outros programas prioritários de CPS, o que era necessário para se poder produzir cartazes, manuais e material áudio-visual. E a DNSP tinha tantas tarefas diferentes que não podia cumprir com todas as responsabilidades, o que também afectava a EPS.

Apesar das dificuldades, Lene Blegvad Jakobsen tem uma visão optimista do futuro do Programa como tal, porque os métodos de trabalho estavam melhorando e o Programa gradualmente ganhou mais capacidade para cumprir a sua missão de fortalecer o lado da prevenção do sistema de CPS no país. Ela está também impressionada com a elevada moral de trabalho e o empenho dos seus colegas, porque tem plena consciência das condições de vida que são cada dia mais duras, os salários baixos e custos de vida elevados, etc. E como pano de fundo destes problemas diários a ameaça da guerra... Mas quando ela olha para a EPS inserida num panorama mais amplo, ela sente mais pessimismo. Os problemas da sociedade angolana são muito sérios – e especialmente em Luanda, que na altura tinha uma população de 1,5 milhões segundo as estimativas – e têm uma influência directa sobre a situação de saúde no país.

A presente directora é da mesma opinião. EPS é uma área muito complicada:

É uma coisa transmitir uma mensagem às pessoas e explicar que devem ferver a água, mas é outra coisa pôr tal mensagem em prática. O grande problema é a higiene ambiental e todos os problemas sociais que não são resolvidos.

Mas Filomena Wilson conclui que a contribuição da Asdi, apesar de tudo, foi muito importante para o desenvolvimento do Programa. “Sem o apoio da Asdi ninguém neste país jamais falaria de Educação para a Saúde.”

## Doenças endémicas

Malária, TB/lepra e tripanossomíase foram incluídos no Programa de apoio ao Sector da Saúde em 1982 e este apoio continuava até 1993. O primeiro orçamento foi de 16,5 MSEK, e mais tarde aumentou para 34,5 e 41,5 MSEK antes de a Asdi decidir terminar o financiamento. Estes programas foram inicialmente geridos pela Direcção Nacional de Controlo de Endemias, mas funcionam hoje em outros moldes institucionais.

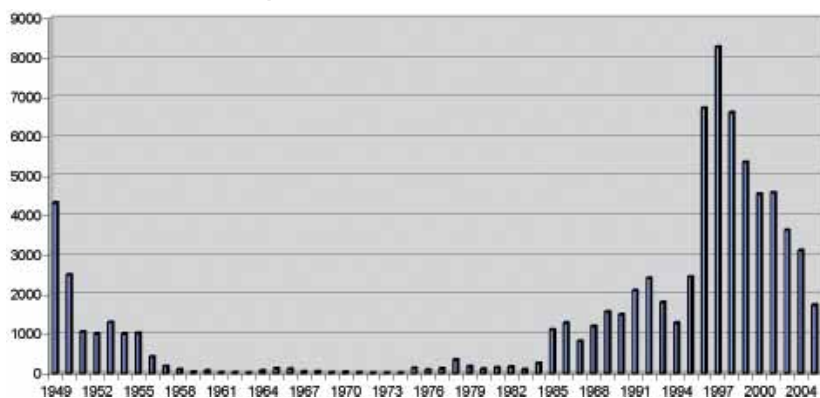
### Tripanossomíase – doença do sono

O Programa de Controlo e Tratamento da Tripanossomíase já aparecia no primeiro acordo de apoio ao Sector da Saúde, como parte do Programa de malária/doenças endémicas. Funcionava como uma cooperação triangular entre o MINSA, com o orçamento angolano em Kwanzas, que correspondia a aproximadamente 1 milhão de USD/ano, e que se destinava a salários e outros custos locais. A OMS completava com AT e a Asdi apoiava com uma contribuição em divisas para importação de viaturas, equipamento de laboratório e reagentes para os testes que se faziam nas áreas onde a prevalência da tripanossomíase estava em aumento.

A tripanossomíase africana é uma doença tropical que é sempre fatal se não for tratada. Os parasitas são transmitidos pela mosca tsé-tsé, que só existe em África. Historicamente, a tripanossomíase estava concentrada no Norte do país, ou seja numa região de grande importância económica por causa da sua produção agrícola desenvolvida. As províncias Zaire, Uíge, Bengo e Kwanza Norte costumavam ser as mais afectadas, mas hoje a doença também existe no Malanje e Kwanza Sul. Pode ser que também exista no Kuan-do Kubango – o primeiro Ministro da Saúde da UNITA (depois de 1992) relatava que os agentes sanitários da UNITA tinham detectado casos nos princípios dos anos noventa.

Durante o tempo colonial os portugueses tinham montado um sistema eficaz para combater a doença do sono, e estava praticamente erradicada na altura da Independência. Somente três casos foram diagnosticados em 1975. Mas pouco tempo depois da Independência registrava-se novamente casos no Norte, parcialmente por causa da migração de pessoas do Congo/Zaire. A prevalência aumentou para 20–30% em algumas áreas. O seguinte gráfico demonstra o desenvolvimento da doença ao longo do tempo:

**Fig. 1. Novos casos de tripanossomíase em Angola 1949–2004.**



Fonte: Prof. Théophile Josenando, ICCT.

O Dr. Rosário Pinto, conhecido especialista da tripanossomíase, continuava o seu trabalho depois da Independência com equipas móveis que faziam testes de um grande número de pessoas nas zonas afectadas. O primeiro assessor sueco colocado no MINSA, Dr. Martin Björck, esteve envolvido no trabalho de 1983 a 1985 através do seu trabalho na DNSP:

O Programa da doença do sono tinha um plano segundo o qual 1 milhão de pessoas nas zonas afectadas no Norte deviam ser testadas anualmente. O apoio sueco pagava os testes. Quando os planos iam ser implementados tornou-se óbvio aos quadros angolanos, e para mim, que a capacidade do Programa era demasiado limitada e que, realisticamente, se podia contar com 200 000



testes por ano. Mas os reagentes não podiam ser guardados em armazém por muito tempo sem serem desperdiçados. Eu sugeri que o MINSA só devia encomendar reagentes para 200 000 testes, mas foi muito complicado porque os planos já estavam aprovados. Mas então encontrei um compromisso: Vamos manter os planos, mas alterar o pedido. Isto foi aceite e o milhão de testes foram entregues durante um período de cinco anos.

O período mais activo do Programa foi a década 1982–92. O apoio sueco era substancial e o Programa expandiu e conseguiu atingir à volta de 50% da população de risco em 1990. Mas quando a guerra intensificou as actividades tiveram que parar. O Programa perdeu todas as viaturas, que foram capturadas pela UNITA, visto que o trabalho de campo se fazia em áreas controladas pela UNITA. A Igreja Católica e algumas ONGs tiveram autorização de entrar nesta zonas, mas não abrangia o Programa do Governo. A maneira de manter pelo menos algumas actividades era começar a formar pessoal da Igreja e das ONGs, que não tinham os conhecimentos necessários para tratar os doentes de tripanossomíase. O Programa também teve alguns quadros que tinham ficado nas zonas da UNITA e estes conseguiam continuar o trabalho com as organizações e as comunidades.

O apoio ao Programa acabou em Dezembro de 1993, mas o Programa depois retomou as actividades logo que a situação de segurança o permitiu. Durante os últimos anos os resultados da investigação médica e técnica tem produzido novos instrumentos e melhores estratégias de controlo da doença no terreno. Em 2006, o Programa tem onze médicos e 85 camas no Centro de Tripanossomíase no município de Viana em Luanda.

A mosca tsé-tsé existe em catorze das dezoito províncias do país, significando que teoricamente 1/3 da população vive em zonas de risco. O Programa tem conseguido acelerar a actividade de testagem durante os últimos anos os casos confirmados têm diminuído desde finais dos anos noventa.

O Programa continua trabalhando com uma metodologia vertical. Qualquer método de integração horizontal requer competência especializada nos Centros de Saúde para tratar os doentes, embora os novos medicamentos tenham encurtado o período de tratamento. Mas mesmo com um tratamento menos complicado, os doentes têm que ser acompanhados durante, pelo menos, dois anos e não é considerado realista misturar estes pacientes com os outros, portadores de todo o resto das doenças infecto-contagiosas, nos Centros de Saúde. Só com poucos casos de tripanossomíase se pode começar a pensar na horizontalização.

### **Combatendo a doença do sono**

Dos 36 países em que a tripanossomíase é endêmica, 22 estão activamente envolvidos no Programa da OMS de combate à doença. A abordagem mais eficaz para o controlo da doença tem três componentes:

1. Controlo médico móvel da população em risco realizado por equipas especializadas com a utilização das ferramentas de diagnóstico mais eficazes (serologia e parasitologia) existentes. Os doentes são transferidos para centros de referência específicos para confirmação do diagnóstico, determinação do estado da doença e do tratamento, e, finalmente, do acompanhamento pós-terapêutico.
2. Postos médicos fixos de controlo localizados em dispensários, centros de saúde ou hospitais onde se tiram amostras de sangue para serem analisados nos centros de referência. Todos os pacientes ou casos suspeitos são transferidos para centros de referência específicos para confirmação do diagnóstico, determinação do estado da doença e do tratamento, e, finalmente, acompanhamento pós-terapêutico.
3. Controlo do vector através de ecrãs e armadilhas, que são métodos simples, baratos e ecologicamente aceitáveis.

*Fonte: OMS*

O Programa é hoje dirigido por Professor Théophile Josenando, que começou a trabalhar no Programa em 1982, e, portanto, acompanhou a Asdi desde o início até o fim:

O apoio sueco realmente fez a diferença durante os tempos em que podíamos fazer o nosso trabalho, mas quando a guerra começou novamente é natural que não ajudava nada. Mas agora, sim, poderia fazer a diferença outra vez... Mas eu creio que os suecos suspenderam o apoio por causa da má gestão de recursos no Ministério, e não porque queriam deixar de apoiar.

A partir de 2004 somos um Instituto<sup>25</sup> com autonomia, o que nos dá possibilidade de cooperar com outros países. O Instituto não tem “casaco” político, só técnico. O nosso orçamento vem do Ministério das Finanças e o sistema é muito seguro, porque somos controlados pelo Tribunal de Contas. Temos bons quadros, o único problema é que o Ministério das Finanças não nos alocam os fundos como deve fazer. Mas nós temos os nossos objectivos definidos: Eliminar a doença, horizontalizar o tratamento e finalmente erradicar a tripanossomíase em Angola.

### **Tuberculose e lepra**

O Programa de TB e lepra tinha apoio da OMS durante alguns anos antes de a Asdi começar a contribuir. O Programa tinha um orçamento anual de aproximadamente 3,0 MSEK, fazendo parte do orçamento total das doen-

<sup>25</sup> Instituto de Combate e Controlo das Tripanossomíases.

ças endémicas. Uma avaliação do Programa foi realizada em 1988 por consultoras contratados pela Asdi, e uma das recomendações era de se fazer avaliações anuais o que também foi cumprido até o fim do apoio sueco em Dezembro de 1993.

O Director do Programa, Dr. Joseph Nsuka, é hoje Coordenador Provincial de doenças endémicas (com excepção de VIH/SIDA e tripanossomíase) em Luanda e Director do Dispensário de TB e lepra de Luanda.

TB é um dos maiores problemas de saúde pública em Angola e o número de casos registrados aumentaram de 11 500 em 1999 para mais de 31 000 em 2004. A cobertura do tratamento DOTS (*Directly Observed Therapy*) está aumentando, mas o nível de desistências continua sendo elevado, provavelmente como resultado da situação pós-guerra.

Em Angola pós-guerra, uma parte substancial da população é muito vulnerável à TB. Uma grande parte da população foi deslocada durante a guerra e um grande número das US foram totalmente destruídas. Das US que funcionam hoje, só 20% tem serviços de laboratório, o que significa que uma parte bastante reduzida da população tem acesso a este tipo de serviços. Além disso, o fornecimento de medicamentos de TB continua irregular, e os Centros de Saúde frequentemente ficam sem medicamentos. (Medicamentos de TB não estão incluídos nos kits do PME.)

Aproximadamente 10 000 novos casos de TB foram diagnosticados em 2006. Considera-se que o facto de o número de casos aumentar depende do maior controlo e detecção de novos casos. Estes são tratados com a terapia DOTS e os medicamentos são gratuitos. Quando o pessoal do dispensário ouve falar de venda de medicamentos tentam sempre descobrir o lugar de venda para tomar medidas.

Sobre a retirada da Asdi, o Dr. Nsuka acha que foi pena que a Asdi terminasse o apoio, porque o “o MINSA não conseguia andar sozinho...”. Mas hoje há vários doadores e agências que trabalham com o MINSA na prevenção e controlo da TB. O Fundo Global para combater o SIDA, Tuberculose e Malária e a OMS são os maiores parceiros multilaterais. Muitas ONGs estão também envolvidas no apoio a programas de TB e o Dispensário de Luanda tem apoio da organização italiana Collegio Universitario Aspiranti Medici Missionari (CUAMM). O Banco Mundial está no segundo ano de um acordo de cinco anos com o Governo para financiar um projecto de 20 milhões de USD, e o Fundo Global está no segundo ano de um programa de 11 milhões de USD, ambos para apoiar os programas angolanos de controlo de TB e VIH/SIDA.

Através da CUAMM, via o MINSA, o Programa em Luanda recebeu apoio para formação e supervisão e também para medicamentos a partir do ano 2000. O Programa trabalha com palestras de EPS nos Centros de Saúde e nas comunidades há grupos de teatro de jovens que ajudam a disseminar a mensagem.

O controlo e tratamento da lepra recebe também certo apoio, mas que não é institucionalizado. Trata-se mais de projectos dispersos, de pequena escala, dado que se trata de apoios de ONGs e igrejas. A doença continua existindo em todo o país, mas supõe-se que a prevalência é relativamente baixa, menos de 1 caso/100 000 habitantes. Mas é difícil atingir as comunidades e trabalhar nalgumas das províncias grandes onde se sabe que a doença existe, por exemplo em Uíge no Norte. Em Luanda, os quadros de saúde trabalham nas comunidades, para activamente detectar casos e em 2005 apareceram 217 novos casos. O trabalho é, geralmente, mais fácil em Luanda, porque os doentes não se escondem de pessoas alheias, e é também possível colocar pessoal para trabalhar permanentemente nos Centros de Saúde.

O Governo de Angola aderiu ao Programa da OMS de erradicação da lepra, e isto significa que o Programa Nacional terá que tornar-se mais agressivo que até agora.

## Malária

A malária é um dos problemas de saúde absolutamente mais sérios em Angola e é considerado representar 50% da procura dos serviços de saúde curativos no país. A doença é endémica em todo o país, com a transmissão mais elevado no Norte do país. O Programa de Malária consumia a maior parte do orçamento da Asdi destinado às doenças endémicas.

### **Malária – uma doença com consequências trágicas**

Em Angola a malária é, de longe, a maior causa de morbimortalidade entre as crianças. No ano 2000, o MINSA informou que mais de 75% de todas as doenças e óbitos registrados nos serviços de saúde estavam relacionados com a malária. Além disso, a malária tem também efeitos pesados na produtividade económica e no rendimento das famílias. A doença é a primeira causa de absentismo nas escolas e nos lugares de trabalho. Segundo o Programa Nacional de Controlo de Malária, cada angolano em média sofre de três a cinco episódios de malária por ano.

*Fonte: MICS, 2005*

Quando a Asdi iniciou o seu apoio, não havia especialistas de malária no país e a Dra. Fernanda Dias, a então Directora do Programa, obteve uma bolsa de estudos para um curso de especialização em Portugal. Quando ela retornou o Programa ganhou força, mas pouco tempo depois do seu regresso foi de repente exonerada pelo Ministro da Saúde. Apesar disto, nunca deixou a área da malária e tem-se dedicado à docência na Faculdade de Medicina e é hoje Directora clínica do Departamento de Doenças Infecciosas num dos hospitais escolares de Luanda. A Dra. Fernanda Dias conta das experiências com a Asdi durante os primeiros tempos da cooperação:

Quando recebemos o apoio da Asdi foi necessário mobilizar as pessoas dinâmicas dos programas das endemias para poder fazer

um bom trabalho. O apoio sueco foi muito importante nessa altura. A Asdi responsabilizava-se em primeiro lugar por equipamento e medicamentos, e a OMS apoiava a formação dos quadros do Programa. O resultado mais importante foi o laboratório de referência aqui em Luanda, que foi o primeiro do país, e também a formação que podíamos organizar com os fundos da Asdi.

Nós identificámos os problemas e os recursos necessários, e a Asdi alocava os recursos. E vieram sempre mais e mais coroas! Foi duro no início, porque a oficial de programas da Asdi, a Sra. Kerstin Fransson, estava a fazer-nos supervisão e tinha um controlo muito rigoroso. Quando estava a chegar a data de uma reunião trimestral com a Asdi ficávamos chateados – Deus, temos que estar sentados mais uma vez com aquela senhora, temos que ter todos os papéis e números em ordem – mas ao olhar para trás vejo que de facto aprendemos bastante com todos aqueles exercícios. Nós não tínhamos experiência de gestão, e afinal foi útil. Depois de algum tempo compreendemos um pouco dos princípios da Asdi e deixámos de pedir mais viaturas, mas investimos na formação. Hoje trabalho com um técnico de laboratório que recebeu a sua formação há vinte anos atrás. Eu tenho que dizer que me considero filha dos suecos...

Segundo os dados do MINSA de 2000, a malária é a doença que mais mata; 76% das mortes em crianças, seguida das infecções respiratórias agudas e doenças diarreicas (ambas 7% cada). O MICS de 2005 apresenta dados sobre o tratamento da malária indicando que 61% das crianças <5 anos tinham tido febre durante as últimas duas semanas e que foram tratados com medicamentos anti-palúdicos. Mas só 2% das crianças <5 anos dormiam com rede mosquiteira impregnada com insecticida. A ocorrência de febre é mais ou menos a mesma entre todas as crianças do levantamento, com variação insignificante por grupo socioeconómico, zona de residência e género, indicando que a malária afecta crianças de todos os segmentos da população angolana. O MICS e outros estudos demonstram que a cloroquina continua sendo o medicamento anti-palúdico mais acessível, o que constitui um problema visto que 50% dos casos de malária têm resistência contra a cloroquina.

Se a ocorrência de febre não distingue entre classes socioeconómicas, a utilização de redes mosquiteiras não é igual. Para crianças das famílias mais vulneráveis é três vezes menos possível que utilizem redes (tratadas ou não) comparado com as crianças de famílias de melhores recursos. Segundo o MICS, a situação económica é o factor mais importante para uma protecção adequada contra a malária. No quadro da Iniciativa *“Roll Back Malaria in Africa”*, o Programa Nacional de Controlo da Malária lançou um grande projecto em 1998 para promover a utilização de redes tratadas com insecticidas com o apoio do Unicef. No início de 2003 o projecto estava a funcionar em cator-

ze capitais de província onde 500 000 redes foram distribuídas/vendidas a preços muito baixos e subsidiados. Foram também estabelecidas 47 Unidades de Tratamento para a impregnação de redes. Mas ainda não está claro se estas actividades vão ajudar os mais pobres a proteger as suas crianças da doença.

A Dra. Ana Vaz é Chefe do Departamento de Higiene e Epidemiologia, Saúde Ambiental e PAV do MINSA. Ela era directora do Programa de Malária durante 1991. Ela compara a situação de há quinze anos com a situação de hoje:

Durante a guerra tínhamos naturalmente muitos problemas, mas foi mais fácil mobilizar as pessoas para trabalhar – “os que não colaboram estão contra”. O Programa tinha todos os componentes, controlo total de medicamentos e formação, etc. Hoje é diferente, o Laboratório de Referência, por exemplo, passou a pertencer ao Instituto Nacional de Saúde.

Mas tenho que dizer que sou contra os programas verticais. Eu acho que o pessoal das Unidades de Saúde tem que saber de todas as doenças, não só da malária. Neste departamento trabalhamos com “vigilância integrada”, mas é muito complicado implementar porque as pessoas estão acostumadas a trabalhar numa maneira vertical. E com todos estes institutos que aparecem como cogumelos vai ficar ainda pior.

## VIH/SIDA

O primeiro caso de VIH foi detectado já em 1985, e a colaboração com a Asdi começou um ano mais tarde, de facto antes de VIH/SIDA ter sido formalmente integrado nos acordos e orçamentos. Foi sempre o Centro Nacional de Sangue que recebeu o apoio. Este laboratório de sangue não tinha recursos suficientes para começar a fazer testes para transfusões de sangue depois de se ter detectado o VIH. Grandes volumes de sangue seguro são necessários para as transfusões, que são muito frequentes em Luanda. A Asdi começou a comprar reagentes para o CNS em 1986, e a cooperação começou a desenvolver-se passo a passo.

O CNS veio a trabalhar em parceria com o SBL, o Laboratório Nacional de Bacteriologia (hoje Instituto Sueco para o Controlo de Doenças Infecto-contagiosas) que começou a colaboração com uma avaliação dos recursos e capacidades existentes. Vários consultores de curto prazo vieram fazer estudos preparatórios. E a Asdi concordava com a inclusão do CNS no Programa de Cooperação, visto que o laboratório estava a trabalhar bem e em boas condições.

O CNS funcionava como laboratório de referência para a confirmação dos testes de sangue feitos nas províncias ou nos hospitais de Luanda. O laboratório do CNS começou a fazer testes ELISA e Western Blot, que eram caros e sofisticados demais para outros laboratórios. Sobretudo Western Blot era muito caro, também para o CNS, mas foi possível chegar a um acordo com o SBL para enviar amostras à Suécia para fazer os testes de confirmação nos casos em que os resultados do CNS diferiam.

Estes procedimentos desenvolveram-se através de um pequeno projecto de cooperação bastante técnico, com AT do SBL e apoio nos componentes técnicos como por exemplo os testes. A Dra. Luzia Fernandes dirige o CNS desde há muitos anos, e ela fez uma visita de estudos ao SBL com um pequeno grupo de técnicos de laboratório logo no início da colaboração. Depois de vinte anos, dois destes técnicos continuam trabalhando no CNS.

Presentemente há treze “postos avançados” em Luanda e postos em todas as províncias. Estes postos podem fazer testes rápidos de VIH, hepatite B e sífilis, e a confirmação é depois feita pelo CNS quando necessário.

As principais razões para as transfusões de sangue são:

- Malária em crianças;
- Sick cell anaemia, e
- Hemorragia durante o parto

A incidência da malária tem picos, e os hospitais de Luanda podem ter 100 transfusões/dia durante o tempo da chuva. São as crianças que recebem 60% das transfusões.

A Asdi facilitou o contacto entre o CNS e a OMS, que também tem resultado num apoio valioso ao longo dos anos. A Asdi financiou o laboratório do CNS e a colaboração com o SBL, enquanto que a OMS tem fornecido reagentes para o resto do país.

A Asdi terminou o apoio em 1999, mas também depois disso o CNS tem tido algum apoio via CAOL e CAPEL, visto que o sangue seguro é essencial para a área da SMI. Até o ano 2000 o CNS estava lutando pelo seu orçamento, mas a partir de então recebe as verbas directamente do Ministério das Finanças. Isto possibilita a compra de reagentes, embora o CNS não possa abastecer as províncias. Como algumas das outras instituições envolvidas na cooperação com a Suécia, o CNS também mudou de estatuto e é hoje uma instituição nacional autónoma. Isto implica um orçamento separado do Ministério das Finanças e uma situação relativamente sustentável para o futuro.

## Saúde Materno-Infantil

A ênfase dada à Saúde Reprodutiva em finais dos anos oitenta, não somente teve como consequência a reestruturação dos serviços obstétricos mas também o fortalecimento dos cuidados pré-natais e PF, e mais tarde, o estabelecimento de um curso moderno para formação de parteiras. Depois de se começar a ver as tendências positivas da descentralização dos partos para os Centros de Saúde, o passo seguinte foi tentar aplicar o mesmo modelo nos cuidados pediátricos. Pode-se dizer que a Asdi e Angola de certa forma conseguiram adoptar uma perspectiva de Direitos Humanos em relação ao problema reprodutivo – depois de tantos anos de negligência, o direito de mulheres e crianças de sobreviverem começou a ser levado a sério. Mas os problemas são graves e complexos e, por isso, vai levar mais tempo e requerer compromissos ainda mais fortes do Governo angolano e de todas as estruturas envolvidas antes de se poder esperar uma mudança qualitativa mais profunda.

### Saúde Materna

Depois da análise da situação de Saúde Materna e as condições inumanas prevalentes nas grandes maternidades de Luanda, o MINSA e as autoridades provinciais de saúde chegaram a acordo com a Asdi para começar a implementação de um sistema de descentralizado dos serviços obstétricos para alguns Centros de Saúde na Grande Luanda. O órgão coordenador CAOL, que além dos directores das maternidades também incluía outros interessados como a OMA, Asdi, FNUAP, Unicef e MSF, tinha uma estratégia já elaborada mas demorava antes de a mesma ser posta em prática. Depois de algum tempo, a OMA teve que reagir e publicou um artigo no diário *Jornal de Angola*. O artigo teve efeito e os obstáculos burocráticos foram finalmente removidos.

Ao começar o trabalho da CAOL, Luanda tinha duas grandes maternidades públicas, Hospital Lucrécia Paím, um hospital nacional especializado, e o Hospital Augusto N'Gangula, que originalmente era um hospital provincial, também especializado. Este último hoje pertence à categoria de hospital geral com orçamento directamente do Ministério das Finanças. Ambos os hospitais são do tempo colonial. Pouco tempo antes da Independência Luanda tinha somente 8 000 partos institucionais por ano (1973), a ser comparado com a situação em 1989, com 32 000 partos, 1999 com 59 753 e 2005 com 90 160. Antes da descentralização a maioria dos partos institucionais – normais ou de risco – tiveram lugar nestas duas maternidades<sup>26</sup>, e as condições higiénicas e de trabalho tornaram-se gradualmente totalmente inaceitáveis. À volta de 100 partos por dia em cada um dos hospitais era o número normal.

<sup>26</sup> Alguns partos tinham lugar no Hospital Distrital de Kilamba Kiaxi até que o hospital fechou para obras. Além destes hospitais públicos existem vários hospitais e clínicas privadas em Luanda, mais não há dados disponíveis sobre o número de partos nestas unidades, e, consequentemente, também não se conhece a qualidade dos cuidados obstétricos.



Durante o tempo da CAOL e com o apoio de assessoras/es suecas/os – AT de longa duração através da Asdi e InDevelop e durante os últimos anos consultores em missões de curta duração – as condições dos hospitais melhoraram bastante e tomaram-se medidas específicas para reduzir a mortalidade materna. É, contudo, importante mencionar que a área da saúde materna também tem recebido apoio de algumas ONGs internacionais, tais como Médecins Sans Frontières and Médicos Mundi, e de várias agências governamentais de cooperação além da Asdi.

Professor Dr. Staffan Bergström iniciou em 1993 uma série de seminários destinados a obstetras e parteiras, que na realidade eram uma espécie de auditorias à mortalidade materna. O Dr. Bergström compreendeu que havia necessidade de mais conhecimentos e contacto com experiências de outros países – “obstetrícia baseada em evidência – entre o pessoal da área de obstetrícia e de Saúde Materna em geral. O primeiro seminário foi organizado com médicos e enfermeiras/parteiras em grupos diferentes, por causa da barreira clássica entre estas profissões. Mas os docentes suecos queriam romper a barreira e os seminários que seguiram foram feitos com grupos grandes e mistos. Parteiras angolanas foram convidadas a dar palestras, o que também era pouco comum, mas evidentemente bem aceite. Depois de dez visitas a Luanda, os seminários “suecos” chegaram ao fim, mas em Outubro de 2006 o Hospital Lucrécia Paím organizou umas “Jornadas de Obstetrícia” para os profissionais de saúde materna.

Uma das reformas importantes para reduzir a mortalidade materna institucional foi a instalação de unidades de (pré-)eclampsia nas maternidades de Luanda e em dois hospitais de referência (nível municipal; Cajueiros e Kilamba Kiaxi). Um dos assessores da InDevelop elaborou as normas de tratamento de eclampsia nos anos noventa, e os resultados são muito positivos embora não haja uma redução estável de óbitos. O trabalho de atacar a mortalidade materna por patologias está em curso, e o Hospital Augusto N’Gangula conseguiu reduzir a mortalidade relacionada com a malária de 28% em 2001 a 13% em 2004.

A Mortalidade Materna Institucional (MMI) varia muito, dependendo da fonte de dados, e é preciso observar que não há nenhuma informação fiável sobre a mortalidade extra-institucional, ou seja nos partos domésticos, que são os mais frequentes no país. Os seguintes exemplos de dados de Mortalidade Materna dão uma ilustração do problema:

**Tabela 8. Estimativas de mortes maternas em Angola, diferentes fontes.**

| Nº. MM/100 000 nados-vivo | Fonte                                                    |
|---------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1,300/100,000             | Instituto Nacional de Estatística, Prov. de Luanda, 1994 |
| >1,400/100,000            | International Medical Corps, Luena, Moxico, 1994         |
| 600–900/100,000           | MINSA, nível nacional, 1995                              |
| 703/100,000               | Unicef Angola, Província de Luanda, 1995                 |

| <b>Nº. MM/100 000 nados-vivo</b> | <b>Fonte</b>                     |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 1,500/100,000                    | OMS/Unicef, nível nacional, 1996 |
| 1,500/100,000                    | MINSA, nível nacional, 2001      |

A CAOL apresenta alguns dados no último relatório anual à Asdi (2005/06) indicando o desenvolvimento de 1999 a 2005:

**Tabela 9. Saúde Materna na Província de Luanda, desenvolvimento 1999–2005**

|                        | <b>1999</b> | <b>2005</b> |
|------------------------|-------------|-------------|
| Partos institucionais  | 59,753      | 90,610      |
| Nº. de mortes maternas | 834         | 401         |
| Consultas pré-natais   | 345,403     | 524,365     |
| Consultas PF           | 113,034     | 167,896     |

A informação do Hospital Augusto N’Gangula demonstra uma redução considerável de mortalidade materna (números por 100 000 nados-vivo). Este hospital tem à volta de 15 000 partos por ano desde o ano 2000. A mortalidade materna em 2001 foi calculada em 1,097/100,000 mas em 2004 tinha decrescido para 526/100 000.

O número de Centros de Saúde com sala de parto tem tido um aumento constante, de onze em 2001 para 24 em 2006. (Deve-se notar que somente metade destas salas de parto foram criadas no quadro do Programa de Cooperação com a Asdi. Outras agências e ONGs apoiam a DPSL a desenvolver e manter o sistema descentralizado.) De acordo com as estatísticas da CAOL de 2005, 62% dos partos institucionais tiveram lugar nos Centros de Saúde a nível municipal. As estatísticas de partos institucionais devem, no entanto, ser vistos à luz do desenvolvimento populacional na Província de Luanda, cuja população não pára de aumentar. As maternidades grandes – Lucrécia Paím e Augusto N’Gangula – continuam superlotadas mas nas salas de parto na periferia há também cada vez mais partos.

Um problema que parece de muito difícil solução é o sistema de referência entre os diferentes níveis do sistema. Partos de alto risco devem ser referidos do Centro de Saúde para um dos hospitais municipais ou a uma das maternidades da cidade com recursos ainda mais especializados. Para se conseguir fazer isto é necessário ter um sistema de transportes a funcionar, mas o sistema que existe não é suficientemente seguro. O sistema de rádio já não se usa, porque todo o mundo prefere usar o telefone celular, embora a rádio seja mais segura para contactar com uma ambulância em situação de emergência. E das maternidades na cidade as mulheres deviam ser contra-referidas ao Centro de Saúde quando se avalia que o parto é normal (nos casos em que as mulheres procuram a maternidade por preferência própria e não é referida), mas isto geralmente não acontece – luvas e seringas são vendidas ilegalmente pelo pessoal do hospital, e depois de gastar dinheiro as mulheres insistem em ser atendidas e ter o bebé no hospital.

## **Mortalidade materna, uma das mais altas do mundo**

### **Salas de parto, onde estão?**

Excerto de Jornal de Angola, Abril de 1991

Uma mulher grávida vai a pé, do seu longínquo bairro até à maternidade. Está muito cansada – mas tem consciência de que no hospital, pelo menos, terá a possibilidade, em princípio, de ser devidamente assistida. Nos poucos Centros de Saúde que vão funcionando pelos bairros, faltam, muitas vezes, quer as condições técnicas quer os medicamentos. No hospital e após a consulta é aconselhada a comprar os medicamentos no mercado e voltar, daí a um mês. Ela está demasiado cansada para procurar os medicamentos. Fica mais cansada ainda porque os não tomou e nesta sequência acaba por nem sequer voltar à maternidade. Se o seu parto for sem problemas, tudo bem, mas se houver complicações ela pode até morrer, por falta de assistência adequada. No seu bairro, como em todos os outros, não existe sala de parto.

Em Luanda, 80.000 mulheres deram à luz, em 1990. 35.000 nas maternidades, quer dizer 45 por cento; um a três por cento com ajuda duma parteira tradicional superada; mais de 50 por cento com assistência inadequada. A maior parte é assistida por familiares ou vizinhas com pouca experiência.

A taxa de mortalidade materna em Angola é uma das mais altas no mundo. Mais de metade das mortes maternas poderiam ser evitadas com um melhor atendimento obstétrico. Existe um 'Plano Operacional de Saúde Materna em Luanda para 1991–1995'<sup>27</sup> cujo objectivo principal é: reduzir a morbi/ mortalidade das grávidas e parturientes e reduzir a morbi/mortalidade perinatal na província de Luanda.

...

Mas, enquanto isso, o que se passa em Luanda? O Centro Neves Bendinha foi remodelado e parece que funciona muito bem. No entanto, não podemos deixar de notar que no plano inicial estava planeada uma sala de parto. Nunca foi feita. Porquê? No Hospital América Boavida, a ser restaurado. Não estão previstas salas de parto. Porquê? /.../ Em Viana havia a funcionar, um centro materno-infantil com sala de parto. Dois cooperantes precisavam de casa para morar. Então, o centro materno-infantil transformou-se em moradia. Também no Centro de Saúde de Viana não há sala de parto.

...

Foram construídos, recentemente, três grandes pavilhões para epidemia de cólera. Ficaram prontos em seis meses. Isto mostra que é possível construir quanto há vontade. É uma questão de prioridade. É óbvio que num país de condições de higiene tão precárias como é o nosso, temos de estar prevenidos para a eventualidade do desencadeamento de epidemias como a cólera. Mas se fizermos as contas, morre muito mais gente a dar à luz do que com cólera. Durante os anos de 1989, 90, até Abril de 1991 morreram 326 pessoas com cólera. Num ano só, em 1990, morreram nas duas maternidades de Luanda, 332 mulheres. Porque, também para dar à luz as condições de higiene e outras são, infelizmente, super precárias. Porque não prevenir, seriamente também, esta situação dramática da mortalidade materna? Porque é uma questão de 'mulheres'? Assim parece!

...

A situação das nossas parturientes é, de facto, gravíssima, com uma mortalidade materna das mais elevadas do mundo. A mortalidade materna, em Angola, é 6 vezes maior do que no Zimbabwe e mais do dobro da de Moçambique...

...

Não existem, hoje, em Luanda, Centros de Saúde periféricas onde se faça assistência aos partos. Os partos assistidos em Luanda, passaram de 8.000, em 1973 para 35.000 em 1990. A população de Luanda quadruplicou desde então, mas ainda só existem as duas maternidades do tempo colonial. Em Luanda, os partos institucionais realizam-se somente nestas duas maternidades, causando uma sobrecarga extremamente alta. A Lucrécia Paim faz, muitas vezes, mais de 100 partos por dia tendo capacidade apenas para 50. Algumas mulheres dão à luz no chão.

<sup>27</sup> O Plano Operacional foi elaborado por uma equipa de especialistas angolanos e estrangeiros e finalmente redigido pela assessora de CPS, Dra. Britta Nordström. O artigo no Jornal de Angola foi escrito pela jornalista sueca Birgitta Lagerström, que na altura trabalhava no Departamento de Informação da OMA.

Um outro problema que afecta as mulheres grávidas – e também outras pessoas que procuram os serviços de saúde – é o fenómeno aparentemente generalizado das cobranças ilegais, as *gasosas*, que se praticam nos Centros de Saúde e Hospitais. As *gasosas* impedem o acesso das mulheres às consultas pré-natais, e, no fim da gravidez, de procurar cuidados profissionais no momento do parto. O sistema de *gasosas* não é segredo, porque todos os dirigentes responsáveis, quer do lado médico quer político, estão bem informados sobre as cobranças ilegais, e as diferentes tarifas são até discutidas e comparadas nos *workshops* e seminários para os trabalhadores de saúde em Luanda. As tarifas variam, e ninguém sabe se o dinheiro cobrado vai directamente para o bolso das enfermeiras e parteiras ou se, por acaso, é utilizado para completar o magro orçamento da US. A interpretação mais vulgar é, no entanto, que o dinheiro vai para o respectivo indivíduo, para quem as *gasosas* significam um extra salário, ou mais.

Alguns Centros de Saúde em Luanda têm um aviso na porta, anunciando que o parto custa 500 Kz, enquanto outros praticam um sistema mais encoberto. Hospitais e Centros de Saúde cobram pela análise de sangue e análises mais complicadas. A gota espessa, ou seja o teste de malária, devia ser gratuito para todos, mas acontece que as pessoas têm que pagar. (Os preços que são abertamente anunciados e pagas na caixa do Centro são as *comparticipações*, isto é a contribuição do público/os pacientes e são hoje uma importante fonte financeira para os Centros e os pequenos hospitais, mas só se forem administradas de uma forma controlada.)

Estas “cobranças anárquicas” – o eufemismo usado para um sistema ilegal, mas, pelos vistos, tacitamente aceite – é um dos obstáculos mais importantes à promoção do parto seguro em Luanda. Uma parturiente normalmente precisa de transporte para o Centro de Saúde (ou hospital) e este custo, junto com as *gasosas* e talvez a compra de material gastável e medicamentos, cria uma barreira insuperável às mulheres pobres para procurar os cuidados obstétricos. Especialmente as mulheres mais jovens são expostos a grandes riscos por causa deste sistema, porque não têm recursos económicos e são as mais vulneráveis do ponto de vista social. A noção de ter que pagar pelos cuidados de saúde que, segundo a lei, devem ser gratuitos tornou-se tão sólida na mente das pessoas que desistem de procurar os serviços de saúde se não tiverem dinheiro para pagar.

Apesar dos problemas que persistem, e embora os dados estatísticos nem sempre sejam fiáveis, temos a certeza que os dados de Luanda dão uma imagem correcta da tendência positiva da descentralização. Os resultados são muito gratificantes para todos os que estão comprometidos com a melhoria dos serviços de Saúde Materna, salvando assim as mães e os seus filhos, e são, igualmente, gratificante para os que contribuíram apoiando esta iniciativa em Luanda. Declara-se muitas vezes que o modelo de Luanda será replicado em outras províncias, mas até agora isto não aconteceu. Para começar a implementar o modelo descentralizado é preciso dispor de quadros de saúde

qualificados – sobretudo parteiras – e outros recursos para melhorar as infra-estruturas e equipar os hospitais existentes, e para a instalação de salas de parto nos Centros de Saúde.

### Curso de Especialização de Parteiras

O curso destinado a enfermeiras para se tornarem parteiras especializadas pode ser visto como o resultado da análise e dos esforços desenvolvidos no seio da CAOL. Havia parteiras que trabalhavam nos grandes hospitais, mas a maior parte delas não tinha suficiente experiência e não preenchiam os critérios *standard* requeridos para a profissão. Como parte do Programa de Formação financiado pela Asdi, um grupo de enfermeiras e parteiras receberam bolsas nos anos noventa para estudar no Brasil, e algumas delas são hoje responsáveis pelo curso de formação de parteiras.

O Curso de Especialização de Parteiras tem uma longa história, porque a sua preparação levou tempo dado que foi necessário desenvolver um novo currículo. Várias parteiras suecas estavam envolvidas no processo, e uma professora sueca de enfermagem trabalhava com as professoras angolanas durante a primeira fase do curso, que finalmente teve início em 1998. Houve um consenso entre a Direcção de Recursos Humanos do MINSA, as coordenadoras do curso e a Asdi de que a qualidade era mais importante que a quantidade, porque a ideia de se lançar o curso era a criação de uma nova profissão feminina que podia ganhar respeito com o seu nível técnico e as suas virtudes éticas. 92 parteiras foram graduadas até 2006. O mesmo curso será multiplicado em Malanje e Lubango, e assim espera-se poder contribuir para a melhoria da assistência de Saúde Materna em várias províncias, dado que as estudantes que vêm frequentar o curso são oriundas de todos os cantos do país.

Alguns enfermeiros solicitaram lugares no curso, mas perderam o interesse. A experiência mostra que as parturientes não aceitam serem assistidas por enfermeiros homens – a maternidade em Malanje foi totalmente abandonada porque só tinha enfermeiros para assistir às parturientes. Depois de algumas das parteiras graduadas do primeiro curso terem entrevistado mulheres nas comunidades ficou claro que as mulheres boicotaram a maternidade por causa dos homens (que tiveram de ser transferidos para os serviços de PF).

O Curso só recebe 25 estudantes por ano, e o critério mais importante de entrada – entre vários – é experiência de enfermagem de saúde reprodutiva. A selecção das estudantes é feita cuidadosamente, com entrevistas, etc., e dá-se muito peso à própria personalidade das candidatas.

Vários médicos/as obstetras leccionam no curso, e há uma colaboração próxima com eles/elas quando se trata de revisão do currículo ou para se fazer outros ajustes ou avaliações do curso.

O CEP é reconhecido pelo MINSA desde há alguns anos e está formalmente integrado na Escola Técnica Profissional de Saúde de Luanda. Todo o sistema salarial do Sector da Saúde encontra-se sob redefinição, e alguma legislação foi aprovada mas sem ser implementada. Resta, portanto, definir o nível salarial das parteiras especializadas.

### Saúde Infantil

A Coordenação de Atendimento Pediátrico de Luanda – CAPEL – foi criada em meados dos anos noventa como um órgão de coordenação da Saúde Infantil na província de Luanda. Também CAPEL recebeu apoio financeiro e AT – embora muito menos que a CAOL – para implementar formação do pessoal e para introduzir uma melhoria generalizada dos serviços a todos os níveis.

Os objectivos do Projecto de Saúde Infantil eram a redução da mortalidade infantil, melhoria de saúde infantil, e, também, melhoria do atendimento da criança doente. Através deste projecto foram estabelecidos uma série de unidades de pediatria nos Centros de Saúde (com sala de parto) para que os pais das crianças possam ter acesso aos serviços de pediatria mais perto de casa. Estes serviços pediátricos funcionam com banco de urgência 24/24 horas.

O Hospital Pediátrico David Bernardino em Luanda recebeu, igualmente, apoio financeiro e AT. No início de 2006 uma nova clínica de pediatria foi inaugurada no Hospital Augusto N'Gangula com financiamento do Governo angolano.

Dos dados da CAPEL pode-se observar a tendência de os Centros de Saúde desempenharem um certo papel para aliviar a sobrecarga do Hospital Pediátrico. Mas, como é também o caso das maternidades de Luanda, a população da “cidade de asfalto” é suficientemente grande para manter o hospital cheio, o que continua sendo o caso. Como na área de Saúde Materna, o sistema de referência não funciona satisfatoriamente, e parece também haver hábitos profundamente enraizados de levar a criança doente directamente ao hospital. Esta situação vai-se provavelmente manter até que se crie um sistema de referência que possa merecer a confiança do povo.

A CAPEL trabalhou sobretudo com o lançamento e implementação do programa AIDI (Assistência Integrada às Doenças da Infância) implicando formação de pessoal e supervisão de todas os novos serviços de pediatria a nível dos municípios. O AIDI é um programa com uma abordagem horizontal, muito desejável num sistema tão vertical visto que supõe integrar todos os programas de Saúde Infantil num só programa.

A vacinação tem-se desenvolvido numa actividade regular das unidades de Saúde Infantil (e dos hospitais) com o objectivo de reduzir a morbimortalidade de doenças preveníveis. Um aspecto importante é minimizar o vazio entre a vacina BCG, que tem boa cobertura, e a DTP que tem cobertura baixa. As

salas especiais destinadas à vacinação que existem nos Centros de Saúde – com um técnico especial que normalmente é a única pessoa que trabalha com vacinações – estão hoje a ser eliminadas e as crianças são vacinadas em ocasiões quando, por exemplo, são trazidas pelas mães (ou pais?) para controlo do peso.

A CAPEL tentou desenvolver de uma espécie de projecto vertical para uma parte integrante da estrutura provincial de saúde. A anterior directora da CAPEL, Dra. Isilda Neves, é hoje Directora de Saúde Pública da DPSL. Depois do fim do apoio da Asdi em 31 de Março de 2006, a CAPEL já não existe e foi integrada no Programa SMI, que é chefiada pela antiga coordenadora da CAOL, Dra. Isabel Massocolo.

O Hospital Pediátrico David Bernardino recebeu sobretudo apoio para estabelecer um laboratório de emergência para se fazerem testes de meningite, malária, etc. Quer consultores suecos, quer portugueses, trabalharam com formação dos técnicos do laboratório de emergência e do laboratório de microbiologia.

O Director do Hospital, Dr. Luís Bernardino, explica que a procura de serviços de Saúde Infantil é extremamente grande, o que também explica o fluxo constante de pacientes para o hospital. Há necessidade de se criar mais bancos de urgência, e por exemplo o Hospital Américo Boavida devia estabelecer este serviço, mas falta vontade política para se introduzir mudanças na organização de saúde de Luanda. Embora a CAPEL não tenha conseguido expandir em toda a província tem obtido alguns resultados positivos. Sobre a cooperação sueca, o Dr. Bernardino afirma:

O apoio sueco levou a uma melhoria de qualidade, e o nosso hospital agora tem o melhor laboratório em Luanda. Eu acho que a Suécia teve a abordagem correcta. Pessoalmente, sou muito favorável ao intercâmbio Norte/Sul e a nossa colaboração com os pediatras suecos teve muito valor. Mas penso, no entanto, que precisamos de continuar com novas áreas, porque agora temos um nível bastante bom no nosso hospital.

A nossa cooperação foi exemplar, do meu ponto de vista. Os suecos conseguiram integrar-se na maquinaria. São muito diferentes das ONGs, por exemplo, porque os suecos fizeram realmente grandes esforços para trabalhar com as nossas instituições. Mas desconfio que encontraram alguns desgostos.

Como estrutura coordenadora, a CAPEL existiu por um período demasiado curto para poder atingir resultados muito sólidos. Mas pode-se esperar que tenha construído os alicerces para uma estrutura integrada de Saúde Infantil, racionalmente organizada, e que, juntamente com os serviços de saúde reprodutiva, devia ter ainda maior prioridade no futuro próximo.

## Formação de Enfermeiras

O grande investimento na formação de enfermeiras/os através de AT e outros apoios ao Instituto Médio de Saúde de Luanda começou em 1986, com a vinda de um grupo de professoras de enfermagem e especialistas de pedagogia.

Parece-nos que este programa devia ter merecido melhor preparação da parte sueca, porque as condições do Instituto não foram das melhores para se iniciar o desenvolvimento e melhoramento dos cursos de técnicos médios de enfermagem. E o ponto de interrogação principal é: Porquê concordou a Asdi em apoiar formação média de enfermagem? Já era sabido que a maioria dos estudantes do Instituto não tinham o mínimo interesse em fortalecer os CPS como enfermeiras/os, mas usavam este curso médio como trampolim para outros fins de carreira profissional ou formação superior.

Um problema que influenciava o trabalho inicial das professoras<sup>28</sup> foi a ausência de docentes de enfermagem angolanas – as professoras eram na realidade monitoras, quer dizer antigas estudantes do Instituto que trabalharam como enfermeiras e não tinham a mínima experiência prática do Sector da Saúde. Tinham, por conseguinte, grandes dificuldades em realizar o seu trabalho. A situação melhorou gradualmente, visto que algumas das monitoras começaram a levar o seu trabalho a sério e melhorar a sua maneira de dar aulas, enquanto o pessoal sueco com o tempo ficou mais à vontade com as suas tarefas.

Algumas das professoras suecas tinham termos de referência totalmente irrealistas e a organização do Instituto era bastante flutuante com uma directora nova e sem experiência de gestão e pedagogia. O pessoal sueco teve, portanto, que encontrar maneiras de se enquadrar no Instituto. Mas apesar das dificuldades iniciais, a Sra. Krestina Ekström ficou a trabalhar no Instituto durante cinco anos, mas no seu relatório fim-de-contrato a Asdi descreve o desespere que sentia inicialmente:

Quando comecei não havia informação exacta sobre o número de estudantes. Os professores ficavam à espera do horário/programa apesar de que já passaram vários meses do ano lectivo. A maior parte da documentação foi depositada à balda num roupeiro. O coordenador pedagógico estudava medicina a tempo inteiro e só trabalhava duas horas por semana. Lá estava eu sentada sozinha, 'sortindo' papéis e respondendo 'amanhã' a todas as perguntas que me colocavam, porque nem falava português, nem compreendia português e também não sabia se a pessoas que falavam comigo eram estudantes ou professores.

*(Ekström, Maio 1991)*

---

<sup>28</sup> Havia um professor completando o grupo de professoras suecas.



Durante estes cinco anos o Instituto teve nove diferentes coordenadores pedagógicos, o que fazia com que o processo de planeamento e a organização se tornasse desnecessariamente complicado. O Instituto tinha mais estudantes do que podia administrar, e as/os estudantes foram muitas vezes admitidos por capricho. Mas a maior complicação era ser assessora estrangeira. Krestina Ekström sentia uma atitude generalizada de desconfiança em relação a estrangeiros, quer quanto à competência profissional quer aos benefícios contratuais. No relatório ela menciona também alguns outros problemas que a faziam reagir:

- 26% das/dos novas/os estudantes tinham sido admitidas/os com documentos falsos
- Para as/os mais de 700 estudantes só havia lugares de estágio para 1/3, o que é muito negativo em formação profissional
- 1/3 das/dos professoras/es pagas/os por hora deixou de ensinar durante o ano lectivo, o que fez os estudantes perderem parte dos cursos de matemática, português e outras disciplinas nucleares
- 70% dos quadros administrativos estudavam a tempo parcial. Isto foi também o caso das bibliotecárias, tendo como consequência que a biblioteca estava fechada a maior parte do tempo.

O Dr. Lino Silili tem uma longa história de trabalho no Instituto Médio, onde começou como monitor. Nos anos oitenta veio a ser coordenador do curso de enfermagem. Ele pertencia ao grupo que foi estudar no Brasil, e é presentemente Director Geral da nova Escola Técnica Profissional de Saúde de Luanda (ETPSL). Ele explica que a Direcção de Recursos Humanos do MINSA desde 1997 trabalha com uma reforma compreensiva, Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos, que integra a criação de novas carreiras, reconversão de carreiras, um novo sistema promocional, etc. Os técnicos básicos de saúde vão desaparecer, e as carreiras de enfermagem vão ser auxiliar, técnico e licenciado. Até agora não tem sido fácil implementar esta reforma, tem levado demasiado tempo.

O antigo Instituto fechou as admissões em 1997, e esteve encerrado de 2002 a 2004. A nova Escola Profissional vai ter os seguintes cursos:

1. Curso Inicial
2. Curso de especialidade<sup>29</sup> – Instrumentação/Instrumentista, Cuidados Intensivos, Anestesia e Reanimação
3. Curso de Promoção

De acordo com o sistema reformado, estes novos cursos significam salários mais elevados.

---

<sup>29</sup> O Curso de Especialização de Parteiras é um dos cursos de especialidade.

O Dr. Silili trabalhou com todos os suecos no Instituto. Ele admite alguns dos aspectos negativos do Instituto, por exemplo a admissão desorganizada de estudantes e a falta de compromisso por parte das/dos estudantes que precisavam do curso médio para poder estudar na universidade. Mas ele viu o impacto do apoio da Asdi, e ele próprio também beneficiou como estudante. O impacto foi bastante positivo, porque o apoio sueco contribuiu em termos gerais para melhorar a organização do Instituto:

Conseguimos ensinar todo o currículo do curso, e foi também possível trabalhar com Saúde Pública ao nível das comunidades, porque a Asdi nos ofereceu viaturas. Fomos por exemplo ao Bengo e trabalhávamos com epidemiologia, higiene ambiental, etc. Saíamos para informar e fazer educação para a saúde, ou construíamos latrinas, trabalhávamos com vacinação, planeamento familiar e saúde reprodutiva.

Tenho boas experiências do trabalho com os suecos. Mas estavam a controlar tudo – os outros cursos não tinham direito a utilizar nada do nosso material, porque a Asdi só apoiava enfermagem. Isto naturalmente criou algumas tensões no Instituto...

O apoio ao Instituto e à formação de enfermagem (com a excepção do CEP) terminou em 1992. A condição para as/os estudantes que foram ao Brasil com bolsa da Asdi era de regressar e depois ensinar nos diferentes Institutos Médios, o que também finalmente aconteceu. Mas falta-nos informação sobre as carreiras da/dos estudantes do Instituto Médio em Luanda. Foram estudar medicina, ou acabaram por escolher outras profissões?

## Cooperantes em Angola

A AT foi uma componente importante do apoio ao Sector da Saúde durante mais de vinte anos. À volta de 45 pessoas trabalharam em Angola como coordenadores/administradores, assessores ou professoras de enfermagem. Durante alguns anos em meados dos anos oitenta a AT absorvia 25–30% do orçamento total da Asdi para o Sector da Saúde.

Alguns indivíduos já foram citados contando as suas experiências profissionais ou pessoais, mas há também outros aspectos da vida de cooperante.

### Vozes de crítica contra a Asdi

Nos relatórios fim-de-contrato, muitos dos assessores suecos fazem críticas à Asdi. Descrevem condições de trabalho bastante difíceis, especialmente logo no início depois da chegada a Luanda, e sentem-se totalmente perdidos porque a Embaixada da Suécia não está interessada em dialogar. Dos suecos que trabalhavam nos programas de desenvolvimento esperava-se que se

identificassem como funcionários públicos angolanos, visto que se integravam na administração pública a diferentes níveis. Aceitavam isto em teoria, mas a maioria deles não compreendia o funcionamento intrincado da burocracia angolana, nem sabiam como lidar com os problemas que encontravam. Acumulavam, portanto, muita frustração, porque sentiam que não conseguiram utilizar o tempo de uma forma racional, visto que os métodos de trabalho estavam muito longe da maneira sueca de se fazer as coisas.

O primeiro assessor, Dr. Martin Björck, trabalhou na DNSP. Não havia nenhum trilho preparado, ele teve que descobrir o caminho, mas sentia-se bem integrado com os seus colegas do MINSA:

Eu muitas vezes sentia que era mais difícil lidar com a burocracia da Asdi. Deixaram-nos a resolver por nós próprios as situações difíceis. Não havia pessoal no Gabinete da Asdi com formação em medicina, e inicialmente foi difícil ter apoio e feedback da Asdi. Mas ficou melhor durante o meu período de contrato quando veio uma funcionária destacada para a saúde.

Naqueles tempos, em que a Asdi empregava especialistas/assessores para prestar AT havia uma política tácita de deixar estas pessoas resolver os seus problemas no local de trabalho de acordo com o seu próprio juízo, e não deviam aparecer na Asdi para discutir problemas angolanos internos. As reuniões trimestrais eram o fórum oficial, onde devia acontecer o intercâmbio de informação. Como consequência, muitos dos profissionais bastante competentes contratados pela Asdi para servir o Governo angolano sentiam-se excluídos porque não eram convidados para trocar impressões sobre melhoramentos dos seus respectivos programas, ou para discutir os seus termos de referência (que muitas vezes tinham sido formulados há anos e talvez desajustados em relação à situação actual). Um dos assessores refere no seu relatório que foi informado pela Asdi que o seu papel *não* era dar conselhos à Asdi, mas *sim* de ser assessor da parte angolana.

Alguns dos suecos do Instituto Médio ficaram também desapontados com a Asdi, porque sentiam que os seus conhecimentos sobre o sistema de educação em Angola, etc., nunca foram utilizados pela Asdi. Em vez de falar com os assessores/professoras a Asdi ouviu os consultores de curta duração, que muitas vezes apresentaram recomendações bastante superficiais.

É também evidente que o nível de adaptação às condições de vida e de trabalho variava muito. Algumas pessoas queixavam-se da língua portuguesa, e achavam que a Asdi devia investir em treino de língua recorrente em Luan-da, enquanto outras tinham uma atitude mais descontraída em relação à gramática portuguesa...

## Vida e trabalho em Luanda

Quando os primeiros assessores chegaram viviam em apartamentos na cidade. O Dr. Martin Björck era militante dos Grupos de África e veio a Angola como trabalhador de solidariedade:

Eu queria trabalhar em Angola e senti um forte compromisso e lealdade com a luta de Angola. Havia um forte sentido de colaboração com os angolanos e não havia sinais de corrupção. Tínhamos uma forte solidariedade com os angolanos e sentíamos-nos aceites. As nossas condições de vida e de trabalho eram semelhantes às dos angolanos. Vivíamos num apartamento sem água e que raras vezes tinha electricidade. Fazíamos as compras com senhas na cooperativa local.

Nos anos oitenta construiu-se o chamado Campo sueco no Miramar e, mais tarde, um edificio de apartamentos na Maianga. A maior parte do pessoal sueco veio a viver no Campo sueco, sobretudo famílias com crianças. Houve muitos comentários sobre o alto *standard* das casas, e o facto de sempre haver água e energia no Campo sueco. Mas algumas pessoas sentiam-se como se estivessem a viver numa ilha, longe da realidade angolana, o que até certo grau as alienava da vida diária dos angolanos da cidade. Alguns disseram que só aceitavam ficar no Campo sueco por causa dos filhos, cujos amigos também viviam lá. Uma pessoa que se recusou a viver inserida no ambiente sueco foi a coordenadora no MINSA, e mais tarde representante da InDevelop, que permaneceu mais de dez anos em Angola. Ela viveu num apartamento durante vários anos e diz que foi o melhor período da sua vida em Angola, porque assim chegou a conhecer pessoas e aprender muito sobre a sociedade angolana, incluindo a vida política. Assim foi também mais fácil compreender o que estava a acontecer ao seu redor no local de trabalho, os motivos por detrás das decisões, etc.

# Parte 4: Análise da cooperação entre a Suécia e Angola

## Desembolso mais importante que desenvolvimento

Durante os anos setenta e oitenta, a Asdi tinha direito de transferir apropriações do ano fiscal anterior para o ano seguinte se o orçamento não fosse gasto na sua totalidade, mas esta operação podia naturalmente causar grandes reservas acumuladas<sup>30</sup>. Embora formalmente/legalmente aceite, foi sempre inconveniente do ponto de vista “político”, porque tornou-se difícil internamente defender orçamentos generosos que, durante anos seguidos, não eram utilizados pelo país (ou sector) beneficiário. Mesmo que a cooperação para o desenvolvimento durante os anos oitenta tivesse uma fatia razoável do bolo do orçamento do estado, prioridades de países e sectores podiam sempre mudar com os ventos políticos. Mas Angola, sendo um país recentemente independente e um dos países da linha da frente com fronteira com a África do Sul do apartheid, era um dos parceiros de cooperação privilegiados cujo quadro orçamental não devia sofrer cortes.

Pouco tempo depois de se iniciar a cooperação ficou evidente que o MINSA não tinha suficiente capacidade de gestão para utilizar os fundos alocados de acordo com os planos. Somente metade dos 40 MSEK alocados no primeiro acordo 1979–82 foi na realidade usada, visto que só os programas que incluíam “*hardware*” como viaturas e equipamento tinham conseguido mobilizar suficiente capacidade para gastar os fundos. Durante os anos foi difícil acompanhar a implementação do Programa, porque não havia métodos fiáveis para recolha de dados das províncias (vide por exemplo *Anexo 3* sobre a Avaliação Angolana em 1991). A Asdi em certas alturas tinha dúvidas em relação às propostas e prioridades do MINSA. Mas apesar do cepticismo e incerteza sobre os resultados, o Governo sueco e a Asdi não hesitavam em manter, ou até aumentar, os orçamentos sem qualquer análise mais profunda com a parte angolana.

Soubemos que os angolanos estavam preocupados com o facto de a Asdi colocar o foco no desembolso de fundos, e não no conteúdo e desempenho, mas não foi possível verificar se esta preocupação alguma vez foi levantada com a Asdi nas reuniões trimestrais ou anuais em Luanda.

Uma grande porção do apoio foi para compra de equipamento e viaturas e os programas altamente técnicos tiveram prioridade, como por exemplo o

<sup>30</sup> Isto não é possível desde que o sistema orçamental sueco foi reformado em 1997 e o ano fiscal veio a coincidir com o ano civil.

Programa de Malária que precisava de laboratórios, contrariamente às actividades de “baixo custo”, como formação, desenvolvimento de competências, apoio à gestão, etc. Um dos assessores suecos lembra-se das discussões orçamentais, quando a Asdi insistia em acrescentar mais um milhão ao Programa de Malária só pela razão de gastar os fundos.

Este desequilíbrio a favor do *hardware* foi discutido no relatório da avaliação de 1991, mas esta avaliação foi realizada quando o Programa já decorria há onze anos. Os ajustes que foram feitos depois da avaliação parecem ter sido motivados pela intensificação da guerra e não por uma análise das recomendações apresentadas na avaliação.

Um exemplo palpável é o grande investimento no Programa de Formação

**Tabela 10. Desembolsos por ano fiscal 1979–2005**

| Ano     | MSEK | Ano          | MSEK       |
|---------|------|--------------|------------|
| 1979–80 | 5    | 1992–93      | 36         |
| 1980–81 | 11   | 1993–94      | 29         |
| 1981–82 | 5    | 1994–95      | 11         |
| 1982–83 | 4    | 1995–96      | 51         |
| 1983–84 | 17   | 1997         | 32         |
| 1984–85 | 11   | 1998         | 36         |
| 1985–86 | 8    | 1999         | 49         |
| 1986–87 | 25   | 2000         | 37         |
| 1987–88 | 28   | 2001         | 30         |
| 1988–89 | 31   | 2002         | 28         |
| 1989–90 | 47   | 2003         | 19         |
| 1990–91 | 36   | 2004         | 16         |
| 1991–92 | 37   | 2005         | 28         |
|         |      | <b>Total</b> | <b>667</b> |

em Luanda, que começou em 1986. Quer os Memorandos da Asdi quer as nossas entrevistas indicam claramente que a Asdi inicialmente não concordava com a proposta angolana de apoio à formação do nível médio, porque estes técnicos, depois de formados, certamente não iam trabalhar com os CPS. A Asdi preferia apoiar a formação de técnicos básicos que, realisticamente, deviam continuar a funcionar como as pedras basilares do sistema de saúde durante muito tempo no futuro. Além disso, toda a gente sabia que os cursos médios principalmente funcionavam como trampolim para a Faculdade de Medicina ou outros cursos superiores, e, ainda, davam direito a um cartão de racionamento com mais produtos de consumo. Apesar disto, a Asdi embarcou no programa que consumia mais recursos que todos os outros, com um grande número de professoras/es de enfermagem, com muitas viaturas e equipamento para fazer funcionar o Instituto Médio. Analisando

*a posteriori* estamos inclinados para questionar se este empreendimento foi um investimento consciente e bem ponderado ou se foi guiado pelo interesse de manter um orçamento generoso para o Sector da Saúde em Angola.

Depois de analisar os orçamentos e desembolsos sob os acordos de 1979 a 2005 não há dúvida de que “a meta do desembolso” teve uma forte influência quer sobre os níveis orçamentais, quer sobre a escolha de programas a apoiar. Sobretudo nos anos oitenta este fenómeno parece ter sido uma contradição integrante da cooperação sueca, não somente no caso de Angola, mas também em outros países que, por causa do seu baixo nível de capacidade técnica e administrativa, tiveram problemas em utilizar os fundos alocados segundo os planos e dentro do ano fiscal sueco. No nosso modo de ver, muito dinheiro de uma vez não estimula um desenvolvimento equitativo e socialmente justo, antes pelo contrário – pode criar hábitos de má utilização dos recursos e fazer com que o Governo negligencie os necessários esforços nacionais.

A “meta de desembolso” da Asdi criou problemas em vez de resolver os problemas de desenvolvimento, porque focalizava nos *fundos* e não na capacidade de implementação e qualidade do lado angolano. Desta maneira, a cooperação no Sector da Saúde teve um mau início. Havia sinais muito cedo indicando que os programas nacionais não conseguiam chegar até às províncias e às comunidades como previsto. A capacidade a nível provincial era muito mais limitada em comparação com Luanda, porque poucos quadros de saúde tinham suficiente formação para executar as suas tarefas. Além disso, a supervisão era irregular ou nula. Para fortalecer a capacidade numa fase inicial, a Asdi devia ter proposto mais software, como formação sistemática em áreas técnicas e em gestão a diferentes níveis das instituições. Isto certamente teria tido como consequência mais esforços – de ambas as partes – e menos desembolsos, mas a longo prazo teria sido compensador para Angola.

## Eficiência e eficácia em tempo de guerra

Uma das questões a que esta avaliação deve responder é se a cooperação sueca contribuiu para melhorar a situação de saúde em Angola ou não. Temos, no entanto, que explicar que o nosso estudo não pode apresentar uma resposta exacta. Isto não significa que não exista uma resposta, só que terá que ser procurada através de um estudo mais profundo e extensivo, e que também inclui trabalho de campo fora da capital.

Durante os vinte e sete anos (1979–2006) de apoio ao Sector da Saúde, a Asdi desembolsou 667 MSEK, embora a soma total dos orçamentos fosse consideravelmente maior. Não é, contudo, possível avaliar a eficiência do apoio e calcular “a produção”, por exemplo em termos de crianças e mulheres grávidas vacinadas ou enfermeiras graduadas do Instituto Médio de Saúde de Luanda. Isto porque não temos acesso a estatísticas que cobrem todas as actividades de vacinação ou o programa de formação durante todos os anos, e mesmo se tivéssemos tido, é um facto que as estatísticas de vacinação

nem sempre são totalmente correctas, e no caso da formação de técnicos médios, não há dados que nos possa indicar o número de enfermeiras graduadas que permaneceram na profissão de enfermagem (ou no Sector da Saúde). Seria interessante, porém, de se fazer um *tracer study* (“estudo de pistas”) de um número limitado de enfermeiras graduadas para se saber onde elas finalmente pararam – no sistema de saúde como enfermeiras, médicas ou administradoras, em outras profissões em Angola, ou se emigraram contribuindo assim para o *brain-drain* africano.

Os factores mais importantes que influenciaram os resultados – ou a falta de resultados – da cooperação já foram referenciados em outras secções deste relatório, por exemplo centralização e burocracia, falta de experiência e capacidade de gestão, falta de pessoal de saúde e baixo nível profissional, corrupção no sistema e falta de disciplina, etc. Mas o factor principal que obstruiu qualquer esforço de desenvolvimento em Angola foi a guerra que também, em parte, está por trás de tantos outros problemas que afligiram a sociedade angolana desde a Independência. Por conseguinte, nunca foi possível implementar os programas de saúde – sejam eles verticais ou horizontais – com plena eficiência e eficácia. Mas o nosso estudo mostra, contudo, que algumas medidas poderiam ter sido tomadas pelas duas partes para melhorar o desempenho e utilizar os recursos disponíveis de uma maneira mais racional.

Na Avaliação Angolana de 1991, diz-se que “...os vários programas, não conhecem os seus universos de trabalho” e parece que a Asdi sofria da mesma doença. A Asdi normalmente utilizava especialistas de várias áreas da medicina para consultorias e para serem integrados nas delegações das Consultas Anuais. Pelo que nós entendemos, não foram envolvidos cientistas sociais, por exemplo sociólogos ou antropólogos, como por exemplo foi o caso no grande programa no sector das pescas. A integração de métodos das ciências sociais poderia ter enriquecido não somente a compreensão da Asdi do universo angolano e contribuído com conhecimentos mais profundos, das duas partes, sobre atitudes de mulheres e homens em relação a algumas das questões complexas que os programas de saúde enfrentavam, como, por exemplo, vacinações, gravidez e parto, PF, medicina moderna contra práticas tradicionais, etc.

É também inexplicável que a Asdi só tenha mandado fazer a primeira avaliação do apoio à saúde em 1991, ou seja depois de doze anos. Para se poder utilizar as avaliações de projectos e programas como contribuições construtivas e instrumentos para mudança, estas têm que ser feitas com intervalos mais breves e, sobretudo, têm que ser discutidas amplamente entre todos os interessados. Isto não aconteceu com o relatório da avaliação sueca, que teve pouca circulação na Suécia. Isto foi também o caso com o relatório angolano que, segundo as informações recolhidas, não foi discutido em Angola e parece ser desconhecido entre os responsáveis suecos. Mas independentemente do que aconteceu com os relatórios, os dirigentes angolanos tinham a responsabilidade de assinalar problemas de implementação à Asdi, dado que



qualquer esforço de cooperação terá que se basear em confiança e conseguir enfrentar uma discussão franca de problemas dos dois lados.

## Resultados apesar de tudo

Os dois exemplos mencionados – vacinações e formação – ilustram o problema de se analisar os objectivos e se foram atingidos ou não, programa por programa. O que se sabe é que os objectivos inicialmente definidos pela Asdi – contribuir para a construção de um sistema de CPS – não foi atingido. Mas alguns componentes importantes de um futuro sistema desenvolveram de uma forma eficiente, graças ao apoio estratégico e compreensivo da Asdi e outras agências ou ONGs, e, sobretudo, através de boa gestão e dedicação por parte dos quadros angolanos. É o caso de, por exemplo, o Programa de Medicamentos Essenciais e o programa compreensivo de Saúde Materno-Infantil em Luanda, com as salas de parto e unidades de pediatria descentralizadas, e o Curso de Especialização de Parteiras. Não temos a imagem completa, mas a tendência é positiva.

Temos de sublinhar que a medição de resultados em Angola, de uma maneira mais exacta, é praticamente impossível. Quando, por exemplo, se estuda os dados disponíveis sobre a mortalidade materna, que é uma das questões mais ardentes da sociedade angolana desde há muitos anos, só podemos obter dados dos hospitais e Centros de Saúde em Luanda, quer dizer a taxa de mortalidade materna *institucional*. E durante alguns anos<sup>31</sup>, o Hospital Nacional Maternidade Lucrécia Paim nem sequer compilou as estatísticas de mortalidade materna, embora seja um dos parâmetros mais importantes para monitorar a qualidade e desenvolvimento dos serviços de Saúde Materna. É, de facto, um indicador muito importante do desempenho geral de qualquer sistema de saúde no mundo.

Os dados demográficos para a província de Luanda são também, sem exagero, muito inexactos. Dependendo da fonte, a população de Luanda oscila entre quatro a seis milhões de habitantes. Isto significa que o número de mulheres grávidas é desconhecido, como também o número de partos domiciliários e, consequentemente, a mortalidade materna extra-institucional, especialmente como não há registos fiáveis de causas de morte. O mesmo é o caso da mortalidade infantil extra-institucional.

Existem, no entanto, tendências que indicam que os Centros de Saúde peri-urbanas com salas de parto recebem cada vez mais mulheres grávidas em consultas pré-natais, e que o número de mulheres que dão à luz nestes Centros aumentou durante os últimos anos. Embora isto não tenha aliviado a situação das grandes maternidades em Luanda, que continuam caoticamente superlotadas sobretudo por mulheres com partos normais, a situação destes dois hospitais certamente estaria totalmente fora de controlo se os servi-

---

<sup>31</sup> Durante o período em que o hospital estava em obras de reabilitação.

ços peri-urbanos não funcionassem. Espera-se ter o mesmo efeito através das unidades de pediatria descentralizadas, para que o Hospital Nacional Pediátrico David Bernardino se possa concentrar nas crianças seriamente doentes. Refere-se também que há interesse em outras províncias de replicar o modelo de serviços de SMI descentralizados.

Se voltarmos atrás, ou seja ao estudar os programas cujo apoio terminou nos anos noventa, podemos verificar que sobreviveram e que estão funcionando com mais ou menos energia. Mas nestes casos é praticamente impossível isolar o apoio sueco, dez ou mais anos depois do seu fecho. Vários directores de programas confirmam que o apoio da Asdi foi bem-vindo e que ajudou bastante em certos momentos críticos, especialmente antes de outros doadores começarem a apoiar a saúde, o que principalmente aconteceu depois das mudanças políticas em 1992.

## É possível melhorar a saúde em guerra e absoluta pobreza?

O Governo angolano é, naturalmente, o principal responsável para garantir o bem-estar dos cidadãos, e o apoio externo não devia ser decisivo para fazer sobreviver as crianças ou para evitar as mortes maternas.

Os cuidados de saúde no tempo colonial certamente não eram para todos, e o que foi herdado depois da Independência não era, em nenhum aspecto, um sistema funcional. Mas durante a guerra tão prolongada, a organização da saúde desgastou-se rapidamente do já baixo nível pré-Independência, e ficou com as infra-estruturas em ruínas e com uma grave falta de quadros, equipamentos e medicamentos. Como vimos, o Governo angolano rapidamente se aproximou aos doadores multilaterais e bilaterais pedindo apoio para manter o combate às doenças endémicas, e para depois gradualmente alargar o pedido para outros componentes como importação de medicamentos essenciais, formação, SMI, etc.

A saúde faz parte de um espectro amplo de factores sociais, económicos e culturais, que fazem com que os indicadores de saúde de Angola se encontrem entre os piores do mundo. Isto quer dizer que a situação de saúde catastrófica não pode ser vista como um problema isolado, mas terá que ser analisado em conjunto com a extrema pobreza, a superpopulação de Luanda<sup>32</sup> e outros centros urbanos, o ambiente nocivo à saúde, a falta de água potável e o baixo nível de instrução da população. Paz e estabilidade são os pré-requisitos mais importantes para que cidadãos possam tomar conta de si, a nível individual, a nível da família e da comunidade.

---

<sup>32</sup> De acordo com os dados da (então) Delegação Provincial de Saúde de Luanda, estimava-se que a Província de Luanda tinha 4,137, 669 habitantes em 2000. Segundo o relatório estatístico da DPSL de 2006 o número de habitantes aumentou para 5,391,394 segundo uma estimativa baseada no crescimento natural da população.

# Lições a tirar

## Um despertar lento

### Falta de realismo

Há muito que aponta para a falta de informação necessária quando a Asdi começou a planear o primeiro acordo específico para o Sector da Saúde em Angola. Em consequência, a Asdi não foi capaz de avaliar as possibilidades de contribuir para a construção de um sistema nacional de CPS para atingir o grupo alvo prioritário, isto é os pobres nas zonas rurais. O Governo angolano também não dispunha de informação sobre a situação fora de Luanda, e parece que as ideias eram bastante vagas sobre a organização dos serviços de saúde. A guerra civil foi uma realidade, mas levou muito tempo antes de a Asdi compreender – ou querer ver – que não era possível atingir todas as províncias com os programas centralmente geridos, como o Programa de combate às endemias ou o PAV.

De uma abordagem inicialmente ampla, a Asdi veio a estreitar o seu apoio passo a passo, e a maior parte das actividades foram concentradas à Província de Luanda. A partir do início dos anos oitenta, assessores suecos com funções de coordenação e outras, foram colocados no MINSA, mas nunca houve AT a nível provincial.

### Da esperança ao desespero

No início dos anos noventa, quando havia uma esperança generalizada de paz, a Asdi iniciou uma discussão tentativa sobre o planeamento de um programa de apoio provincial em Benguela. Depois da erupção da guerra em grande escala em 1992, estes planos foram arquivados<sup>33</sup> e a AT sueca foi drasticamente reduzida. A concentração à província de Luanda era um facto.

Embora o pessoal sueco tivesse sempre ficado a trabalhar em Luanda, os programas tentaram funcionar nas províncias, mas – necessariamente – com planos mais de acordo com a situação de segurança do que as necessidades dos cidadãos.

É um facto que não havia muitas opções para as agências internacionais que estavam estabelecidas em Angola durante a guerra. Não foi possível implementar os programas de desenvolvimento numa situação de instabilidade, o

---

<sup>33</sup> Em 1998, a Asdi iniciou um programa de reabilitação na Província de Malanje. Este programa teve que parar depois de menos de um ano quando a Guerra foi novamente intensificada.

que inicialmente foi o objectivo da Asdi. Fora de Luanda a maior parte das agência e ONGs trabalharam numa óptica de emergência e ajuda humanitária, e a Asdi finalmente reformulou o seu programa de desenvolvimento para ajuda de emergência a partir de 1992.

## Apoio à saúde sem política clara

### Os sectores sociais erodidos

O apoio da Asdi não contribuía significativamente para o desenvolvimento de um sistema de Cuidados Primários de Saúde de acordo com as directrizes formuladas em Alma Ata (1978). Isto explica-se parcialmente pelo facto de Angola se encontrar em guerra permanente desde a Independência até ao ano 2002. A maior parte dos recursos (do orçamento do Governo angolano) foi despendida na guerra, e os sectores sociais foram portanto severamente erodidos por causa dos recursos muito limitados. No seu diálogo com a parte angolana, a Embaixada da Suécia de vez em quando sublinhou a necessidade e a responsabilidade do Governo angolano de aumentar os recursos para os sectores sociais, mas este tipo de discussões não tiveram efeito. Os eternos problemas com salários e manutenção de viaturas e equipamento não podem, de facto, ser resolvidos por doadores externos, senão tem sempre que haver um compromisso da parte nacional.

### Falta de recursos dos CPS

Uma outra causa do limitado sucesso é o facto de que Angola, na altura da Independência, não dispunha dos recursos necessários para se estabelecer um sistema de CPS digno do seu nome. Praticamente não havia pessoal de saúde no país, porque a maior parte das pessoas qualificadas abandonou Angola depois da Independência. O sistema de saúde colonial estava em destroços, e o novo Governo nem sequer tinha informação exacta da infraestrutura existente ou sobre quadros de saúde que ainda permaneciam no país. Além disso, o sistema colonial tinha uma forte inclinação hospitalar, e não estava orientado para o trabalho de prevenção e os CPS.

Quando a Asdi lançou o seu programa de apoio à saúde bastante compreensivo, a maioria dos componentes podiam ser classificados como partes de um sistema de CPS, como “cuidados básicos de saúde”, vacinação, luta contra as endemias e medicamentos essenciais. Mas apesar do carácter de cuidados primários e de prevenção, estes componentes do programa não estavam horizontalmente coordenados para contribuir para a construção de uma estrutura funcional de CPS.

## Programas verticais sem coordenação

Vários dos programas apoiados pela Asdi estavam, desde o início, organizados como programas verticais, que não é o modelo ideal para se instituir um sistema de CPS. Mas com a situação precária imediatamente após a Independência parece ter sido uma solução de emergência – melhor programas verticais que nada. Angola precisava sem falta combater as endemias – malária, TB/lepra e tripanossomíase – e introduzir um programa de vacinação contra as doenças preveníveis, e a Suécia e as agências das Nações Unidas aceitaram este desafio. Os programas já existentes de combate às endemias mantiveram-se com a sua gestão centralizada, e as actividades de vacinação arrancaram através do modelo vertical, PAV, do Unicef.

Entre alguns dos profissionais angolanos havia consciência das consequências negativas da verticalização, mas visto que os programas receberam os seus próprios orçamentos (não somente da Asdi, mas também de outras agências) os programas, por conseguinte, “chega[ra]m aos Centros de Saúde de uma forma verticalizada, não existindo a esse nível, reuniões de coordenação de forma a que os mesmos sejam executados de forma integrada” (*Pinto, Dezembro 1991/Janeiro 1992*). A falta de experiência em termos de organização entre os trabalhadores de saúde e o sistema hierárquico também não facilitava um trabalho horizontalmente integrado e mais económico em recursos.

Durante mais de uma década, a Asdi continuou apoiando os programas nucleares, mas sem ser capaz de influenciar as autoridades angolanas para introduzir métodos de uma verdadeira coordenação entre os programas nos Centros de Saúde para assim criar “um pacote” de CPS. Até hoje, depois de trinta anos, ainda não existe muita integração entre os programas verticais “clássicos” e esta situação continua criando problemas diários nos Centros e Postos de Saúde, dado que os trabalhadores de saúde são divididos entre os programas, e material, viaturas e outros recursos não podem assim ser utilizados da maneira mais racional.

## Capacidade técnica e de gestão angolanas sobreavaliadas

### Falta de análise da capacidade de gestão

Por causa da abordagem inicialmente optimista e baseada na solidariedade, a Asdi não prestou atenção às complexidades da sociedade angolana e, especialmente, do Sector da Saúde. Não se pode descobrir nenhuma análise da capacidade angolana para implementar este programa de cooperação bastante avançado. O combate às endemias requeria não somente médicos e enfermeiros/as, mas também laboratórios modernos com técnicos formados, e, ainda, trabalhadores de saúde com habilidade pedagógica para disse-

minar mensagens de saúde bem adaptadas ao nível educacional e cultural de cada comunidade. Estes recursos humanos não existiam no início, e, igualmente, não havia gestores experientes na organização do MINSA. A excepção foi o Programa de Controlo e Tratamento da Tripanossomíase, que tinha uma metodologia bem estabelecida e funcionava sob a direcção de um médico especialista que tinha permanecido no país.

A consequência desta falta de consciência da parte sueca foi não somente a implementação muito lenta das actividades planeadas e acordadas, mas também o atraso em introduzir as necessárias práticas de gestão. A Asdi requeria um certo nível de planeamento e relatórios financeiros e de actividades, mas muito pouco foi feito para ajudar a desenvolver estas competências. Os responsáveis angolanos do MINSA tinham certa consciência das suas insuficiências, mas parece que só em meados dos anos noventa foram introduzidas medidas de formação e instruções mais práticas e concretas, quando a InDevelop começou a coordenar o programa de apoio na província de Luanda.

### Por quê não investir em formação e desenvolvimento de competências?

O apoio sueco devia ter introduzido componentes de formação e desenvolvimento de competências já no início da cooperação, para assim promover o desenvolvimento gradual do Sector da Saúde para melhor adaptá-lo à realidade de Angola na altura.

O fortalecimento institucional nunca foi o ponto forte do apoio sueco, mas não foi possível esclarecer se isto foi por causa de negligência sueca ou por falta de interesse (ou resistência à interferência na área “política”). Quando o apoio sueco, depois de 1992, gradualmente começava a mudar de carácter – do desenvolvimento para a emergência – o aspecto de fortalecimento institucional praticamente desapareceu, visto que o apoio se tornou mais orientado para projectos. A partir de CAOL e CAPEL é, no entanto, possível distinguir alguns esforços para fortalecer sistemas e gestão, embora estas áreas tivessem precisado de muito mais tempo para se tornarem sustentáveis.

## Desenvolvimento numa encosta íngreme

### A herança colonial

Angola alcançou a sua Independência depois de muitos anos de luta armada contra Portugal. O próprio poder colonial era um dos países mais subdesenvolvidos da Europa, com uma economia primitiva que, em alto grau, se baseava na extracção de produtos agrícolas e matéria-prima das colónias. Portugal era o último poder colonial europeu e, além disso, uma ditadura fascista desde os princípios dos anos trinta, quando se proclamou o Estado Novo. O sistema colonial português é geralmente considerado muito mais atrasado e primitivo que os sistemas britânicos e franceses nas respectivas

colónias, que, em muitos casos, ganharam a Independência de formas mais pacíficas.

A administração pública em Angola seguia estritamente o modelo português, que era extremamente conservador e hierárquica ainda em meados dos anos setenta. Esta herança teve um efeito muito negativo sobre o desenvolvimento do país, e o planeamento centralizado e o controlo político em cada pormenor aumentaram os problemas de eficiência a cada nível da administração pública.

A Independência de Angola tem que ser vista contra este pano de fundo, porque a construção de uma nova nação realmente tinha que começar do zero. As instituições de saúde e educação da população africana tinham baixo nível, enquanto que os colonos portugueses tinham acesso a cuidados de saúde e educação praticamente do mesmo nível que em Portugal. As missões cristãs contribuíam quer na área de saúde, quer na educação, mas mesmo assim só havia uma pequena elite de angolanos formados no país na véspera da Independência.

### Falta de valores comuns para iniciar o desenvolvimento

O antagonismo violento entre os dois, e mais tarde três, movimentos que pretendiam libertar o país, teve naturalmente efeitos destrutivos muito antes de a guerra civil se tornar um facto. Nunca foi possível criar uma plataforma comum para uma estratégia de desenvolvimento nacional antes, e muito menos depois, da Independência.

Quando os portugueses finalmente deixaram Angola em 1975, grande parte do país já tinha sido abandonada pelos antigos donos ou gestores das grandes propriedades ou indústrias, que se encontravam praticamente desertas. De igual maneira, os funcionários públicos abandonaram os seus escritórios, e os que foram para em Portugal tiveram prioridade para preencher as vagas no aparelho de estado português...

Apesar destas circunstâncias inconvenientes, o novo Governo teve que responder às expectativas do povo e começou a lançar actividades com optimismo, mobilizando mulheres, homens e jovens através das organizações de massas de acordo com as directrizes do MPLA, o partido no poder. E quando os primeiros doadores chegaram a Luanda para participar no desenvolvimento de Angola, como a Asdi e as agências das Nações Unidas, aceitaram propostas do Governo angolano, ou mais precisamente do MINSA, para apoiar o Sector da Saúde sem se preocupar fazer uma análise mais profunda.

## Obrigatório compreender o contexto social e cultural

A Asdi evidentemente quis ajudar Angola a estabelecer sistemas que tinham pouca hipótese de produzir resultados, mesmo numa situação de paz, porque as bases não eram suficientemente sólidas. No país faltava quer recursos humanos, quer capacidade de gestão e, ainda por cima, o país tinha herdado uma administração pública extremamente burocrática e não conducente a uma implementação estável dos planos propostos.

Não há corta-mato para o progresso e desenvolvimento, e em Angola as condições eram excepcionalmente penosas e as previsões bastante negativas, Uma das assessoras suecas explica a sua experiência do trabalho no MIN-SA:

Quando comecei o meu trabalho em Luanda, Angola era independente desde há catorze anos, isto é um *“flash”* numa perspectiva histórica. Mas parece que a Asdi não compreendeu ou não quis dar importância a este aspecto. O país estava em guerra e foi um erro dar um apoio tão forte aos programas centrais, porque não tinham hipótese de funcionar. Fizemos deslocações às províncias e podíamos ver que não era possível distribuir material e equipamento regularmente – nada funcionava. Mas apesar disto, nunca houve discussão sobre o desenho e abordagem do apoio sueco. Devia ter sido modificado, por que não se atingia as províncias, o apoio devia ter sido concentrado.

Eu propus que se fizessem estudos comunitários, com antropólogos por exemplo, para assim saber mais sobre as atitudes das pessoas em relação à saúde e doenças, gravidez e parto, cuidados da criança, etc., mas não houve interesse.

### Ambiente complexo

A falta de um conhecimento mais profundo da realidade social e cultural da sociedade angolana é uma das razões da relação desequilibrada entre o grande volume de “insumos” em forma de material e recursos humanos nos programas de saúde e o resultado relativamente magro em forma de mais e melhores serviços para o povo angolano. Mas finalmente, alguém pelo menos compreendeu algo sobre as estratégias de sobrevivência dos trabalhadores de saúde – trabalhar, sim, mas não no lugar de trabalho oficial – e o sistema de incentivos foi estabelecido. Assim, ao menos as parteiras começaram a trabalhar e melhorar em termos de qualidade e responsabilidade.

Isto é somente um exemplo para ilustrar o ambiente em que o Programa de Cooperação foi implementado. Uma abordagem mais cuidadosa, e menos



foco na meta de desembolso, teriam dado mais tempo para criar uma compreensão do contexto em que o “*know-how*” sueco e as práticas burocráticas suecas se deviam inserir.

Ao longo dos anos, a Asdi principalmente colaborou com as estruturas governamentais a nível central. O planeamento do lado angolano foi *top-down*, e a Asdi nem questionou as bases para esse planeamento, nem demonstrou interesse em métodos de planeamento participativo. A Asdi não tentou adotar uma nova abordagem perante os problemas encontrados e prestou pouca atenção às experiências ganhas pelo pessoal sueco que trabalhava do lado angolano.

### Poucos estudos sócio-culturais

Nem sequer depois de concentrar o apoio à Província de Luanda se fez este tipo de esforços, embora tivesse sido completamente possível introduzir métodos participativos simples, por exemplo no Programa de Saúde Materna. Muito pouco foi feito para aprender mais sobre as ideias das próprias mulheres sobre o parto e sobre saúde reprodutiva no sentido mais lato. Mas pelo menos um pequeno estudo KAP (*Knowledge, Attitude and Practice*/Conhecimentos, Atitudes e Práticas) foi feito em Luanda. Entrevistaram-se dois grupos de mulheres, representando mulheres pobres que eram vendedeiras no mercado e mulheres com trabalho assalariado. As entrevistas revelaram que várias mulheres deram à luz sozinhas, sem qualquer ajuda. As mulheres que preferiam ser ajudadas durante o parto preferiam a presença de mulheres da família ou vizinhas. Normalmente não havia parteiras tradicionais, porque elas eram poucas na região de Luanda na altura (princípios dos anos noventa). A maior parte das mulheres não planearam nada em relação ao parto, sobretudo por causa de crenças tradicionais, tendo como consequência que não conseguiam transporte quando era necessário procurar o Centro de Saúde ou Hospital.

Este processo de aprendizagem poderia também ter sido interessante para profissionais angolanos, visto que elementos das ciências sociais muitas vezes são úteis na área da medicina.

### Falta de aprendizagem sistemática

Apesar deste tipo de iniciativas, não houve nenhum processo de aprendizagem sistemático baseado em trabalho comunitário de saúde reprodutiva ou noutras importantes áreas da medicina. Durante muitos anos existiam, por exemplo, interrogações em torno das salas de parto na periferia que estiveram praticamente vazias durante vários anos. Porquê as mulheres não utilizavam os serviços postos à sua disposição? Porquê corriam riscos desnecessários ao dar à luz? Quais eram as suas preferências ao dar à luz? A Asdi não fez nada para desenvolver estas iniciativas pontuais para encontrar respostas a este tipo de questões ou para aprender mais sobre o sistema de *gasosas* e

outras práticas antiéticas que afectaram as pacientes, e a longo prazo, também os resultados dos investimentos feitos no subsector. Nem sequer depois da avaliação do Programa de Saúde Materna realizada em 1999, que sublinha este estado insatisfatório das coisas, a Asdi e/ou o MINSA fizeram esforços para analisar a situação mais profundamente.

Contudo, algumas das respostas sobre o comportamento das mulheres em relação à saúde reprodutiva e ao parto, e também sobre o papel profissional das parteiras, foram reveladas numa tese de doutoramento em 2004. A autora é Dra. Karen Odberg Pettersson, uma parteira com longa experiência de trabalho em Angola, incluindo um período no Programa de Saúde Materna em Luanda. Esperemos que os resultados da sua investigação venham a ser úteis à continuação do Programa de Saúde Materno-Infantil em Luanda e aos responsáveis a nível provincial.

### Problemas bem conhecidos finalmente documentados

Além do mencionado trabalho, dois dos directores da DPSL, Dr. Vita Vemba e Dra. Isilda Neves, publicaram em 2006 um estudo local sobre as barreiras sócio-económicas e culturais que influenciam as possibilidades e atitudes das mulheres na procura dos cuidados obstétricos em situações de emergência. O estudo foi realizado em 2000 a 2001 na região Norte de Luanda e baseia-se em entrevistas de mulheres das comunidades, algumas parteiras tradicionais e parteiras dos Centros de Saúde dos municípios de Cacucaco, Kazenga e Viana. O estudo dá uma imagem clara do espectro de problemas que as mulheres grávidas encontram e como as trabalhadoras de saúde tentam fazer o possível em condições de trabalho inadequadas e penosas. As *gasosas* aparecem como uma das barreiras que impedem as mulheres de procurar os serviços do Centro de Saúde:

Os motivos que as parteiras [em Viana] apontaram como estando na base da não utilização atempada dos serviços foram a falta de transporte, as cobranças anárquicas nas unidades sanitárias (*gasosas*). Quanto ao custo da assistência na sala de parto, varia entre 1 000 a 2 000 Kz e se forem gémeos paga-se o dobro.

Para ter dinheiro a população recorre às suas magras economias conseguidas através dos pequenos negócios: *“vendemos água fresca e outros bens alimentares”*.

No caso de não dispor de recursos financeiros, todas foram unânimes em afirmar que a mulher morre dentro do hospital.

O familiar que toma a decisão de levar a mulher à unidade é o marido, na sua ausência e quando não existe um bom relacionamento, os vizinhos ajudam.

Segundo a opinião delas, a mulher só é levada à unidade sanitária quando não tem força ou quando precisa de ser operada ou ainda quando falta-lhe sangue ou água no corpo.

Para ultrapassar a falta de dinheiro e do transporte, recorrem aos candongueiros e aos préstimos dos familiares ou vizinhos. Muitas vezes quando não é possível conseguir transporte, as mulheres são transportadas em tipóias ou carros de mão.

(Vita Vemba & Neves, 2006:52)

Como motivo do atraso em receber assistência no Centro de Saúde, as parteiras só mencionam a questão das “cobranças anárquicas”. As parteiras tradicionais que foram entrevistadas apresentaram umas ideias construtivas para diminuir as barreiras. Sugeriram que o Governo devia definir o estatuto das parteiras tradicionais e também disponibilizar pelo menos uma ambulância para as comunidades mais distantes. A Ambulância devia ser controlada pelo Coordenador do bairro. Além disso, o Governo devia construir mais unidades sanitárias para prestação dos primeiros socorros à população, como forma de minimizar as “cobranças anárquicas”, e as parteiras afirmaram: “Se o centro for vizinho da nossa casa, já não vão pedir mais gasosa, de vergonha, visto que sermos já vizinhos”.

Esta afirmação indica que o controlo social e trabalho de saúde comunitário é de maior importância nas comunidades pobres onde o povo até certo grau mantém a organização social tradicional, embora viva num ambiente que possa ser semi-urbano. O povo retém os seus costumes e nem sempre é receptivo às mensagens de saúde que apareçam totalmente racionais ao pessoal de saúde, ou outras pessoas educadas com um estilo de vida “moderna”.

### Participação comunitária

O Programa de SMI da Província de Luanda teve pouca participação comunitária. O Programa foi concentrado na renovação e ampliação (com salas de parto e bancos de urgência de pediatria) e na formação de parteiras e enfermeiras, etc. Estas contribuições não devem ser subestimadas, mas são insuficientes para promover a saúde reprodutiva e sobretudo o parto seguro. Trabalhar directamente com as comunidades é um desafio, mas é uma condição *sine qua non* para criar confiança nos serviços de saúde ao nível das comunidades. *Todas as mulheres e, se possível, os homens* têm o direito a receber informação básica sobre as vantagens e os métodos de PF, sobre a gravidez, o parto e sobre puericultura (incluindo higiene, nutrição, imunização e outros aspectos chave). As mulheres terão que ser bem informadas sobre como preparar o seu parto, independentemente de querer dar à luz em casa ou no Centro de Saúde.

ONGs, igrejas e outros grupos envolvidos em trabalho social devem ser mobilizados para colaborar com os Centros de Saúde e hospitais na organização do trabalho com as comunidades. Tal tarefa terá, porém, que ser baseada numa atitude de compreensão e capacidade de diálogo com mulheres e homens de todas as zonas do país, que possam insistir nas práticas tradicionais e estarem pouco familiarizados com os serviços públicos de saúde. Não é suficiente com as pequenas sessões de educação para a saúde nos Centros de Saúde, porque o mais importante é chegar às pessoas que *não* entram em contacto com o Centro de Saúde por não confiarem nos serviços ou, simplesmente, porque não podem pagar as *gasosas*.

## Desenvolvimento positivo mas problemas permanecem

Já expressámos muitos pontos de vista críticos sobre a cooperação entre Angola e a Suécia, mas mencionámos também alguns dos efeitos positivos que podem ser encontrados ainda hoje. Ouvimos muitas histórias sobre o que aconteceu durante a guerra, por exemplo como todos os carros do Programa da Tripanossomíase foram tomados pela UNITA no Norte, e como carros e equipamento desapareceram de outros programas em Luanda – mas foram prontamente repostos pela Asdi. Mas há também unidades equipadas e mantidas durante anos pela cooperação sueca, como os serviços gráficos do MINSA, que simplesmente foram abandonadas porque hoje há gráficas privadas e fornecedores mais modernas na cidade, embora os serviços gráficos do MINSA continuem funcionando com as suas máquinas antigas, mas bem mantidas.

### Melhor capacidade institucional

Ao observar a capacidade institucional hoje pode-se, contudo, ver um desenvolvimento a vários níveis. Os Centros de Saúde são pobres, mas funcionam relativamente bem, e, apesar da existência das *gasosas*, o pessoal trabalha bastante bem durante as circunstâncias prevalentes (falta de equipamentos e medicamentos, cortes de energia, falta de informação do nível provincial, etc.). Alguns dos programas inicialmente apoiados pela Asdi conseguiram manter as suas actividades ao longo dos anos, e parecem ter ganho mais ímpeto depois do estabelecimento da paz, o que é o caso do Programa de Controlo e Tratamento da Tripanossomíase e o Programa de Medicamentos Essenciais.

Embora as infra-estruturas do Sector da Saúde continuem sendo fracas, algumas das instituições envolvidas na cooperação entre Angola e a Suécia tornaram-se mais fortes e a sua capacidade de gestão melhorou bastante. Os diferentes projectos de formação contribuíram para melhorar o desempenho técnico e ético dos trabalhadores de saúde, embora a melhoria da qualidade

sempre seja um processo lento. Outros exemplos positivos são as instituições de formação que tiveram um *input* importante de professoras/es e directoras/es com bases teóricas e pedagógicas adequadas obtidas através das bolsas para estudos no Brasil durante os anos noventa. Estes efeitos positivos podem servir de plataforma para os contínuos esforços de desenvolver e promover os CPS ao serviço do povo angolano.

### A política da Asdi: Trabalhar dentro das instituições

Dentre as experiências positivas queremos sublinhar a política da Asdi de trabalhar com as instituições angolanas, e dentro delas, o que foi especificamente mencionado por algumas das pessoas entrevistadas. A Asdi evitou “apropriar-se” das pessoas em posições de chefia, como outras agências internacionais ou ONGs costumam fazer. O modelo sueco baseava-se na ideia de tentar fortalecer e consolidar as estruturas angolanas através de coordenadoras/es e assessoras/es colocados no MINSA, melhoramento do ambiente de trabalho, insumos técnicos, formação, etc. Este sistema parcialmente mudou a partir de 1995, quando o Programa começou a ser implementado pela empresa InDevelop, que criou a sua própria administração, embora o planeamento de longo prazo tenha sido feito com a CAOL e, mais tarde, também com a CAPEL.

Outro exemplo da política e atitude da Asdi, também mencionado como um caso excepcional, é o facto de os programas apoiados não estarem obrigados a fazer as suas compras da Suécia. O Programa da Tripanossomíase podia sem problema importar veículos japoneses – aliás não teria sido possível transportar as equipas móveis em viaturas Volvo ou SAAB – e a manutenção ficou facilitada porque a Asdi também permitiu a importação simultânea das peças sobressalentes mais usadas.

### As pessoas são sustentáveis

A observação mais interessante durante o trabalho com este estudo refere-se, no entanto, às pessoas que estiveram envolvidas neste longo esforço de cooperação desde o início ou durante períodos mais recentes. As viaturas nas ruas de Luanda estragam-se em poucos anos, mas as pessoas são mais duradouras. Todas as mais de quarenta pessoas que entrevistámos em Luanda continuam trabalhando como médicos, directores ou docentes e ninguém abandonou o Sector da Saúde. Muitas delas apreciaram o intercâmbio profissional com colegas suecos, e algumas delas contaram-nos como aprenderam a planear e fazer orçamentos simplesmente porque a Asdi tinha regras tão rigorosas! Estas pessoas passaram pelo seu próprio processo de desenvolvimento – vários delas com apoio da Asdi – e representam hoje um recurso valioso do Sector da Saúde em Angola.

## Falta de recursos humanos

É, no entanto, uma realidade que o MINSA perdeu alguns dos seus quadros qualificados para as agências da ONU, Banco Mundial e EU, mas estes indivíduos pelo menos permanecem no país. Não parece provável que Angola vá sofrer um *brain drain* tão sério como por exemplo o Ghana, que está perdendo inúmeros trabalhadores de saúde para a Grã Bretanha ou outros países de expressão inglesa. No caso de Angola, o “mercado” seria Portugal ou Brasil ou os outros países africanos de expressão portuguesa, mas estas alternativas nem sempre são atractivas em comparação com as possibilidades oferecidas pelo sector privado de saúde em Luanda.

Três décadas depois da Independência, o Sector de Saúde angolano está muito melhor em termos de recursos humanos. Mas milhares de médicas/os, enfermeiras/os, parteiras e administradoras/es são precisos no sistema público de saúde, e a situação e especialmente dramática nas províncias, visto que os médicos e outras categorias de pessoal preferem viver e trabalhar em Luanda. E desde há muitos anos os trabalhadores de saúde – sobretudo os médicos – não cumprem o seu dever a trabalhar a tempo inteiro no sistema público, senão dedicam muitas horas por semana nas clínicas privadas.

## O futuro

Dado que a guerra e as suas consequências sociais e económicas, obstruíram a maior parte das tentativas de construir instituições e sistemas, o Sistema Nacional de Saúde continua sem os recursos financeiros necessários. Hoje, Angola tem que estabelecer uma Política de Saúde, amplamente discutida e apoiada, compreensiva, e socialmente justa. Começar a (re)construir instituições de saúde, mais ou menos do zero, precisa de um forte envolvimento da comunidade. Este trabalho terá que ser feito através de um esforço nacional e com recursos nacionais, porque a paz e os indicadores macroeconómicos dão suficiente evidência que Angola agora pode andar sozinha se houver uma vontade política para o fazer.

# Anexo 1 Termos de Referência do estudo (inglês)

## 1. Introduction

The Swedish government has decided that the bilateral development cooperation with Angola in the health sector is phased out in March 2006. The present Terms of Reference represents the guidelines for the mapping and analysis of the Swedish support to the health sector in Angola 1977–2006.

After the finalization of three decades of bilateral health support, there is a need and an opportunity to document how the health sector in Angola has developed. This study shall be based on a description and an analysis of development in Angola throughout the period. It shall also focus on the Swedish support that was decided upon and implemented in response to development in Angola and the Swedish policy changes. Thus, the study will cover different actors and their actions in Sweden and in Angola.

## 2. Background

Sweden has been involved in program support to the health sector in Angola since 1977 and during most of this period the country has been in a situation of varying degrees of civil war. After almost thirty years of war, peace was finally proclaimed in 2002.

Sweden has supported the Angolan health sector for almost three decades, and the nature of the support has changed over time. The period 1977 to 1982 focused mainly on primary health care. During 1983 to 1985 an extensive programme was prepared that started in 1986 and continued until the civil war broke out again after the elections in 1992. The programme included support to infectious diseases programs like malaria, tuberculosis and sleeping sickness as well as immunization program, essential drugs, nurse training and public health planning.

Due to the severe war situation in the country in 1992, the health support had to be narrowed down from 1993, and focused on maternal health, and from 1997 also on child health, in the Luanda Province, as well as to a midwifery school. The overall aim of the support was to reduce child and maternal mortality rates, which were some of the highest in the world, by increasing access to Maternal and Child care in the suburbs of Luanda.

After that Swedish health development cooperation has ended with Angola, two studies has been commissioned; one which is focusing on the phasing-out period of the Swedish health sector support during 2004–2006 and this study which is focusing on the entire experience of Angolan-Swedish cooperation for almost three decades and provide a general overview of its advances and setbacks.

### 3. General objective and purpose of the study

The general objective of the present study is to review and analyze the motives and methods of the Swedish health support to the health sector in Angola. In order to get a general idea of its overall appropriateness and relevance, the study should begin roughly assessing the degree of the effectiveness and the reasoning behind the choice of support. The study shall document and analyze three decades of Swedish health support to Angola, from 1977 to March 2006.

The resulting report and the information gathered in the process will serve the following purposes;

- to provide a written legacy of the motives behind the Swedish support in the Angolan context and lessons learned from the health support over such a long period.
- to provide documentation and analysis of results of the Swedish support.

### 4. Issues to be studied

The following issues shall serve as a guide-line in carrying out the study.

In terms of effectiveness, to what extent and in what way has the Swedish development cooperation contributed to improved health in Angola?

A strategic perspective should be applied and the analysis to the extent possible be based on existing evaluations, reviews and studies and what can be learned from such a long cooperation.

For material, the study shall take into account material and interview data from both the Swedish and the Angolan side. The analysis shall focus on the actions of both sides, and shall also attempt to produce conclusions that may be relevant to them both. Additionally, the study shall take into account the views of other international cooperation agencies present in Angola.



## 5. Expected results of the study

The study shall present the following results:

- A systematization and documentation of relevant existing information and knowledge, preferably in the form of a broad description of the health support and development in Angola during the period 1977–2006 with examples of different activities and processes that received support.
- a description of the results obtained in the health sector in Angola
- an assessment of the degree to which the Swedish support to the health sector in Angola has been effective and has contributed to the results achieved.
- a concluding discussion, summarizing the findings and pointing to the main conclusions and lessons learned for the Swedish support to the health sector in Angola.

## 6. Methodology

The study shall be based on: (i) written documentation (desk study) and (ii) interviews with persons in Angola, Sweden and elsewhere, relevant for the study.

After preparation and collection of relevant documents from Sida, the main part of the interviews will be conducted in situ in Angola and Sweden. This includes interviews and surveys involving present and former actors in the programme, health staff and health workers representing all components of the programme, representatives from other donor agencies and NGOs, as well as other persons deemed important. The list of persons to be interviewed shall be discussed with local partners.

It is the responsibility of the consultancy to identify and collect relevant material for the study.

## 7. Competence and skills of consultants

The consultancy team shall possess knowledge of journalism and public health. The team should be Portuguese speaking and possess proven ability of formulating reports that are accessible to the public, thorough knowledge of development cooperation and proven experience of evaluation work and/or similar assignments.

## 8. Timing, tentative workplan and budget

The assignment should be carried out between May–July 2006

The total number of consultancy weeks is expected to be between 12–14 weeks.

The weeks can be divided between several consultants and Sida welcomes suggestions as to how they should be allocated.

The proposal shall include a division of the number of weeks in work in Sweden and in Angola that the Consultant expects to use for the assignment. A budget for the assignment, including fees and reimbursables for travels within Sweden and Angola as well as between the two countries should be included in the proposal.

## 9. Reporting

Prior to the visit to Angola, an inception report shall be presented to Sida, how the consultant intends to address the assignment and the assignment is conditioned of the approval by Sida.

The consultant team shall submit a draft version of the report to Sida and the Embassy not later than 7 August, 2006.

The draft report shall be submitted to Sida electronically and in three hard copies. Sida shall within two weeks submit any comments to the draft report. Within two weeks of receiving Sida's comments on the draft report, a final version shall be submitted to Sida, again electronically and in five hard copies.

The report shall be written in English and then translated to Portuguese and shall not exceed more than 60 pages. The study must be presented in a way that enables publication without further editing, and have been professionally proof-read.

# Anexo 2

## Pessoas entrevistadas

### Em Luanda

Dr. Vita Vemba, Director, Direcção Provincial de Saúde de Luanda;  
anterior Coordenador do Projecto de Apoio Institucional

Dra. Maria Isabel Massocolo Neves, Chefe da Secção de Cuidados  
Primários, Direcção Provincial de Saúde de Luanda;  
anterior Coordenadora da CAOL

Dra. Isilda Neves, Directora de Saúde Pública, Direcção Provincial de  
Saúde de Luanda; anterior Coordenadora da CAPEL

Dra. Catarina Oatanha, Coordenadora do Programa de Imunização  
e do Programa de Promoção da Saúde, Direcção Provincial de Saúde  
de Luanda

Sr. José Mobiala, Chefe da Secção de Transportes, Direcção Provincial de  
Saúde de Luanda

Dra. Engrácia de Freitas, Coordenadora, Curso de Especialização de  
Parteiras, Luanda

Dr. Abreu Pecamena Tondesso, Director Geral, Hospital Lucrécia Paím  
(Maternidade Nacional)

Dr. Raúl Feio, Oficial de Programa, Representação da Comissão Europeia  
em Luanda; anterior Director do Gabinete do Plano, MINSA

Dra. Filomena Wilson, Directora do Programa de Educação para a Saúde,  
Departamento de Promoção da Saúde, MINSA

Dr. Lino Silili, Director Geral, Escola Técnica Profissional de Saúde  
de Luanda; anterior Coordenador do Curso de Enfermagem,  
Instituto Médio de Saúde de Luanda

Dra. Luzia Fernandes Dias, Directora Geral, Centro Nacional de Sangue

Dr. Jorge Manaças, Director, Programa de Medicamentos Essenciais

Dr. Constâncio João, Vice Director, Chefe Logístico,  
Programa de Medicamentos Essenciais

Dr. Pedro de Almeida, Hospital Lucrecia Paím;  
anterior Director do Programa de Educação para a Saúde

Dr. Júlio Leite, FNUAP; anterior Director Nacional, Direcção Nacional  
de Saúde Pública, MINSA

Dr. Gabriel Simas, FNUAP, Especialista em questões de Género

Dr. Paulo Muzuza, FNUAP, Programa VIH/SIDA

Dr. José Ribeira, FNUAP, Demógrafo

Professor Dr. Paulo Campos, Faculdade de Medicina,  
Universidade Agostinho Neto; anterior Coordenador da CAOL

Dr. Jerzy Niekowal, Hospital Augusto N'Gangula

Dra. Ana Vaz, Directora, Departamento de Higiene e Epidemiologia,  
Saúde Ambiental e PAV; anterior Directora do Programa de Malária

Dr. Joaquim Malungo, ADPP, Oficial do Programa VIH/SIDA;  
anterior Director do PAV

Dr. Jorge Dupret, anterior Director Nacional, Direcção de Controlo  
de Doenças Endémicas, MINSA

Dr. Evelise Fresta, Directora Nacional de Recursos Humanos, MINSA

Dra. Constantina Furtado, Chefe do Departamento de Recursos Humanos,  
MINSA

Dra. Maria José Cardoso, Chefe da Secção de Formação, MINSA

Dra. Ana Maria Domingas Pedro, Estudante da Faculdade de Medicina,  
Universidade Agostinho Neto; anterior Vice Directora Pedagógica,  
Instituto Médio de Saúde de Luanda

Dra. Fernanda Dias, Directora Clínica do Departamento de Doenças  
Infecciosas, Hospital Américo Boavida; anterior Directora Programa  
de Malária

Professor Dr. Théophile Josenando, Director, Instituto de Combate  
e Controlo das Tripanossomíases; anterior Director do Programa  
de Combate e Controlo das Tripanossomíases Trypanosomiasis

Dr. Kiassekoka Nlemvo Miguel, Assessor de Saúde Pública ao Vice  
Ministro da Saúde; anterior Director do Departamento de Cuidados  
Primários de Saúde, MINSA

Dra. Florinda Silva, Hospital Lucrecia Paím; anterior Directora  
Pedagógica, Instituto Médio de Saúde de Luanda

Dr. N'Doza Kulosa Luwawa, Coordenador do Projecto HAMSET,  
Gabinete do Plano, MINSA; anterior Director do Departamento  
de Saúde Materno-Infantil e Planeamento Familiar, MINSA

Dr. Joseph Nsuka, Director, Dispensário de Tuberculose e Lepra de Luanda

Dr. Luís Bernardino, Director, Hospital Pediátrico David Bernardino  
(Hospital Nacional)

Dra. Aida de Menezes, Chefe de Secção de Saúde Infantil  
e do Adolescente, Direcção Nacional de Saúde Pública, MINSA

Dra. Ducelina Serrano, Directora, Instituto de Combate de VIH/SIDA

Dr. Daniel António, Director Nacional, Direcção Nacional  
de Medicamentos e Equipamento Médico, MINSA

Sr. António Ferrão, Chefe dos Serviços Gráficos, MINSA

Dr. Rui Pinto, Director Administrativo, Clínica Sagrada Esperança;  
Docente Senior, Departamento de Saúde Pública, Faculdade  
de Medicina; Autor da *Avaliação Especial do apoio ASDI a Programas de Saúde da R.P. Angola. Opinião da Parte Angolana 1991*

## Na Suécia

Sra. Carin Norberg, Directora, Instituto Nórdico de Estudos Africanos;  
anterior Directora do Departamento para África, Asdi Estocolmo

Sra. Lena Johansson Blomstrand, Conselheira, Embaixada da Suécia em  
Windhoek; anterior Conselheira, Embaixada da Suécia em Luanda

Sr. Dag Ehrenpreis, PNUD, Centro Internacional da Pobreza, Instituto de  
Pesquisa Económica Aplicada, Brasília; anterior Director do Gabinete  
de Cooperação da Asdi em Luanda

Sr. Rolf Folkesson, Chefe da Secção de Cooperação Técnica financiada  
através de Contratos, Asdi Estocolmo; anterior Director do Gabinete de  
Cooperação da Asdi em Luanda

Sr. Lars Boberg, Reformado; anterior Oficial de Programa,  
Divisão da Saúde e Departamento para a África, Asdi Estocolmo

Sra. Lise Munck, Consultora; anterior Oficial de Programa,  
Divisão da Saúde, Asdi Estocolmo

Sra. Kerstin Fransson, Consultora; anterior Conselheira, Embaixada da  
Suécia em Luanda; anterior Oficial de Programa,  
Gabinete de Cooperação da Asdi em Luanda

Dra. Britta Nordström, Oficial de Programa, Divisão da Saúde,  
Asdi Estocolmo; anterior Oficial de Programa, InDevelop Suécia;  
anterior Assessora, Direcção Nacional de Saúde Pública, MINSA

Sra. Kerstin Bertilson, Reformada; anterior Representante/Administradora  
InDevelop Luanda; anterior Assessora, Gabinete do Plano, MINSA;  
anterior Planeadora de Recursos Humanos, MINSA

Dra. Anna-Karin Karlsson, Médica de Família; Consultora da Asdi; anterior Assessora, Direcção Nacional de Saúde Pública, MINSA

Sr. Bernt Andersson, Consultor; anterior Director/Oficial de Programa, Divisão da Saúde, Asdi Estocolmo; anterior Assessor, Gabinete do Plano, MINSA

Sra. Eva Hedberg, Professora de Enfermagem; anterior Professora de Enfermagem, Curso de Especialização de Parteiras e Instituto Médio da Saúde de Luanda

Professor Dr. Staffan Bergström, International Health Care Research Unit/ IHCAR/Unidade de Investigação Internacional de Cuidados de Saúde, Karolinska Institutet, Stockholm; anterior Consultor da InDevelop; anterior Consultor Divisão da Saúde, Asdi Estocolmo

Sra. Kristina Snoder, Parteira, anterior Assessora da CAOL, Direcção Provincial de Saúde de Luanda

## Pessoas entrevistada em Luanda em Abril de 2006

Dr. José Vieira Dias Van-Dunem, Vice Ministro da Saúde, MINSA

Dra. Adelaide de Carvalho, Directora Nacional, Direcção Nacional de Saúde Pública, MINSA; anterior Coordenadora da CAOL

Sr. Anders Hagelberg, Embaixador, Embaixada da Suécia em Luanda

Sr. Tom Abrahamsson, Oficial de Programa, Embaixada da Suécia em Luanda

Dr. Dario Pontes Regis, Consultor, InDevelop, Luanda

Sra. Maria da Conceição Barros do Rosário, Parteira, Administradora, Curso de Especialização de Parteiras, Luanda

Sra. Ana Chilepa, Parteira, Professora, Curso de Especialização de Parteiras, Luanda

Sra. Domingas Beatriz Borba, Professora, Curso de Especialização de Parteiras, Luanda

## Pessoas entrevistadas informalmente em Unidades de Saúde em Luanda em Abril de 2006

### Centro de Saúde da Ilha de Luanda

Sra. Noela Guimarães, Enfermeira, Serviço de Aconselhamento ao Adolescente/PF

Sra. Ilidia Benedito, Enfermeira, Serviço de Aconselhamento ao Adolescente/PF

Sra. Paulina Nguinamau, Parteira

Sra. Maria da Conceição Tomás, Parteira

### Centro de Saúde Ana Paula, Município de Viana

Dra. Ana Generosa Hungulo, Directora do Centro

Sra. Teresa P. Belchior, Parteira, Responsável da Sala de Partos

Sra. Ana Cristina Romão, Parteira

### Hospital Provincial de Kilamba Kiayi (Hospital de Referência), Município de Kilamba Kiayi

Sra. Felícia Júlio, Enfermeira

Sra. Evalina Politano, Enfermeira

Dra. Judite A. Venâncio, Responsável Clínica

Sra. Luisa Edgarda, Parteira, Responsável da Sala de Partos

Sra. Maria de Lourdes, Parteira

Sr. Seke B. Eduardo, Supervisor

Dr. João Luz, Médico obstetra

### Hospital Provincial de Cajueiros (Hospital de Referência), Município de Kazenga

Sra. Maria Alexandre, Parteira

Sra. Lizete Pinheiro, Supervisora do Hospital

Sra. Joana Quiosa, Parteira

Sra. Sebastiana António, Servente

Dra. Claudina Francisca, Médica obstetra

Sra. Domingas Valente, Enfermeira

Sra. Vanda Maria, Parteira

Sr. Faustino Rodrigues, Enfermeiro

Sra. Júlia Cassinda, Enfermeira, Responsável pelo Equipamento Cirúrgico

### Hospital Augusto N'Gangula (Maternidade Provincial), Luanda

Dra. Rosa Maiato

### Pessoas entrevistadas no Hospital Provincial da Província do Bengo, Caxito

Dr. M'bala Cussumo, Director, Direcção Provincial de Saúde da Província do Bengo

Dr. António Martins, Director do Hospital

Dr. António Moyo, Director do Departamento de Saúde Pública

Dra. Albertina Menezes, Directora do Departamento de Obstetrícia Ginecologia

Sra. Sofia Simão Rodrigues, Enfermeira Chefe, Departamento de Pediatria

Sr. Coxe André, Enfermeiro Nutricionista, Departamento de Pediatria

Sra. Madalena Amaral, Enfermeira, Departamento de Pediatria

Sra. Catarina Catí, Enfermeira, Centro de Saúde de Caxito

### Pessoas entrevistadas na Suécia em Abril de 2006

Dr. Anders Molin, Director da Divisão da Saúde, Asdi Estocolmo

Sra. Ewa Nunes Sörenson, Oficial de Programa, Divisão da Saúde, Asdi Estocolmo

Sra. Susanne Spetz, Oficial de Programa, Departamento para África, Asdi Estocolmo

Sr. Roland Svensson, Consultor, anterior Oficial de Programa, Embaixada de Suécia em Luanda

Sr. Kent Jönsson, anterior Represente da InDevelop, Luanda

Dr. Staffan Salmonsson, Médico de Família, Härnösand



# Anexo 3 A avaliação angolana de 1991

A equipa da avaliação angolana fez entrevistas com directores e outro pessoal de todos os programas que recebiam apoio sueco em 1991:

|                             |                                    |
|-----------------------------|------------------------------------|
| Medicamentos Essenciais-PME | Programa Alargado de Vacinação-PAV |
| Apoio Geral                 | Educação para a Saúde-EPS          |
| VIH/SIDA                    | Malária                            |
| Saúde Materno-Infantil-SMI  | Formação                           |
| Tripanossomíase             | Tuberculose-TB                     |

Neste anexo apresentamos os resultados, que são listados ou aparecem em tabelas no relatório. Aqui são relatados e organizados de uma forma mais resumida.

## Avaliação dos resultados dos programas pelos gestores a nível central

A impressão geral encontrada no relatório da avaliação é que o *Programa de Medicamentos Essenciais* funciona melhor que a maioria dos outros programas. O pessoal afirma que o Programa atingiu um grande número de municípios, embora ainda não fosse possível atingir todo o país. Existem também problemas de formação dos trabalhadores de saúde do uso racional dos medicamentos fornecidos pelo Programa.

As metas definidas pelo *Programa Alargado de Vacinação* não foram atingidas. Na Província de Luanda a cobertura varia de 38% a 60%, enquanto que a percentagem para o país inteiro oscilam entre 31% a 47%. As causas mencionadas são a organização deficiente do Programa, mas também “dificuldades sociais” relacionadas com a Guerra e o facto de os serviços de saúde não funcionarem em muitas regiões o que cria obstáculos ao Programa para atingir as populações.

Muitas das pessoas entrevistadas mencionaram que o *Apoio Geral* ajudou a produzir material para apoiar os outros programas e que também contribuiu para melhorar a gestão dos programas. Mas não houve muita informação sobre os efeitos do Apoio Geral a nível das províncias, e não se sabia nada sobre os municípios, ou seja sobre os efeitos para Postos e Centros de Saúde.

O *Programa de Educação para a Saúde* apoia o Programa de Combate ao VIH/SIDA e, igualmente, o Programa SMI. A actividade principal é, porém, a formação de trabalhadores de saúde (enfermeiras/os) de todas as províncias e aproximadamente 30 municípios.

A actividade mais importante do *Programa de Combate ao VIH/SIDA* foi a criação de capacidade para testes de sangue através de um laboratório de referência em Luanda e oito laboratórios em algumas capitais de província. Segundo estimativas, o Programa cobria 45% do país, mas a equipa de avaliação não teve oportunidade de determinar a qualidade das actividades no terreno. Além dos testes de sangue (destinado a transfusões), o Programa também teve algumas actividades de formação a nível municipal e fazia também distribuição de preservativos.

O *Programa de Combate à Malaria* tem um desempenho (*performance*) relativamente bom. Elaborou-se uma documentação básica e os trabalhadores de saúde, incluindo médicos, de todas as províncias participaram em cursos de formação. Estabeleceu-se um laboratório de referência e uma rede de laboratórios nas províncias. O pessoal do Programa afirma que aproximadamente 70% das mulheres grávidas recebem medicamentos (cloroquina), mas o autor do relatório de avaliação questiona este dado por ser demasiado alto. Como vários dos outros programas, o Programa de Malária, não consegue atingir os municípios e só trabalha com as (então) Delegações Provinciais de Saúde.

O *Programa de Saúde Materno-Infantil* ainda não foi muito desenvolvido a nível provincial, e não apresenta resultados específicos.

No que se refere aos avanços do *Programa de Formação*, isto é o apoio ao Instituto Médio de Saúde, o pessoal entrevistado apresenta resultados nas áreas de produção de livros de ensino e melhor qualidade do ensino.

O *Programa de Água e Saneamento* tem uma cobertura muito limitada, e só actua na Província de Bengo perto de Luanda. Há poucos resultados por causa de falta de manutenção do equipamento. O componente de saneamento não foi desenvolvido. Do *Programa de Nutrição* não há dados revelando resultados concretos embora se saiba que o Programa funciona em algumas províncias. Diz-se que esta falta de informação tem a ver com a má organização do Programa. (Por causa do limitado impacto do Programa e a falta de informação, a Asdi já terminou o apoio a estes dois programas antes de se fazer a avaliação.)

O *Programa de Diagnóstico e Tratamento da Tripanossomíase* é organizado em cinco sectores, de acordo com as áreas de maior prevalência da doença. O Programa tem nove equipas móveis que executam o trabalho nessas áreas e tem dois médicos especializados. Mesmo assim, o Programa só conseguiu realizar 30% das actividades planeadas, o que significa que só atingiu 10% da população alvo nas áreas afectadas (principalmente no Norte do país).

Costuma-se dizer que é muito difícil organizar um *Programa de Combate ao Tuberculose* e que, na maioria dos casos, o trabalho não é muito eficiente. É também a opinião dada pelas pessoas entrevistadas. Ainda não houve resultados palpáveis do Programa TB, em primeiro lugar por causa da má organização, o que inclui a má utilização dos recursos já existentes. Este Programa precisa de entrar em contacto directo com os doentes, mas, como os outros programas, foi muito afectado pelo encerramento ou destruição das unidades de saúde.

## Problemas encontradas a nível central dos programas

### Como gerir um Programa?

Desde o início da cooperação em 1979 (mais tarde em alguns casos) praticamente todos os programas mudaram de chefia e quase todos os directores entrevistados foram nomeados há pouco tempo antes da avaliação. Somente dois directores tiveram suficiente tempo no Programa para saber organizar o trabalho e acompanhar/avaliar o desempenho. Entre os directores e outros funcionários houve muitas pessoas que não conheciam os documentos em que se devia encontrar os objectivos do Programa – se estavam formulados no acordo com a Asdi, no Plano Anual, no Plano de Operações ou num relatório de consultoria.

Muitas das pessoas entrevistadas sabiam que os objectivos de origem foram reformulados numa certa altura, e a razão mais referida (para a reformulação) foi a de melhorar a organização. No entanto, algumas pessoas disseram que os objectivos foram reformulados para “tornar [o Programa] mais realista”. As pessoas que pensavam que a Asdi influenciou este processo achavam que foi feito para melhorar a coordenação entre os diferentes programas, para atingir melhor qualidade, e melhorar a liderança, o planeamento, o controlo e o sistema de avaliação. Afirmaram que as mudanças fizeram os programas desenvolver numa direcção mais positiva.

Durante estas entrevistas, as pessoas apresentaram sugestões bastante relevantes apontando para fraquezas observadas e debatidas ao longo dos anos: Melhor definição dos grupos alvo do PAV, melhor supervisão no Programa de TB, mais activo controlo do vector no Programa de Malária, etc.

### Responder às necessidades de quem?

Na altura da avaliação já se sabia que a Asdi sublinhava a importância de definir os grupos alvo de cada Programa, e especialmente fazer com que as mulheres tivessem acesso aos serviços de saúde. Mas isto não foi fácil explicar aos directores/gestores dos programas e outros funcionários.

É natural que as mulheres – especialmente grávidas e mulheres em idade fértil – constituíam o grupo alvo de vários programas. Além da saúde materna deviam também ser atingidas pelo PAV e EPS. As mulheres deviam também ser focalizadas pelo Programa VIH/SIDA, visto que se considerava que elas desempenhavam um papel importante para melhorar as condições socioeconómicas das suas famílias, e também por causa “do seu papel na cadeia epidemiológica do SIDA”. (Esta afirmação pode ser interpretada de duas formas – ou definindo as mulheres como vítimas do SIDA, ou culpando-as por propagar a doença.)

As crianças foram, logicamente, indicadas como o outro importante grupo alvo, baseado no panorama de doenças em Angola.

Foi, no entanto, evidente que era praticamente impossível especificar por idade ou sexo quem, na realidade era atingido pelas actividades dos programas ou não. Esta situação explica-se pela falta de estabilidade, com pessoas deslocadas em todas as províncias por causa da guerra e, portanto, a falta de dados demográficos actualizados e fiáveis a nível provincial e municipal.

## Resultados e constrangimentos

Não foi fácil obter uma clara imagem dos resultados concretos dos programas, dado que estes são organizados de forma diferente. Alguns são programas verticais – especificamente o PAV e os programas de combate às doenças endémicas – e todos são geridos centralmente pelo MINSA. Durante o período avaliado de 1979 a 1991 a guerra continuava em todo o país, com intensidade variável, e assim a distribuição de bens e equipamento às províncias foi muito irregular. A supervisão foi, igualmente, complicada e muitos municípios estavam simplesmente fora de alcance.

Os responsáveis a nível central sabiam relatar o que foi implementado pelos programas em Luanda, como por exemplo actividades de formação para quadros de saúde das províncias, mas os relatórios vindos directamente das províncias chegaram com frequência irregular. Pouca informação – ou nenhuma – foi recebida das unidades de saúde que ainda continuavam a funcionar nas áreas mais remotas.

Mais de metade das pessoas entrevistadas achavam que os seus programas não tinham atingido as metas planeadas, ou somente tinham conseguido atingi-las em parte. As principais causas desta situação estavam ligadas aos seguintes factores:

- Planeamento, organização, coordenação, direcção e supervisão
- Guerra, instabilidade e diminuição da acessibilidade
- Falta de recursos humanos, instalações, transportes e recursos financeiros
- Deficiente formação e motivação dos quadros de saúde

Segundo a opinião mais frequente, outro tipo ou mais assistência externa mal devia contribuir para se melhorar o desempenho e algumas das pessoas entrevistadas mencionaram que os seus programas nem sequer tinham utilizado os recursos postos à disposição. Para este grupo “mais recursos sem organização seriam mais desperdícios” nesta fase.

### Como analisar custo-eficiência em Angola?

Todos os vários programas apoiados tinham um orçamento em divisas e deviam, logicamente, também ter um orçamento em moeda nacional, pelo menos para salários e despesas correntes. A equipa de avaliação devia, portanto, investigar se existia ou não consciência sobre os orçamentos e os custos, e, numa situação ideal, também dos custos em relação aos resultados.

O resultado deste exercício foi bastante desencorajante, mas provavelmente típico da gestão e organização das instituições públicas em Angola há quinze anos atrás<sup>34</sup>. Os fundos disponibilizados pela Asdi foram geridos pelo Gabinete do Plano do MINSA e os recursos foram distribuídos directamente aos programas, o que possivelmente teve como consequência que a informação sobre o orçamento em divisas fosse restrita.

De todas as 49 pessoas em posições de direcção e ligadas à implementação dos programas só 12 pessoas sabiam confirmar que existia um cálculo de gastos em divisas dos seus programas. O resto dos entrevistados disseram que não existia orçamento ou que não sabiam se era feito um cálculo económico ou não. E nenhum Programa sabia concretamente quais eram os seus gastos em moeda nacional!

Para testar os coordenadores dos programas, a equipa pediu informação sobre o montante em milhares de coroas suecas (MSEK) orçamentado para o ano anterior, ou seja 1990. Foi, evidentemente, mais fácil responder esta questão, porque praticamente todos os coordenadores sabiam indicar o montante em divisas com bastante exactidão.

Mas em alguns dos programas, por exemplo Formação e SMI, ninguém sabia fornecer dados sobre despesas. A maioria das pessoas entrevistadas disseram não ser possível fazer cálculos puramente económicos do desempenho do programa, isto é analisar a produção de serviços de saúde em relação aos recursos postos à disposição.

### Possibilidade de melhorar a eficiência – algumas propostas

Embora tenha sido impossível tirar conclusões custo-eficiência, a maioria das pessoas apresentaram propostas para se poder melhorar a eficiência dos programas:

<sup>34</sup> Em princípios dos anos noventa não existia qualquer “transparência”. O OGE era confidencial e nem sequer directores a nível nacional sabiam informar sobre a percentagem do OGE destinada ao Sector da Saúde (*comunicação pessoal/KP*)

- Melhoria de vários aspectos de formação e superação dos quadros de saúde
- Melhoria de vários aspectos relacionados com a gestão
- Desenvolvimento de actividades para a melhoria da qualidade técnica, incluindo investigação
- Aumentar os investimentos
- Definir objectivos e metas
- Melhorar as instalações de trabalho
- Aproveitar melhor as consultorias
- Acelerar o processo de terminar a guerra
- Melhorar as condições sociais dos trabalhadores de saúde

Estas propostas dão uma ideia das preocupações pessoais dos entrevistados, mas sobretudo demonstram uma consciência sobre as medidas que deviam ser tomadas a curto prazo (tirando o problema da guerra) sem demasiado esforço do MINSA. Algumas pessoas mencionaram também questões mais controversas, como por exemplo a necessidade de se melhorar a manutenção do equipamento existente, necessidade de coordenação entre os programas, melhoria da disciplina laboral e da supervisão, redução dos roubos, e, naturalmente, reforço em transportes. Apareceu também uma proposta de redução de certa “burocracia ASDI”, visto que a Asdi às vezes mostrava falta de flexibilidade.

### Coordenação horizontal?

A falta de coordenação entre os diferentes programas parecia ser um problema que afectava o desenvolvimento de alguns dos programas. Mas analisando a questão concreta da coordenação entre os vários programas, a maior parte dos entrevistados deram respostas afirmativas. Mas, na realidade, nem todos sabiam apresentar exemplos de coordenação horizontal, embora algumas pessoas mencionaram coordenação com EPS, SMI, PME ou Programa de HIV/SIDA. A impressão mais saliente é que não havia uma verdadeira coordenação e ligações entre os programas, e “... embora se fale muito em trabalho integrado os programas continuam a funcionar de forma muito verticalizada”.

### Análise do apoio da Asdi

Não surpreende que o apoio concreto mais importante da Asdi foi o *hardware* e outro apoio material (reagentes, medicamentos, etc.), porque foi este apoio que fazia funcionar os programas. Os programas de EPS e Doenças Endémicas eram extremamente dependentes deste tipo de apoio, e EPS não

teria arrancado sem o equipamento fornecido através da Asdi. Quanto ao capítulo polémico das viaturas, a maior parte das pessoas (66% ) diz depender totalmente do doador.

A maioria absoluta das respostas demonstra que os efeitos do apoio Asdi foram, regra geral, bastante positivos. Mais especificamente, as pessoas listaram as seguintes contribuições positivas:

- Apoio material, como equipamento, medicamentos, meios de transporte, etc
- Orçamento em divisas
- Apoio à organização, coordenação e desenvolvimento dos programas
- Clareza e frontalidade no relacionamento e seriedade no cumprimento do acordado
- Formação

Mas há, no entanto, pessoas que não deixam de mencionar os aspectos negativos:

- Problemas relacionados com o processo de contratação dos cooperantes, os quais por vezes parecem não ter o perfil “para trabalhar, relacionar-se, adaptar-se a nossa realidade”
- Problemas ligados com uma certa rigidez no relacionamento, com pouca flexibilidade para se abordar e solucionar as questões
- Certa morosidade no processo de aquisição dos meios aprovados para os programas
- Impossibilidade de se alargar o apoio a outros programas
- Corte do apoio a certos programas

Na maioria dos casos os contactos com a Asdi funcionaram através do Gabinete do Plano do MINSA, mas muitas pessoas referiram a participação nas reuniões trimestrais ou outras, e bastantes respostas mencionaram também o contacto directo entre o programa e a Asdi. Das pessoas que se queixavam e desejavam mais flexibilidade a maior parte trabalharam no nível intermédio, e por isso os contactos eram feitos pelos seus directores nacionais ou chefes de programa. Um pequeno número de pessoas considerou a exigência em relatórios e prestação de contas como um factor bastante negativo.

### Sobrevivência sem apoio externo?

Houve uma opinião quase unânime referindo que os programas não deviam sobreviver sem o apoio da Asdi, mas as pessoas tinham ideias diferentes quanto à continuação do apoio. Seria talvez possível terminar o apoio depois de mais cinco anos? Algumas pessoas falaram da guerra como o factor que condicionava o futuro do programa e a necessidade de apoio externo.

Às áreas mais vulneráveis relacionadas com a sobrevivência dos programas foram, em ordem de prioridade, o orçamento em divisas, equipamento/material, meios de transporte e assistência técnica.

### O papel dos cooperantes suecos

Somente os programas PME, Apoio Geral, EPS, SMI e Formação tinham assistência técnica. Além dos cooperantes suecos, alguns dinamarqueses e noruegueses foram contratados pela Asdi ao longo dos anos. Cinco professoras/es de enfermagem trabalhavam no *Instituto Médio de Saúde* em 1986-87, quando se iniciou o curso médio de enfermagem. (Uma das professoras estava, porém, ligada ao curso básico.) PME tinha três cooperantes – um assessor médico, um especialista de logística e um farmacêutico – enquanto que os outros programas só tinham um cooperante de cada vez. No momento da avaliação havia doze cooperantes no total.

Os entrevistados que pertenciam aos programas com assistência técnica descreveram as tarefas concretas dos cooperantes da seguinte forma:

|                                              |                  |
|----------------------------------------------|------------------|
| Docência e formação                          | 13 <sup>35</sup> |
| Apoio à planificação                         | 11               |
| Apoio à organização                          | 7                |
| Apoio à gestão                               | 6                |
| Produção de material de apoio aos estudantes | 4                |
| Desenvolvimento de normas                    | 3                |
| Apoio à organização de seminários            | 3                |
| Apoio à avaliação                            | 3                |

Regra geral, o pessoal cooperante devia trabalhar com um/a colega angolano/a, e 24 dos entrevistados confirmaram que isto era o caso. Só uma pessoa explicou que não havia um quadro angolano com o perfil desejado para ser colocado junto do cooperante no programa.

Os resultados mais importantes da contribuição da assistência técnica foram:

|                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| Actividades de formação e docência                                  | 10 |
| Elaboração de manuais, criação de textos, bibliografia e biblioteca | 9  |
| Actividades de organização                                          | 6  |
| Planificação, programação e orçamentação                            | 6  |
| Gestão de programas                                                 | 3  |
| Desenvolvimento de normas                                           | 2  |

<sup>35</sup> N.º de referências nas respostas.



O *rating* dos resultados mais decisivos depende, naturalmente, do número de pessoas que trabalham com cada tarefa específica. Dado que o IMS tinha um grupo de professoras/es de enfermagem, formação e produção de manuais, etc. tendem aparecer como resultados de bastante peso. Em outras áreas havia poucos assessores (SMI e PME por exemplo), mas o desenvolvimento de normas constituía uma contribuição muito importante.

E se terminar a assistência técnica, seria ou não possível de se registar resultados positivos do trabalho dos cooperantes? 20 pessoas responderam que sim, enquanto que 5 não sabiam dizer e 2 pessoas disseram que não. Mas quanto ao trabalho do dia-a-dia desses cooperantes, 21 dos inquiridos achavam o trabalho satisfatório. Quanto aos maiores obstáculos relacionados com o trabalho com os cooperantes suecos, pode-se imaginar que a língua devia ser o problema mais grave. Mas somente poucas pessoas referiram às dificuldades da “língua falada, e, de qualquer forma, este problema era mais pronunciado no início.

Em relação às regalias sociais dos cooperantes Asdi, somente 2 pessoas afirmaram que os suecos gozavam de “férias exageradas”.

Finalmente, apareceram também algumas observações críticas, mas só de uma minoria das pessoas entrevistadas. Os problemas levantados referiam-se ao relacionamento dos cooperantes com os quadros angolanos, e três pessoas mencionaram “situações de adaptação à nossa realidade”, enquanto que outras falaram de problemas de enquadramento no trabalho e, por último, houve reacções contra a falta de consideração/respeito pelos colegas angolanos.

Embora os directores e coordenadores angolanos tenham identificado alguns problemas de relacionamento com os colegas suecos, uma maioria esmagadora dava grande importância à assistência técnica. As áreas cruciais eram saúde pública, formação e epidemiologia – sete pessoas queriam um/a epidemiologista para atender vários programas – mas é também de destacar os pedidos de gestores. No entanto, a maior parte das pessoas achavam que os cooperantes não deviam necessariamente ser suecos e destas pessoas todas, de facto, preferiam especialistas de países de expressão portuguesa. 19 pessoas pensavam que os cooperantes suecos podiam ser substituídos por técnicos angolanos, embora tiveram dificuldades em concretizar quando seria apropriado transferir a responsabilidade dos programas – parcial ou completa – para os técnicos angolanos.

## A situação nas províncias

Nenhuma das províncias visitadas – Huíla e Luanda – é representativa em relação à situação de saúde do país. Huíla, com a sua capital Lubango, historicamente tem sido uma província mais beneficiada em termos de infra-estruturas que as outras. Luanda, naturalmente, tem beneficiado por ser a

provincia da capital nacional, e por se encontrar próxima ao poder político central. Luanda, em princípio, tem maior acesso quer a material e equipamento, quer aos recursos humanos necessários.

### Huíla – a realidade é uma limitação séria

Em Huíla, o chefe da equipa Rui Pinto visitou a Delegação Provincial de Saúde em Lubango e quatro Centros de Saúde na área de Lubango (que, na realidade, funcionaram com o *standard* de Postos de Saúde). Além do Delegado Provincial, entrevistou também os responsáveis provinciais de cada um dos programas implementados na província<sup>36</sup>. De acordo com a sua avaliação, somente dois dos programas, PME e PAV, atingiram um nível aceitável, quer dizer que conseguiram chegar até os Centros de Saúde e manter actividades regulares.

A primeira conclusão que se devia tirar da situação em Huíla “é que as populações viveram nos últimos anos uma fase extremamente difícil da sua vida, a qual teria sido ainda mais grave se não tivessem podido contar com as ajudas dos organismos doadores”.

O autor do relatório de avaliação identifica vários factores que travam o desenvolvimento dos programas. O problema fundamental consistia em que “a saúde, neste caso os programas, não conhecem os seus universos de trabalho e por isso têm sempre dificuldades de planificar as suas acções”. Visto que o sub-sistema de informação aos vários níveis e programas – de comunas e municípios até o nível provincial – ainda não funcionava como previsto, os responsáveis dos programas careciam de bases para decisões correctas e atempadas. Os programas estavam praticamente a trabalhar num vazio, e os contactos com o nível central dos programas através de visitas de supervisão praticamente não tinha existido.

Numa outra das suas conclusões, o autor afirmava que não funcionava nenhum tipo de trabalho integrado entre os diferentes programas a nível provincial, municipal ou comunal. Cada programa funcionava de uma forma verdadeiramente vertical, tendo como consequência que os recursos muito limitados foram sub-aproveitados. Quer ao nível local, quer provincial, as instituições de saúde de uma forma geral funcionam dentro de uma certa rotina, sem planos de trabalho elaborados com objectivos e metas. Não havia nenhuma consciência em relação aos custos e benefícios dos programas. Os gastos em moeda nacional eram desconhecidos e e mesmo foi o caso com os valores em divisas. Os programas estavam mal equipados com manuais e cartazes educativos e tinham muita falta de material de escritório. No entanto, como a primeira preocupação dos vários responsáveis dos programas continuava a aparecer a falta de meios de transporte disponíveis, visto que muitas viaturas estavam paradas necessitando de reparação.

<sup>36</sup> O Programa de Diagnóstico e Tratamento da Tripanossomíase era, sobretudo, concentrado nas províncias do Norte.

### **A Província de Huíla em 1991**

Na altura estimava-se que Huíla tinha uma população de 850,000 habitantes, vivendo em 13 municípios e 36 comunas. A província era servida por um Hospital Regional com 400 camas, cinco outros hospitais (maternidade e hospitais pediátrico e psiquiátrico, sanatório e de missões religiosas), 21 Centros de Saúde e 73 Postos de Saúde.

A Delegação Provincial de Saúde tinha 19 médicos angolanos e 43 cooperantes, 375 técnicos básicos, 10 técnicos médios e 72 técnicos médio equiparados, 195 outros técnicos básicos (laboratório, raio-X, etc.) e categorias como serventes, etc. Adicionalmente, havia 892 elementos de pessoal administrativo e ainda 16 quadros superiores. Segundo as estatísticas, havia 1 médico por 13,700 habitantes, mas, como nas outras províncias, sobretudo os médicos se encontravam concentrados na capital.

De acordo com o relatório de 1990, 5,750 partos – com 208 nado mortos – tiveram lugar nas unidades de saúde, o que correspondia a 15% dos partos estimados.

Segundo a informação do MINSA em 1989, as causas de morte mais frequentes eram DDA, malária, sarampo e doenças respiratórias agudas. Foram registados sete casos de tétano neonatal. No mesmo ano detectaram-se dois casos suspeitos de SIDA, e em 1991 atingia 13 casos. (Estes casos foram detectados através do controlo de dadores de sangue no Hospital Regional.)

Registaram-se 5,500 de TB, que corresponde a quase 30% de todos os casos registados no país. Os 795 casos de lepra representavam mais de 20% dos casos do país. (Esta percentagem elevada pode ser explicada por certo subregisto em outras províncias, e, ainda, Huíla tem quatro leprosários onde os doentes são concentrados.)

As autoridades de saúde da Província estimavam a existência de 40-45,000 grávidas na província, e que a cobertura vacinal contra o tétano estava inferior a 20%. Estimativas de 35,000 crianças <1 ano de idade indicavam uma cobertura vacinal de 41% de BCG, 79% de sarampo, mas somente 23% em relação à combinação tripla e poliomielite.

*Fonte: Pinto, R, Avaliação dos Programas de Saúde Apoiadas pela ASDI na Província de Huíla, Julho de 1991.*

Embora o autor tenha observado mais insuficiências que sucessos, ele sublinha a necessidade de continuar o programa de formação e capacitação através de seminários e cursos, porque se faziam sentir os seus resultados positivos em algumas áreas.

### **A situação em Luanda**

Em Luanda, a equipa entrevistou o Delegado Provincial e os gestores de programas a nível provincial e um grupo relativamente grande de pessoas de quatro dos Centros de Saúde da província.

Em Luanda todos os programas estavam ancorados na Delegação Provincial de Saúde, na qual cada programa tinha um gestor nomeado (à excepção do programa de formação, que “pertencia” ao MINSA e VIH/SIDA, que ain-

da não tinha arrancado na altura). Embora a Delegação se localize no centro da cidade, os gestores apresentaram queixas semelhantes àsquelas de Huila. Os programas tinham problemas sérios com a manutenção das viaturas, faltavam manuais e cartazes de medicamentos essenciais para distribuir aos Centros e Hospitais. Vários gestores queixavam-se da falta de motivação e o baixo nível profissional entre os trabalhadores dos programas e o programa de saúde materna referia que o equipamento das unidades de saúde estava deteriorado ou tinha, simplesmente, sido desviado.

O Programa de Malária tinha um problema especial, que não afectava directamente os outros programas. A região da Grande Luanda já estava superlotada nos princípios dos anos noventa e o Programa tentava estabelecer uma colaboração com o Comissariado Provincial para eliminar alguns dos riscos de saúde mais evidentes através da melhoria as condições de saúde ambiental pela remoção do lixo, etc., mas esse esforço ficou sem efeito.

Visto que o Programa de Combate ao VIH/SIDA ainda não tinha começado, toda a informação sobre VIH/SIDA era disseminada através do Programa de EPS nos Centros de Saúde, nas escolas e nos locais de trabalho, e, normalmente, distribuía-se preservativos depois das sessões informativas. Os avaliadores não conseguiam, porém, obter quaisquer dados sobre número de sessões, etc.

As condições dos Centros de Saúde eram também bastante pobres, embora todos os Centros visitados tinham electricidade, mas com distribuição pouco segura. Nenhum dos Centros tinha água canalizada da rede, mas os camiões do Comissariado Provincial apareciam regularmente para abastecer. Nenhum dos Centros tinha médico permanente, e a maioria dos trabalhadores era técnicos básicos. Os Centros trabalhavam normalmente só da parte da manhã, e o número de pacientes por dia/por enfermeira/o variava entre cinco e onze em média, dependendo do tamanho do Centro. A razão mais frequente de consulta era malária, em crianças e em adultos.

Quase todos os programas são implementados no Centros e têm uma pessoa responsável no Centro, à excepção de EPS, Malária e VIH/SIDA, que, em parte, são implementados através dos outros programas. Na altura da avaliação, o PAV tinha postos fixos de vacinação nos Centros e as vacinações tiveram lugar todos os dias em combinação com breves sessões de informação. O PME distribuía regularmente *kits* de medicamentos, e todos os Centros tinham quadros especificamente treinados pelo Programa. O Programa de SMI dedicava-se à saúde pré-natal, planeamento familiar e um dos Centros tinha uma pequena sala de partos. As enfermeiras/parteiras desconhecem o número de mulheres grávidas da área do Centro, dado que a maior parte das mulheres dão à luz em casa. A qualidade dos cuidados pré-natais não estava inteiramente satisfatória. Os cartões da grávida faltavam sempre nos Centros, o que dificulta fazer o controlo da mulher grávida de uma maneira correcta. As enfermeiras/parteiras não avaliavam o possível risco obstétrico.

O Programa TB trabalhava com diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos doentes, mas não se fazia nenhum trabalho de prevenção. Os medicamentos e reagentes foram distribuídos pelo supervisor do Programa, mas sempre em quantidade insuficiente, e a supervisão como tal é irregular.

A nível da província, os gestores dos programas confirmaram existir certa colaboração entre os programas, como, por exemplo, palestras em seminários e no desenvolvimento de material de EPS. Mas no terreno a situação era bastante diferente. Os programas “chegaram aos Centros” de uma forma vertical e a equipa de avaliadores só conseguiram descobrir alguns contactos ocasionais entre o PAV e SMI.

*(As recomendações para o futuro desenvolvimento dos programas encontram-se no relatório principal.)*

Fonte: Pinto, R, *Avaliação Especial do apoio ASDI a Programas de Saúde da R.P. Angola. Opinião da Parte Angolana. Dezembro de 1991 e Janeiro de 1992.*

# Anexo 4 Bibliografia

## Arquivos consultados

Asdi Sede, Estocolmo

Embaixada da Suécia, Luanda

InDevelop, Luanda

## Avaliações

Andersson-Brolin, L & Karlsson, A-K. (1991) *Långsiktigt bistånd i krig (Ajuda ao desenvolvimento de longa perspectiva em situação de guerra)*. Estocolmo: Sida., Divisão da Saúde. (Original em sueco; tradução para o português em 1992.)

Pinto, R, et al. (1992) *Avaliação Especial do apoio ASDI a Programas de Saúde da R.P. Angola. Opinião da Parte Angolana. Dezembro de 1991 e Janeiro de 1992*. Luanda: Asdi.

Andersson-Brolin, L & Wessel, H. (1999) *The Maternal Health Programme in Angola. An assessment of the programme during 1988–1999*. Stockholm: Sida, Department for Democracy and Social Development, Health Division.

Karlsson, P, Salmonsson, S and Challis, K. (2003) *Sida's Health Support to Angola 2000–2002*. Sida Evaluation 03/19. Stockholm: Sida, Department for Democracy and Social Development, Health Division.

## Fontes publicadas

Björck, M., Johansson, R. and Kanji, N. (1992) *Improving the quality of primary care services in Angola. Research report*. Health Policy and Planning; 7 (3): 290–295. Oxford University Press 1992.

Kapusiński, R. (1997) *Mais um dia de vida. Angola–1975*. Porto: Campo das Letras – Editores, S.A.

Möllander, A. (1982) *Sverige i Södra Afrika. Minnesanteckningar 1970–80*. (A Suécia na África Austral. Apontamentos 1970–80). Estocolmo: Sida.

Odberg Pettersson, K. (2004) *Challenges and Constraints Encountered by Women and Midwives during Childbirth in Low-income Countries. Experiences from Angola and Mozambique*. Stockholm: Karolinska Institutet.

- Sellström, T. (1999) *Sweden and National Liberation in Southern Africa. Volume I: Formation of a Popular Opinion 1950–1970*. Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet.
- Sellström, T. (2002) *Sweden and National Liberation in Southern Africa. Volume II: Solidarity and Assistance 1970–1994*. Uppsala: Nordiska Afrikainstitutet.
- Vita Vemba, L & Neves, I (2006) *Barreiras Sócio-económicas e Culturais na Utilização dos Cuidados Obstétricos de Urgências na Região Sanitária Norte de Luanda (2000–2001)*. Luanda: DPSL.
- Vita Vemba, L. (2006) *As três Dimensões Críticas do Sistema de Saúde Angolano*. Luanda: DPSL.

## Recent Sida Evaluations

- 07/43 Review of Development Cooperation between Sri Lanka Police and Swedish National Police Board**  
Knud Olander, Camilla Orjuella, Rohan Edrisinha  
Asia Department
- 07/44 Programme of Cooperation between the Government of Sri Lanka and UNICEF Final Report**  
Hugh Goyder, Alison Lochhead, Lalili Rajapaksa, Raghav Regmi, Frank Noi  
Asia Department
- 07/45 Swedish Support in the Education Sector in Zanzibar, 2002–2007**  
Mike Wort, Suleman Sumra, Paul van Schaik, Elifuraha Mbasha  
Department for Democracy and Social Development
- 07/46 Replicating the Model of Land Administration under the One Stop Shop (OSS) Mechanism in Five Provinces in the Central Region of Quang Tri Public Administration Reform (PAR) Project**  
Adam McCarty, Do Duc Hao, David Fallows, Nguyen Van Dinh  
Asia Department
- 07/47 Assessment of Comparative Advantages of Swedish ICT Support in Tanzania**  
Alan Greenberg  
Department for Africa
- 07/48 Sida Supported Infant and Young Child Feeding Networks. An Evaluation of Activities, Achievements and Aspirations**  
Kim Forss, Elisabeth Kylberg, Gaynor Maclean  
Department for Democracy and Social Development
- 07/49 Informe Global de Evaluación de Modelo Integral de Salud Implementado sobre la Base de la Rectoría, la Participación Social y la Gestión Local en Guatemala**  
Iván Dario Puerta, Alicia Borges Månsson, Marta Medina Sandino, Edwin Haroldo Mayén Alvarado  
Department for Latin America
- 07/50 Healthy Support? Sida's Support to the Health Sector in Angola 1977–2006**  
Kajsa Pehrsson, Lillemor Andersson-Brolin, Staffan Salmonsson  
Department for Democracy and Social Development
- 2008:01 United Nations Regional Centre for Peace, Disarmament and Development in Latin America and the Caribbean (UNLIREC)**  
William Godnick, Heido Ober, Charlotte Watson  
Department for Cooperation with Non-Governmental Organisations, Humanitarian Assistance and Conflict Management
- 2008:02 Swedish Democracy Promotion through Non-Governmental Organisations in Bolivia, Guatemala, Nicaragua and Peru Outcome Oriented Evaluation of Diakonia's Latin America Programme**  
Staffan Löfving, Charlotta Widmark, Roddy Brett, Victor Caballero, Miguel Gonzalez, Cecilia Salazar, Fernanda Soto  
Department for Evaluation and Internal Audit
- 2008:03 Phasing-out Swedish Health Support in Luanda, Angola A study of the Evolution of Reproductive and Child Health Services, 2006–2007**  
Kajsa Pehrsson, Kenneth Challis, Tazi Maghema  
Department for Democracy and Social Development
- 2008:04 The Southeast Asian Network for Agroforestry Education (SEANAPE), Phase II Indonesia, Laos, Philippines, Thailand, Vietnam "Sharing Knowledge on Markets, Landscapes, and Environmental Policies"**  
Bo Tegnäs, Awang Noor Abd. Ghani, Hendra Yanto  
Department for Natural Resources and Environment

### Sida Evaluations may be ordered from:

Infocenter, Sida  
SE-105 25 Stockholm  
Phone: +46 (0)8 779 96 50  
Fax: +46 (0)8 779 96 10  
sida@sida.se

### A complete backlist of earlier evaluation reports may be ordered from:

Sida, UTV, SE-105 25 Stockholm  
Phone: +46 (0) 8 698 51 63  
Fax: +46 (0) 8 698 56 43  
Homepage: <http://www.sida.se>









# Apoio Saudável?

---

## Um Estudo do Apoio Sueco à Saúde em Angola 1977–2006

Angola está recuperando de várias décadas de guerra, com as infra-estruturas em ruínas e com indicadores de saúde entre os piores do mundo. A Suécia dava apoio ao Sector da Saúde desde a Independência em 1975 até 2006, quando se concluiu a última fase dos programas de cooperação para o desenvolvimento. Este estudo descreve o apoio sueco à saúde durante 30 anos com os seus motivos e métodos. O estudo analisa também até que ponto os esforços da cooperação para o desenvolvimento contribuíram para melhorar a situação de saúde em Angola.



SWEDISH INTERNATIONAL DEVELOPMENT  
COOPERATION AGENCY

Department for Democracy and Social Development

Address: SE-105 25 Stockholm, Sweden.

Visiting address: Valhallavägen 199, Stockholm.

Tel: +46 8 698 50 00. Fax: +46 8 20 88 64.

E-mail: [sida@sida.se](mailto:sida@sida.se) [www.sida.se](http://www.sida.se)