

Finalização do Apoio Sueco à Saúde em Angola

**Um Estudo da Evolução dos Serviços de Saúde
Reprodutiva e Infantil 2006–2007**

**Kajsa Pehrsson
Kenneth Challis
Tazi Maghema**

**Department for Democracy
and Social Development**

Finalização do Apoio Sueco à Saúde em Angola

**Um Estudo da Evolução dos Serviços de Saúde
Reprodutiva e Infantil 2006–2007**

**Kajsa Pehrsson
Kenneth Challis
Tazi Maghema**

Sida Evaluation 2008:31

**Department for Democracy
and Social Development**

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, an independent department reporting to Sida's Director General.

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

Authors: Kajsa Pehrsson, Kenneth Challis, Tazi Maghema.

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 2008:31

Commissioned by Sida, Department for Democracy and Social Development

Copyright: Sida and the authors

Registration No.: 2005-003541

Date of Final Report: January 2008

Printed by Edita Communication, 2008

Art. no. Sida46516pt

ISBN 978-91-586-8108-8

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. Homepage: <http://www.sida.se>

Índice

Acrónimos e Abreviaturas	3
Agradecimentos	4
Sumário Executivo	5
1 Introdução	15
2 Objectivo e Âmbito da Avaliação	15
3 Método e Limitações	16
3.1 A equipa	16
3.2 Questões metodológicas	16
3.3 Limitações.....	17
3.4 Falta de dados demográficos.....	18
4 Componentes do Programa	19
4.1 Saúde reprodutiva	19
4.2 Saúde infantil.....	20
4.3 Formação de parceiras	21
4.4 Apoio institucional	21
5 O fim do Apoio ao Programa	22
5.1 Antecedentes e acordos	22
5.2 Atrasos em 2004 e 2005	23
5.3 Âmbito e objectivo do acordo	23
6 Questões a Analisar	24
6.1 Objectivos para o último período do programa.....	24
6.2 Actividades 2004–2006.....	24
6.3 Efeitos sobre a provisão de serviços e os beneficiários.....	24
6.4 Efeitos sobre a futura sustentabilidade	25
6.5 Recomendações para o futuro.....	25
7 Indicadores de Acompanhamento de 2006 a 2007	25
8 Funcionamento do Subsector SMI	27
8.1 Orçamento do Sector da Saúde	27
8.2 Recursos Humanos do subsector SMI	28
8.3 Infra-estrutura	30
8.4 Logística.....	31
8.5 Equipamento nos Centros de Saúde e Hospitais.....	31
8.6 Manutenção de viaturas e equipamento	32
8.7 Disponibilidade de cartões	33
8.8 Disponibilidade de medicamentos essenciais	33
8.9 A presente situação de recursos.....	34
9 Sustentabilidade Institucional	36
10 Provisão de Serviços – Constatações	37
10.1 Saúde Materna	37
10.2 Cuidados pré-natais e planeamento familiar.....	43

10.3	Aconselhamento e tratamento de pacientes infectadas com VIH.....	44
10.4	Saúde Infantil	45
10.5	Supervisão	46
10.6	Actividades do dia-a-dia	46
10.7	Cobranças ilegais e legais	47
11	CEP – Curso de Especialização de Parteiras	48
12	Sustentabilidade no Futuro	49
13	Efeitos Negativos da Finalização do Apoio	50
14	Conclusões – um ano mais tarde	51
15	Recomendações	54
15.1	Recomendações à Asdi.....	54
15.2	Recomendações à DPSL.....	56
Anexo 1	Terms of Reference	62
Anexo 2	Bibliografia Consultada	66
Anexo 3	Pessoas Entrevistadas.....	67

Acrónimos e Abreviaturas

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
CE	Comissão Europeia
CEP	Curso de Especialização de Parteiras
CPS	Cuidados Primários de Saúde
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
DPSL	Direcção Provincial de Saúde de Luanda
DTS	Doença(s) de Transmissão Sexual
DTP	Vacina contra Difteria, Pertussis (tosse convulsa), Tétano
FMI	Fundo Monetário Internacional
IDA	International Dispensary Association (Fundação IDA)
INE	Instituto Nacional de Estatística
Kz	Kwanza, unidade monetária da República de Angola
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey
MINSA	Ministério da Saúde
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMA	Organização da Mulher Angolana
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAI	Projecto de Apoio Institucional
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PF	Planeamento Familiar
PIB	Produto Interno Bruto
PME	Programa de Medicamentos Essenciais
SMI	Saúde Materno-Infantil
SMS	Secção Municipal de Saúde
UE	União Europeia
US	Unidade de Saúde
VIH/SIDA	Virus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

Agradecimentos

Queremos agradecer a todos que deram do seu tempo para se encontrarem connosco em Luanda e responder nossas questões sobre a actual situação na área de cuidados de Saúde Materno-Infantil em Luanda. Estamos muito gratos pelas contribuições durante o processo deste estudo que se estendeu por mais de um ano.

A nossa especial gratidão vai aos quadros da Direcção Provincial de Saúde de Luanda, que nos forneceram muita informação, incluindo as suas opiniões e análises, numa discussão contínua de espírito aberto e amigável. A este grupo pertencem também todos os trabalhadores de saúde que encontramos durante as nossas visitas no terreno. O contacto com eles – mulheres e homens – fez enriquecer a nossa compreensão pela realidade bastante difícil e complexa que estes trabalhadores enfrentam no seu dia-a-dia profissional.

Kajsa Pehrsson

Kenneth Challis

Tazi Maghema

Sumário Executivo

Introdução

A presente avaliação pode ser vista como um complemento ao estudo mais amplo *Apoio Saudável? Um Estudo do Apoio Sueco à Saúde em Angola 1977–2006*, dado que focaliza a finalização dos últimos componentes do programa de apoio sueco à saúde em Angola.

O objectivo da avaliação é o estudo do processo da finalização dos projectos *a posteriori*, e os seus efeitos sobre a sustentabilidade do programa de saúde reprodutiva/SMI na Província de Luanda. O relatório concentra-se em primeiro lugar no desenvolvimento do subsector de saúde reprodutiva/SMI e a provisão de serviços depois da finalização dos projectos em questão. Resumimos as nossas constatações e conclusões um ano depois do fim do apoio sueco. Para terminar, lançamos umas recomendações que podem ser relevantes para ambas as partes que cooperaram neste programa.

A avaliação foi organizada em três etapas e os membros suecos da equipa visitaram Luanda em Abril e Novembro de 2006 e em Abril de 2007. Em Luanda os consultores suecos colaboraram com a Dra. Tazi Maghema, médica angolana especializada em Saúde Pública.

A fonte de informação mais importante é constituída pelas numerosas entrevistas com decisores e responsáveis da Direcção Provincial de Saúde de Luanda (DPSL) e com trabalhadores de saúde dos Hospitais e Centros de Saúde.

Durante a primeira visita a Luanda a equipa tentou isolar certas questões chave a serem analisadas. Uma série de indicadores foi identificada para medir os êxitos e fracassos e a sustentabilidade do sistema de saúde reprodutiva/ SMI.

Componentes do programa

Saúde reprodutiva

A taxa de mortalidade materna intrahospitalar extremamente elevada da grande Maternidade em Luanda fez abrir os olhos da Asdi e motivou a introdução do apoio à saúde materna como um novo componente do programa de apoio ao Sector da Saúde. Desde o início em 1989, o apoio foi dirigido ao órgão de coordenação CAOL (Coordenação de Atendimento Obstétrico em Luanda) que foi criado em 1990 na (então) Delegação Provincial de Saúde de Luanda.

A CAOL era, por definição, um mecanismo de coordenação da Província de Luanda com o objectivo de clarificar as funções e responsabilidades dos níveis e das US do sistema de saúde reprodutiva e, gradualmente, de reformar o sistema muito centralizado e pouco funcional. A CAOL devia desenvolver métodos para melhorar a gestão dos cuidados de saúde materna da Província. Mais especificamente tratava-se de melhorar o nível de competência médica, administrativa e técnica dos quadros angolanos. Além de coordenação, reuniões, seminários e transferência de informação, o papel da CAOL consistia também na canalização de fundos, quer provenientes do Governo angolano, quer da Asdi, às diferentes actividades e instituições pertencentes ao sistema de saúde materna da Província, mas a CAOL não devia ser activamente envolvida na provisão de serviços de saúde materna.

A reforma básica foi a construção e equipamento de salas de parto em Centros de Saúde nos nove municípios da província. A ideia era criar pequenas maternidades localizadas nas áreas suburbanas onde a maioria da população vive e, através de estas medidas, fazer aumentar o número de partos institucionais em condições seguras. Estes serviços deviam também aliviar as Maternidades no centro da cidade, que estavam superlotadas e, ironicamente, predominantemente ocupadas com partos

normais. Com o tempo a saúde materna veio a ser *saúde reprodutiva*, incluindo também serviços de planeamento familiar (PF) e, mais recentemente, aconselhamento e tratamento de mulheres grávidas infectadas pelo VIH e tratamento dos seus filhos recém-nascidos.

Saúde infantil

A CAPEL (Coordenação de Atendimento Pediátrico de Luanda) foi criada em meados dos anos noventa para melhorar a provisão de serviços de saúde infantil na Província de Luanda. A CAPEL foi inspirada no modelo da CAOL, porque os problemas dessa área eram, em parte, os mesmos que na saúde materna. Era também necessário descentralizar os serviços pediátricos através da criação de Bancos de Urgência nos municípios suburbanos e melhorar a qualidade dos serviços pediátricos em geral.

O objectivo principal do projecto de saúde infantil foi combater a mortalidade infantil, mas também melhorar a saúde infantil em geral, e, logicamente melhorar e fortalecer os cuidados pediátricos. Com unidades de pediatria nos Centros de Saúde suburbanos os pais podiam ter acesso a serviços médicos mais perto do domicílio. Um outro objectivo importante era o estabelecimento de um sistema de referência que funcionava correctamente, para aliviar a pressão sobre o Hospital Pediátrico David Bernardino no centro da cidade, que recebia centenas de crianças por dia com sintomas que não precisavam de cuidados especializados.

A CAPEL recebeu apoio quer financeiro, quer em forma de Assistência Técnica (AT) – embora muito menos que a CAOL – para implementar a formação do pessoal e para melhorar os serviços de saúde infantil em termos gerais a todos os níveis do sistema.

Formação de parteiras

O Curso de Especialização de Parteiras (CEP) iniciou as actividades em 1998 e recebeu apoio da Asdi desde o início em forma de financiamento e AT. As estudantes foram recrutadas de Luanda e outras províncias. O quarto curso terminou em finais de Abril de 2006. Durante o período estudado (2004–2007) iniciou-se o trabalho para estabelecer mais dois cursos para formação de parteiras em Malanje e Huíla, regiões em que há uma necessidade imediata de fazer aumentar o número de parteiras especializadas.

A partir do início de 2004 todo o financiamento do curso provém do Departamento de Recursos Humanos do MINSA. O CEP não teve AT durante o período estudado.

Apoio institucional

O Projecto de Apoio Institucional (PAI) está ligado à finalização do programa da Asdi. A sede do projecto era a DPSL, e o projecto servia em primeiro lugar para canalizar maiores investimentos durante a fase final.

O objectivo do projecto era expandir e fortalecer o sistema de saúde na Província de Luanda e, simultaneamente, reintegrar os diferentes projectos na organização da DPSL através da definição dos seus campos de acção. A implementação da estratégia de Melhoria de Qualidade dos Cuidados Primários de Saúde era um outro elemento chave que teve o apoio deste projecto. No quadro do apoio sueco foram definidas oito áreas de intervenção, das quais se encontravam:

- Trabalho de saúde com as Comunidades
- Formação do pessoal – Planeamento e Gestão
- Desenvolvimento do Sistema de Referência
- Laboratórios e Bio-segurança

O processo de finalização

A decisão de terminar a cooperação

Em 2003, o Governo sueco e a Asdi decidiram terminar o apoio à área de Saúde Materno-Infantil em Luanda. Esta decisão baseava-se numa análise realizada pelo Departamento de África da Asdi e o Ministério dos Negócios Estrangeiros. Na *Estratégia País de Angola* sublinhava-se não só a grande incerteza em relação à política de desenvolvimento de Angola, mas também a falta de transparência da situação financeira do estado. Todos os outros programas da cooperação bilateral já tinham sido concluídos e, assim, o governo sueco julgava que não se justificava continuar um programa bilateral de cooperação de longo prazo no Sector da Saúde. Além disso, considerava-se que os abundantes recursos naturais que o país possui deviam ser usados para a reconstrução e desenvolvimento social do país depois da guerra civil em 2002.

A decisão de terminar o apoio à saúde materno-infantil em Luanda apareceu como um raio de céu azul, quer para a Divisão da Saúde da Asdi, quer para a parte angolana. Um acordo final para o período de finalização (2004–2005) foi elaborado para entrar em vigor em 1 de Janeiro de 2004. Devido ao resultado da auditoria do programa em finais de 2003, a Asdi decidiu congelar o desembolso dos fundos e a assinatura do acordo final foi atrasada até 31 de Maio de 2004.

Objectivos da fase de finalização

O objectivo principal do projecto de saúde de Angola para 2004–2005 era de “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da província de Luanda com destaque para as mulheres e crianças”. A qualidade dos serviços existentes devia ser melhorada, como também os conhecimentos e habilidades do pessoal de saúde. A capacidade de planificação e gestão ao nível da DPSL, Secções Municipais de Saúde e Unidades Sanitárias precisavam de ser reforçadas assim assegurando a sustentabilidade das actividades de saúde.

A parte sueca também sublinhava a futura sustentabilidade dos serviços de saúde reprodutiva e infantil na província. Vários grandes investimentos estavam incluídos no programa e o acordo declara que a manutenção destes investimentos terá que ser assegurada através do orçamento da DPSL para despesas correntes.

Constatações

Actividades 2004–2006

A equipa de avaliadores pôde verificar que as actividades do dia-a-dia de todos os projectos tinham andado normalmente durante o período de finalização, à excepção dos primeiros meses de 2004 quando os fundos estavam congelados e durante os três meses de 2005 quando todos os recursos do Sector da Saúde foram mobilizados para o combate da epidemia de febre Marburg. A formação especial do pessoal dos projectos de saúde reprodutiva e infantil, cursos/*workshops* em logística e manutenção de viaturas, etc., foram implementados de acordo com os planos. Foram feitas grandes compras de medicamentos e equipamento, como por exemplo cinco ambulâncias que ainda não tinham sido entregues na altura da primeira visita em Abril de 2006.

Orçamento de saúde para Luanda

Em 2006 foi praticamente impossível de conseguir informação exacta sobre o orçamento de saúde na província e todas as entrevistas nos Centros de Saúde revelaram uma situação financeira bastante desesperada. Todos os meios e métodos foram usados para assegurar a provisão de serviços à população. Em 2006 os Centros de Saúde não tinham nenhum orçamento para despesas correntes, e a única contribuição do governo provincial, através da DPSL, foi o pagamento dos salários do pessoal. Os salários permanecem baixos, embora uma reforma salarial foi elaborada mas ainda não implementada. Os salários são ainda hoje pagos com um ou vários meses de atraso, o que continua causar problemas tanto

entre os trabalhadores de saúde como entre os doentes, porque esta situação faz com que seja difícil de erradicar o sistema das *gasosas*, ou seja as cobranças ilegais que os pacientes são obrigados a pagar ao pessoal para serem atendidos, embora o parto e a saúde infantil são gratuitos segundo a Lei.

Em 2006, quer a direcção da DPSL, quer os directores dos Hospitais e Centros de Saúde estavam à espera de um orçamento descentralizado a partir de 2007, mas não havia informação concreta sobre a implementação de tal reforma. Em 2007, porém, a reforma orçamental foi lançada e fundos foram alocados às administrações municipais que são responsáveis pelos Centros de Saúde. Isto é, provavelmente, um dos factores principais para assegurar a sustentabilidade dos serviços descentralizados de saúde materno-infantil, com as pequenas salas de parto e os Bancos de Urgência de saúde infantil.

Sustentabilidade institucional

Durante muito tempo a CAOL e a CAPEL funcionavam como projectos ao lado da DPSL, que era um factor de risco do ponto de vista de sustentabilidade. Desde Abril de 2006 estes dois projectos não existem, mas permanecem como órgãos de coordenação dentro da DPSL. As ex-coordenadoras de CAOL e CAPEL continuam o seu trabalho no seio da DPSL. Comparado à situação de bastante estresse em Abril de 2006, pouco tempo depois da retirada da Asdi e a consultora InDevelop, a nossa impressão um ano mais tarde é bastante positiva e as actividades da DPSL parecem decorrer de uma forma totalmente normal.

A partir de 2004 o curso de formação de parteiras, o CEP, continua funcionando com financiamento do Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde (MINSa) e faz parte da instituição reorganizada de formação profissional, Escola Técnica Profissional de Saúde de Luanda. O CEP nunca foi dependente da DPSL, mas surgiu no quadro do apoio à saúde materna e os esforços de reduzir a mortalidade materna na Província.

Provisão de serviços

Dado a qualidade questionável dos dados estatísticos não é possível dar uma imagem muito precisa do número de partos em Luanda. É natural que não há dados fiáveis dos partos domiciliários, porque as famílias nem sempre registam os seus filhos imediatamente depois do nascimento. Mortes infantis podem também ocorrer sem serem registadas. Dos dados recolhidos pela DPSL podemos, porém, concluir que os partos institucionais aumentaram consideravelmente durante o período 1999 a 2006, embora pareça que o número de partos nas salas de parto dos Centros de Saúde tenha diminuído.

Da informação recolhida do nosso trabalho de campo podemos também concluir que as salas de parto dos Centros de Saúde são claramente subutilizadas apesar do crescimento populacional na Província. Não temos, todavia, nenhuma explicação para esta evolução. Não há nenhuma tendência particularmente negativa em relação à qualidade dos cuidados prestados. Uma razão plausível pode ser os preços cobrados nas US, ou seja as “cobranças anárquicas” (*gasosas* na linguagem popular), cuja existência pudemos confirmar em vários casos. Uma outra razão para não utilizar os serviços disponíveis é, naturalmente, o acesso difícil em termos de distância e transporte.

Mortalidade materna

A razão para apoiar a saúde materna em Luanda foi a promoção de partos seguros, como uma medida para reduzir o número de mortes maternas quer nos partos domiciliários, que nos institucionais/hospitalares. Quando se iniciou o apoio à CAOL em princípios dos anos noventa estimava-se que a taxa de mortalidade materna intrahospitalar rondava 1.010 mortes por 100.000 nados vivos nas duas grandes Maternidades em Luanda (1991). O objectivo principal definido pela CAOL era a redução da mortalidade materna para 400 por 100.000 nados vivos. Os dados recolhidos demonstram uma evolução positiva no sentido de a taxa de mortalidade materna intrahospitalar em Luanda é hoje mais baixa que em princípios dos anos noventa, mas o número de mortes maternas registadas continua extremamente elevado.

Um dos principais problemas ao longo dos anos tem sido a redução da mortalidade materna nos Hospitais de Referência de 3.º nível. Na identificação de medidas a mais importante foi a necessidade de reverter a situação das grandes Maternidades para que estas, em vez de receber uma maioria de partos normais, começassem a concentrar os seus recursos nos partos de alto risco. Esta evolução tem sido muito lenta, em parte porque estas Maternidades estão situadas no centro da cidade e encontram-se sob pressão de uma grande parte da população em Luanda.

Cuidados pré-natais e planeamento familiar

O investimento nos cuidados pré-natais e PF foi uma das estratégias iniciais para melhorar a saúde materna e, como resultado esperado, reduzir a mortalidade materna. Segundo as estatísticas à disposição o número de consultas pré-natais têm aumentado por cada ano, mas a cobertura continua demasiado baixa.

Os serviços de PF funcionam em todos os Centros de Saúde visitados. O número de consultas tem, no entanto, diminuído e não há nenhuma explicação clara deste facto. O pessoal que trabalha na área da saúde reprodutiva julga que as atitudes do povo angolano são extremamente pró-natalistas, o que também se reflecte no crescimento populacional muito elevado. De acordo com um levantamento estatístico realizado em 2003 a taxa média de fertilidade é de 7 filhos nados vivos por mulher.

Saúde infantil

Se podemos dizer que as salas de parto nos Centros de Saúde estão subutilizadas, certamente não é o caso das secções de pediatria dos Centros. Devem funcionar como banco de urgência 24/24 horas e estão geralmente superlotadas. Os serviços pediátricos são os mais procurados de todos os serviços de saúde pela simples razão que as crianças adoecem frequentemente, sendo a malária e as infecções respiratórias e diarreicas as doenças mais frequentes.

No seu Relatório Anual de 2006, a DPSL apresenta uma estimativa da população em idades de 0–14 anos em 2.285.000. As crianças de 1–4 anos predominam (38,6%) nos serviços de pediatria, enquanto as crianças com menos de um ano de idade (752.396) são levadas por seus pais ao Centro de Saúde para controlo de peso, imunização, etc.

Os serviços pediátricos, tal como o resto do sistema de saúde, é gerido e sustentado por enfermeiras e enfermeiros. Durante a existência do projecto CAPEL fez-se um esforço bastante grande para formar este pessoal de acordo com a metodologia AIDI (Assistência Integrada às Doenças da Infância) e hoje há um quadro de enfermeiras/enfermeiros formados nos Centros de Saúde da Província.

Conclusões um ano depois da finalização

Desempenho responsável da DPSL

A conclusão mais importante, e muito positiva, é que no nosso entender a DPSL assumiu a responsabilidade de continuar o trabalho e defender as realizações alcançadas durante os mais de dez anos com a CAOL e a CAPEL e a cooperação sueca. Nunca, até hoje, houve tantos recursos para os serviços de saúde. Os serviços não sofreram colapso, antes pelo contrário.

Integração

Os anteriores projectos CAOL e CAPEL foram (re)integrados na estrutura da DPSL de forma bem sucedida. Em vez de, de certa forma, funcionar como corpos separados, hoje os seus recursos humanos e materiais novamente fazem parte do programa de CPS com o sub-programa de SMI. Isto significa que os efeitos positivos do longo período de trabalho nos projectos CAOL e CAPEL, com o reforço da capacidade institucional, formação de categorias de pessoal chave, monitoria de qualidade e supervisão, influência nas atitudes do pessoal, etc. vão permanecer como qualidades e benefícios que possam ter um impacto em todas as US da província.

Reforma orçamental – importante passo avante

Visto que a parte angolana tinha acordado garantir a sustentabilidade do programa depois da finalização do apoio externo a fase do último acordo com a Suécia estava cheia de incertezas. A DPSL, como organismo responsável, não teve êxito nas negociações orçamentais em 2005 para garantir recursos do Governo Provincial e durante 2006 a DPSL ainda não tinha resposta do governo sobre a descentralização do orçamento para evitar a degradação das actividades da área de SMI que estavam a funcionar relativamente bem. Por isso, a reforma orçamental é a contribuição mais importante para a sustentabilidade institucional.

Sustentabilidade numa perspectiva de longo prazo

Embora estejamos bastante bem impressionados com a evolução na área saúde reprodutiva e infantil, achamos cedo demais julgar se a DPSL será capaz de continuar a desenvolver o acesso aos serviços de saúde em termos gerais, e também da qualidade dos mesmos, e mais especificamente os serviços de saúde materno-infantil. A continuação desta evolução positiva só será possível com um forte apoio político para que os recursos possam ser garantidos para a província mais populosa do país. Mas é também preciso fortalecer a capacidade de gestão a todos os níveis para implementar as reformas tão necessárias.

Aviso com prazo demasiado breve, período de finalização demasiado breve

A decisão sueca, tomada pelo Ministério dos Negócios Estrangeiros e pela Asdi, de terminar o apoio à saúde materno-infantil em Luanda parece bastante improvisada e nem muito bem fundamentada, nem muito bem planeada. Eram poucas pessoas em Luanda que dispunham de informação sobre o fim da cooperação.

Julgamos que a DPSL conseguiu adaptar-se à mudança de cenário e tomar a responsabilidade para reintegrar os ex-projectos na organização provincial. Isto aconteceu contra as expectativas, porque a finalização foi anunciada em cima da hora e, segundo o plano, devia ser concluída em dois anos.

A finalização – uma acção correcta ou não?

Embora tenhamos concluído que os serviços de SMI em Luanda não sofreram colapso depois do fim do apoio financeiro e técnico através da Asdi, queremos todavia levantar a questão se foi justificado ou não terminar este programa. Vários factores indicam que a cooperação poderia ter continuado, provavelmente em formas modificadas e sob a orientação da própria DPSL, sobretudo porque as condições de trabalho melhoraram a partir da paz em 2002. A base de cooperação sem dúvida mudou para melhor em muitos aspectos. Não conseguimos encontrar sinais de diálogo entre as partes ou uma análise de prós e contras de continuação ou finalização do apoio o que faz com que esta decisão pareça pouco objectiva e baseada em evidência.

Recomendações à Asdi

- Uma recomendação séria à Asdi e ao governo sueco é de retomar o apoio à SMI em Angola no quadro da chamada *cooperação selectiva*. Os seus objectivos e metas devem ser identificados e analisados pela parte angolana que hoje é muito consciente dos recursos existentes na Suécia nas áreas de saúde reprodutiva e infantil.
- Na cooperação para o desenvolvimento da Suécia há limitada experiência de finalizar programas ou projectos. Existem, no entanto, alguns exemplos que possam ser estudados. Uma das lições é que *a finalização leva o seu tempo*. No caso angolano, a Asdi não tinha uma estratégia elaborada para a finalização dos projectos e quando, finalmente, se iniciou o processo de planeamento em Luanda depois de vários meses de atraso tratava-se mais de planear a utilização do orçamento acordado do que discutir e analisar a situação pós-cooperação. É, portanto, uma recomendação séria à Asdi de aprender a lição deste caso e de outros casos anteriores da história da cooperação para o desenvolvi-

mento. A Asdi terá que *analisar os seus métodos de finalização* e formular directrizes para gerir as diferentes situações de finalização de programas/projectos, independentemente de se tratar de situações controladas ou situações de emergência.

- O motivo da parte sueca para pôr termo à cooperação bilateral com Angola parece ter sido puramente político. Mas, mesmo assim, a parte sueca teria necessitado fazer uma certa *auto-reflexão* para analisar as frustrações por trás a decisão tão drástica e rever as quase três décadas de cooperação bilateral com Angola. Estes trinta anos estavam cheios de dificuldades e insucessos e, apesar de boa vontade e esforços, os objectivos declarados não foram atingidos. Esta experiência angolana nunca foi analisada a fundo pela Asdi, mas apesar disso parece ter influenciado a decisão de a Asdi finalmente se retirar também do subsector de SMI, em que, no final das contas, os resultados foram bastante positivos considerando as condições adversas. Há, portanto, razão para que a Asdi analise o seu próprio papel em Angola e esta reflexão pertence a qualquer decisão de retirada de uma longa parceria de cooperação. Esta análise deve também ser levantada para discussão com o respectivo governo para que os motivos possam ser compreendidos – e abertamente questionados – pelo outro parceiro.

Recomendações à DPSL

- Para evitar *falhas de informação*, e para facilitar a gestão do novo sistema descentralizado, é preciso melhorar o contacto com as US e elaborar relevante documentação (manuais, folhetos informativos de distribuição regular, etc.). Os quadros da DPSL em posição de responsabilidade terão que controlar que toda a informação importante, por exemplo sobre orçamento e questões administrativas, passa das SMS para todas as US. Será necessário organizar acções de formação em administração e gestão, e reciclagem com certos intervalos, para fortalecer o nível municipal e tanto as SMS como as US precisam de computadores (incluindo formação) para conseguir desempenhar as suas tarefas de acordo com a nova descentralização de responsabilidades.
- *Trabalhadores de saúde com formação especializada*, por exemplo em saúde reprodutiva ou pediatria, são às vezes mudados para outras áreas e assim a sua competência especial já não serve para o programa de saúde reprodutiva/SMI. É uma forte recomendação que estas medidas sejam abandonadas, para que o pessoal especializado possa continuar a trabalhar na área em que a sua formação e experiência profissional pode fazer uma diferença qualitativa.
- Com a enorme pressão sobre umas partes do sistema de saúde, por exemplo os cuidados pediátricos a todos os níveis e as grandes Maternidades, vai levar várias gerações até o sistema de saúde de Luanda ter capacidade para responder às necessidades dos cidadãos. Por isso, será preciso *investir em prevenção* como uma medida imediata. O PAV não funciona com suficiente eficiência para captar todas as crianças e mulheres grávidas. É por isso muito importante que a DPSL elabore novos métodos para conseguir chegar até às comunidades. Educação para a saúde com equipas móveis e com técnicas de comunicação informais e atractivas tem que ser lançada. É escusado dizer que outras línguas além do português terão que ser utilizadas de acordo com a audiência. Deve-se estabelecer colaboração com organizações da sociedade civil para atingir as famílias na sua comunidade local.
- Os obstáculos económicos, tais como as *gasosas* e a venda de medicamentos essenciais, luvas e outros gastáveis, funcionam como efectivas barreiras para os pobres poderem utilizar os serviços de saúde que existem e esta situação tem que ser levada muito a sério pela DPSL. Não é suficiente criar normas e regras a ser seguidas; é preciso estabelecer um sistema de sanções, e estas terão de ser enforçadas e monitoradas. E não é suficiente que os trabalhadores conheçam estas normas éticas; as/os utentes dos serviços de saúde devem também receber a devida informação. É preciso informar amplamente que os cuidados pré-natais e o parto, como também os cuidados infantis e as vacinações, são direitos gratuitos do cidadão.

- A distribuição e controlo de *medicamentos vitais para a sobrevivência* de adultos e crianças, tais como ocitocina, antibióticos, hemacel, diazepam e outros, têm que ser analisados pela secção de SMI da DPSL, porque é evidente que estes medicamentos muitas vezes estão em falta nas salas de parto ou existem em quantidades limitadas. Pode tratar-se de um problema de informação, visto que algumas das pessoas entrevistadas nos Centros de Saúde alegavam não compreender a razão da falta de medicamentos e só sabiam que CAOL e CAPEL não existiam mais. Um controlo regular de gastáveis é também necessário para evitar faltas ou para realocar gastáveis (ou medicamentos) entre as US.
- Para que *os partos sejam seguros é urgente criar um banco de sangue* para servir todos os Hospitais em Luanda. Este é um dos problemas mais sérios que terá de ser analisado e resolvido pela DPSL em colaboração com o MINSA e o Centro Nacional de Sangue. Todos os Hospitais têm que ter um stock permanente de sangue, porque o transporte de sangue de um banco central não é realista por causa da situação caótica de trânsito na cidade e nos arredores de Luanda. Outros factores que salvam vidas são as *ambulâncias e a comunicação via rádio*. As ambulâncias têm de ter manutenção regular e sempre estar em ordem e o sistema de rádio tem que ser reestabelecido para pôr o sistema de referência a funcionar melhor.
- Queremos fazer uma forte recomendação de se implementar *auditorias regulares das mortes maternas* ocorridas em todos os Hospitais com maternidade (incluindo a Maternidade Lucrecia Paím). Estas auditorias devem ser dirigidas por um médico angolano sénior e respeitado, que também poderia ser instrumental no desenvolvimento de estratégias para combater os números elevados de mortes maternas intrahospitalares na Província de Luanda.
- *A questão complexa do aborto* tem que ser abordada e de alguma forma ser integrada na área de saúde reprodutiva. Os abortos ilegais ainda contribuem para muitas das mortes maternas. Um medicamento muito potente de acção abortiva é abertamente vendido em Luanda. Os comprimidos normalmente não matam uma mulher grávida, mas há outros métodos que matam. Todos os dias entram jovens nos Hospitais que tentaram provocar um aborto. É, portanto, necessário desenvolver uma estratégia para tratar o aborto como um problema de saúde reprodutiva. Os serviços de PF precisam de ser reforçados, a educação sexual tem que ser introduzida nas escolas e, finalmente, é preciso tentar criar uma atitude mais liberal e humana perante o aborto quando é julgado relevante.
- Durante bastante tempo a UNICEF e a CAOL fizeram esforços para identificar e formar as chamadas *parteiras tradicionais*. Os cursos de superação foram curtos e muito elementares, tendo como objectivo principal ensinar as mulheres a identificar grávidas de risco obstétrico e de melhorar as condições higiénicas durante o parto domiciliário. Hoje o programa de saúde materna não tem nenhum contacto organizado com as parteiras tradicionais na província. O CEP costuma convidar grupos de parteiras tradicionais ao seu curso para que as estudantes possam ouvir as experiências de elas e também para as dar uns conhecimentos básicos. Mas visto que os milhares de mulheres grávidas que não chegam até os Centros de Saúde costumam ser assistidas por uma mulher conhecida durante o parto, o tempo é oportuno para identificar e entrar em contacto com as parteiras tradicionais para as integrar no sistema. Recomenda-se, portanto, que o programa SMI da DPSL faça um inventário das parteiras tradicionais activas na província, iniciando um diálogo com elas para identificar as suas capacidades como também as suas necessidades de formação. Elas podem servir como um elo importante entre as comunidades e os serviços de saúde. As parteiras tradicionais podem, igualmente, ajudar com informação sobre as características e resultados de partos domiciliários e, sobretudo, sobre as preferências das mulheres grávidas no que se refere ao parto.
- A actividade de *testagem de VIH e o aconselhamento* tem que ser reforçada para que mais mulheres e os seus parceiros possam ser testados através das estruturas da saúde materna. O tratamento de mulheres, homens e crianças infectados pelo vírus VIH tem que ser visto como um direito humano e

todos os cidadãos terão que ser elucidados para compreender isso. É a única atitude que pode fazer com que a prevalência de VIH diminua numa perspectiva de longo prazo. As mensagens de sexo seguro terão que ser uma questão de máxima prioridade nas US que trabalham com PF e educação sexual para adolescentes. O sistema de saúde não pode trabalhar com antolhos numa situação em que o comportamento sexual está rapidamente a mudar entre os jovens sobretudo no meio urbano, quando a prostituição está crescendo dramaticamente e a educação sexual nas escolas é muito pobre ou não existe.

- O *planeamento familiar* deve também ser um direito humano, baseado numa atitude humana. Visto que o número de consultas de PF está diminuindo, a questão deve ser analisada a fundo pela DPSL para encontrar métodos de comunicação da mensagem para captar novos grupos. O que hoje se chama PF tem que ser reformulado em saúde reprodutiva e interpretada como uma das várias medidas necessárias para garantir a sobrevivência das mães.
- Dado que a falta de *manutenção e reparação* de ambulâncias e outras viaturas, geradores e todo o tipo de equipamento médico-hospitalar é um dos maiores problemas identificados pelas US, e na realidade uma das causas que contribui para os números lamentáveis de mortes maternas e infantis, a DPSL tem que agarrar esta situação com toda a firmeza. Ou a DPSL põe a equipa de manutenção a funcionar, mas com um grupo de mecânicos verdadeiramente profissionais que podem circular com regularidade nos Centros de Saúde e Hospitais sob a responsabilidade da DPSL, ou cada Centro e Hospital tem que receber um orçamento suficientemente generoso para resolver os problemas de manutenção através de oficinas locais ou outras empresas.
- Para todos os propósitos – teóricos e práticos – é urgente melhorar a *qualidade das estatísticas* do sistema de saúde. A DPSL não vai conseguir acompanhar a utilização do orçamento ou, mesmo, fazer a análise mais simples da produtividade do sistema de saúde em base de estimativas custo/caso/tratamento. Assim, a qualidade das estatísticas está fortemente ligada à reforma orçamental. Este facto deve ser suficiente motivo para recrutar mais técnicos de estatística para o Departamento de Planeamento da DPSL e, além disso, implementar uma formação bem planeada para as US, por exemplo organizada em colaboração com o INE.

Os relatórios de estatística não constituem somente instrumentos de trabalho para o nível central (DPSL) mas também para as US. Servem de retro-informação e informação sobre tendências de provisão de serviços, etc., do sistema. Embora o relatório da DPSL de 2006 seja incompleto e com vários pontos de interrogação sobre o conteúdo estatístico é uma publicação feita com consciência e parcialmente de bastante interesse. No futuro este tipo de relatórios deve ser redigido de uma forma para que seja acessível para um público mais amplo e não somente para os decisores de alto nível. Deve ser generosamente distribuído aos trabalhadores de saúde, à ONGs e outros grupos da sociedade civil, aos meios de comunicação social, etc. A administração pública tem a obrigação perante os cidadãos de fornecer informação fiável e isenta sobre a situação de saúde e provisão de serviços na província e de responder às perguntas dos cidadãos.

1 Introdução

Através da Agência Sueca de Cooperação para o Desenvolvimento Internacional, ou seja a Asdi, o Governo sueco apoiou o Sector da Saúde em Angola durante mais de trinta anos. Inicialmente, o programa teve um carácter nacional e multifacetado, mas a partir dos inícios dos anos 1990, quando a guerra civil mais uma vez intensificou depois das eleições em 1992, foi acordado que o programa de cooperação se devia concentrar à Província de Luanda e somente prestar apoio à Saúde Materno-Infantil (SMI) e à formação de parteiras.

Em 2006 foi realizado um estudo abrangendo todo o apoio sueco ao Sector da Saúde 1977–2006 (*Pehrsson et al., Apoio Saudável? Um Estudo do Apoio Sueco à Saúde em Angola 1977–2006. Sida Evaluation 2008:05.*) A presente avaliação pode, portanto, ser vista como um complemento ao estudo mais amplo, dado que focaliza a finalização dos últimos componentes do programa de apoio sueco.

O período de *phasing-out*, que na realidade foi um período de finalização, estendeu-se por dois anos sob o último acordo específico entre a Asdi e o Ministério de Saúde (MINSa) de Angola. Depois de uma auditoria do Programa de Saúde efectuada em Outubro/Novembro de 2003 a Asdi, no entanto, decidiu adiar a assinatura do acordo específico que devia entrar em vigor em 1 de Janeiro de 2004 e reter o desembolso de fundos para o programa em curso. A consequência foi praticamente a suspensão do programa, com excepção do Curso de Especialização de Parteiras (CEP), que conseguia continuar as actividades graças ao apoio activo do Departamento de Recursos Humanos e o financiamento através do MINSa.

O acordo foi, finalmente, assinado em 31 Maio de 2004. Em consequência, o previsto período de finalização só teve início em 1 de Junho de 2004 e devia terminar em 31 de Dezembro de 2005. O contrato com a empresa consultora sueca InDevelop foi renovado para o mesmo período (8 de Junho 2004 a 31 de Dezembro de 2005).

2 Objectivo e Âmbito da Avaliação

Esta avaliação não focaliza o próprio processo técnico da finalização do apoio sueco como tal, mas os seus possíveis efeitos sobre a sustentabilidade das instituições e componentes do Sector da Saúde apoiados pela Asdi. (Para os Termos de Referência do estudo, vide *Anexo 1.*) O relatório descreve as acções quer da parte angolana, quer da parte sueca, e focaliza o desenvolvimento do subsector de SMI e a provisão de serviços durante e depois do período da finalização. Condensamos a informação colhida pela equipa e apresentamos as nossas constatações e conclusões um ano depois do fim do apoio sueco. Para terminar, lançamos umas recomendações que possam ser relevantes para ambas as partes.

3 Método e Limitações

3.1 A equipa

A equipa é composta por três consultores. A chefe da equipa, Sra. Kajsa Pehrsson, é uma avaliadora experiente com vários trabalhos em Angola e outros países africanos. O obstetra, Dr. Kenneth Challis, tem também uma vasta experiência de países em vias de desenvolvimento e participou numa anterior avaliação do programa SMI encomendada pela Asdi e realizada em 2003. Em Luanda os consultores suecos colaboraram com a Dra. Tazi Maghema, médica angolana especializada em saúde pública. Ambos os consultores suecos dominam a língua portuguesa.

3.2 Questões metodológicas

A avaliação foi organizada em três etapas, quer dizer com três viagens a Luanda para trabalho de campo:

- 4–11 de Abril de 2006, imediatamente depois do fim do apoio sueco;
- 24–29 de Novembro de 2006, e
- 18–25 de Abril de 2007, quer dizer praticamente um ano depois do fim do apoio sueco ao SMI em Luanda.

A equipa teve acesso à documentação mais recente sobre o programa, tais como documentos de projecto e relatórios anuais, mas havia pouca documentação sobre o próprio processo de finalização, além da Estratégia País de Angola da Asdi, que define a finalização do programa de cooperação bilateral com Angola, e alguns documentos de planeamento elaborados em 2004. (Para uma breve lista de referências bibliográficas, vide *Anexo 2*.)

A fonte de informação e base de análise mais importante são as numerosas entrevistas com decisores e responsáveis da Direcção Provincial de Saúde de Luanda (DPSSL), incluindo as duas anteriores coordenadoras da Coordenação de Atendimento Obstétrico em Luanda (CAOL) e Coordenação de Atendimento Pediátrico de Luanda (CAPEL) e o coordenador do Projecto de Apoio Institucional (PAI) que foram os projectos principais. O Vice Ministro da Saúde foi também entrevistado em duas ocasiões. Além destes decisores e responsáveis a nível central tivemos a oportunidade de nos reunir com as responsáveis do Curso de Especialização de Partejas (CEP), com vários directores de Hospitais e Centros de Saúde e, ainda, com um grande número de trabalhadores de saúde. As entrevistas foram semi-estruturadas ou mais improvisadas, dependendo da situação de trabalho de cada pessoa. (As visitas aos Hospitais e Centros não foram previamente avisadas.) Houve também algumas oportunidades de falar improvisadamente com pacientes nas Unidades de Saúde visitadas.

Foram igualmente entrevistados representantes da UNICEF e da Comissão Europeia. Alguns oficiais da Asdi foram entrevistados em Estocolmo e em Luanda durante a primeira etapa da avaliação. As pessoas chave em Luanda foram entrevistadas em todas as três ocasiões. (Para uma lista das pessoas entrevistadas, vide *Anexo 3*.)

A equipa fez bastantes esforços para recolher estatísticas gerais de saúde e mais especificamente dados relevantes do subsector de saúde reprodutiva/SMI. Os Termos de Referência sugerem a utilização de inquéritos/levantamentos como método de recolha de dados, e admitimos que este método teria sido de bastante utilidade para analisar a qualidade dos serviços prestados pelas US e como os beneficiários foram afectados pelo fim do apoio externo. Sendo, no entanto, qualquer inquérito ou levantamento um método bastante moroso, tivemos que desistir de o aplicar, e optámos, portanto, por confiar nas entre-

vistas e no estudo crítico dos documentos disponíveis, sobretudo porque a experiência indica que as estatísticas podem ser de qualidade pouco fiável.

Em Abril de 2006 identificámos alguns Hospitais e Centros de Saúde representativos, tencionando acompanhar a evolução durante todas as três visitas. Todos estes Centros de Saúde fizeram parte do projecto SMI financiado pela Asdi e os Hospitais tiveram também apoio com equipamento, formação de médicos, enfermeiras e parteiras, etc. As seguintes US foram visitadas uma, duas ou três vezes:

- Centro de Saúde Ana Paula no município de Viana (visitado em Abril e Novembro de 2006 e Abril de 2007);
- Centro de Saúde da Ilha de Luanda no município da Ingombota (visitado em Abril e Novembro de 2006 e Abril de 2007);
- Centro de Saúde Hoji ya Henda no município do Kazenga (somente visitado em Novembro de 2006);
- Centro de Saúde Asa Branca/Kazenga Popular no município do Kazenga (somente visitado em Novembro de 2006);
- Centro de Saúde Terra Nova no município do Rangel (somente visitado em Abril de 2007);
- Hospital dos Cajueiros no município do Kazenga (visitado em Abril e Novembro de 2006 e Abril de 2007);
- Hospital do Kilamba Kiaxi no município do Kilamba Kiaxi (visitado em Abril de 2006 e 2007)
- Hospital Geral de Luanda (Camama) no município do Kilamba Kiaxi (somente visitado em Novembro de 2006)
- Hospital Geral Especializado Augusto N'Gangula (maternidade com uma nova ala de pediatria; visitado em Abril e Novembro de 2006 e Abril de 2007) no município da Ingombota;
- Maternidade Lucrécia Paím (visitado em Abril e Novembro de 2006 e Abril de 2007) no município da Ingombota;
- Hospital Pediátrico David Bernardino no município da Ingombota (visitado em Junho 2006 e Abril de 2007).

Durante a estada em Luanda, a equipa tentou manter o contacto com os responsáveis da DPSL para os comunicar as informações recolhidas, controlar dados e obter retroinformação sempre que possível.

3.3 Limitações

Uma das limitações mais graves tem sido o tempo limitado reservado para esta avaliação. A ideia de se fazer uma avaliação por três etapas estendida durante um ano inteiro é, sem dúvida, interessante, mas tal método necessita de mais tempo do que foi dado à equipa. Concluímos a avaliação com uma certa sensação de frustração, especialmente porque as relações e discussões em Luanda tenderam a se tornar mais abertas e sinceras no fim do nosso trabalho, quando fomos obrigados a terminar a nossa tarefa.

O objectivo de regressar três vezes às mesmas US para estudar a evolução ao longo do primeiro ano sem apoio infelizmente não foi atingido. A comparação desejada não é, por conseguinte, tão sistemática como previsto. Deslocar-se em Luanda consome hoje cada vez mais tempo, independentemente da hora do dia. Mesmo com um condutor muito experiente e conhecedor dos caminhos a todas as US envolvidas no programa, a equipa foi obrigada a gastar horas a fio em engarrafamentos de trânsito no

centro da cidade e enormes bichas de carros nas estradas suburbanas. Em Abril de 2007 as chuvas fizeram muitas das estradas intransitáveis. Estes obstáculos práticos impossibilitaram a realização do programa de trabalho de campo de acordo com o plano e por isso a equipa falhou em repetir as visitas às mesmas US.

Todos os níveis do sistema de saúde reprodutiva/SMI são representados neste estudo, quer dizer o nível primário de Centro de Saúde, com cuidados pré-natais, sala de parto e Banco de Urgência de pediatria; o nível secundário de Hospital de Referência com maternidade, bloco operatório e Banco de Urgência de pediatria e, finalmente, as duas Maternidades especializadas e os Hospitais Pediátricos (nível terciário).

Além do apoio às US e DPSL, o programa financiado pela Asdi também incluía um curso de formação de enfermeiras para obter competência de parteiras especializadas (CEP). A equipa só teve oportunidade de visitar o CEP em Abril e Julho de 2006. Uma breve entrevista com a coordenadora do curso teve lugar no MINSA em Abril de 2007.

Em Novembro de 2006 não havia relatórios semestrais dos Hospitais e Centros de Saúde, mas em Julho de 2007, depois da última viagem a Luanda, a equipa teve acesso à uma primeira versão relativamente completa do relatório estatístico anual da DPSL do ano 2006, o que realmente veio a facilitar a nossa análise. Não foi, porém possível obter dados desagregados de cada US como esperado, e esta lacuna dificulta a análise do desempenho das diferentes unidades e como possíveis problemas locais possam ser reflectidos na provisão de serviços às diferentes categorias de pacientes.

A falta de informação dos beneficiários é uma limitação bastante importante ao avaliar este tipo de programa. Existem poucos dados, porque a maioria dos relatórios e documentos de planeamento partem da perspectiva do especialista técnico em que os beneficiários normalmente estão ausentes. Somente encontramos uma publicação recente de um projecto de investigação realizado pelos médicos Dr. Vita Vemba e Dra. Isilda Neves, ambos com cargos de chefia da DPSL, sobre barreiras socioeconómicas e culturais à utilização dos serviços obstétricos em alguns municípios da Província de Luanda. Neste livro podemos ouvir as vozes das mulheres grávidas, das parteiras tradicionais e dos trabalhadores da saúde a nível da comunidade.

Por causa do tempo limitado para realizar esta tarefa com Termos de Referência quer ambiciosos, quer complexos, os consultores não pretendem dar uma apresentação científica da situação da saúde reprodutiva/SMI antes e depois do fim do apoio sueco. Considerando as circunstâncias, só podemos fazer o possível combinando as nossas fontes de entrevistas, observação e “números frios” para a análise.

3.4 Falta de dados demográficos

Uma das questões mais problemáticas ao analisar os serviços de saúde em Luanda é a falta de dados demográficos. Durante a guerra a Província tem recebido um número muito grande de refugiados e a migração para Luanda não parou depois do estabelecimento da paz em 2002. Não há nenhum censo populacional desde o tempo colonial, e os dados utilizados para fins de planeamento etc. são baseados nas estimativas do Instituto Nacional de Estatística (INE).

Neste relatório usamos as estimativas que aparecem no relatório estatístico anual de 2006 da DPSL, nomeadamente 5.391.394 habitantes, que se baseia no estimado crescimento natural da população da Província. Queremos, no entanto, sublinhar que a maior parte dos dados estatísticos apresentados no relatório não são totalmente fiáveis. Estatísticas dos Hospitais e Centros de Saúde muitas vezes são incompletas e podem também ser bastante confusas, porque poucos trabalhadores de saúde têm suficiente formação para produzir sequer estatísticas bastante simples. Dados estatísticos são principalmente utilizados para indicar tendências, e não situações reais, e devem portanto ser levados com uma pitada de sal.

Fig. 1. Província de Luanda e os seus nove municípios

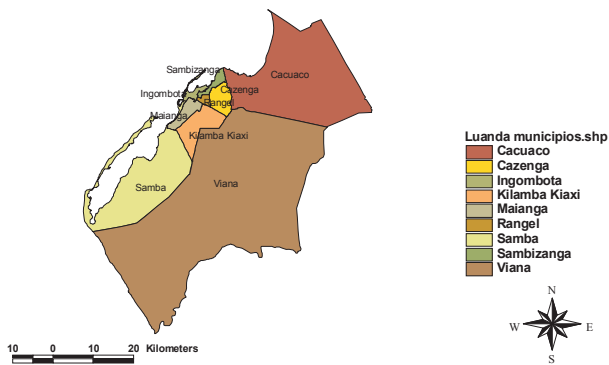
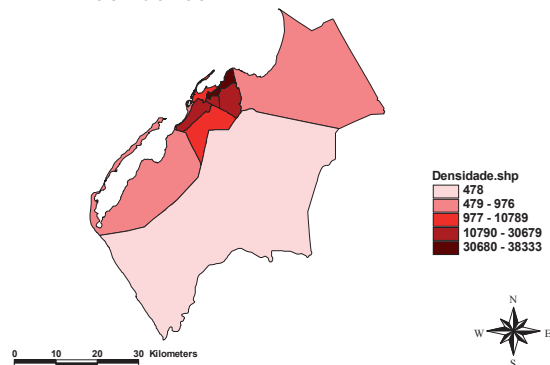


Fig. 2. Densidade populacional dos municípios de Luanda



Fonte fig. 1 e 2: Relatório estatístico anual 2006. DPSL, 2007.

Por causa da falta de dados demográficos não foi possível definir a cobertura de cada US pertencendo à rede de serviços públicos de saúde, o que de certa forma torna a nossa análise bastante incerta. Mas combinando as estimativas dos diferentes relatórios produzidos por instituições em Luanda com o material recolhido através das entrevistas de administradores e trabalhadores de saúde estamos convencidos de ter uma ideia razoável da evolução depois do fim do apoio sueco.

É, finalmente, importante notar que esta avaliação só inclui as US do sistema público de saúde, ou seja as unidades que se encontram sob a responsabilidade da DSPL.

4 Componentes do Programa

4.1 Saúde reprodutiva

Foi a extremamente elevada taxa de mortalidade materna institucional (ou intrahospitalar) que fez abrir os olhos da Asdi e que motivou a introdução do apoio à saúde materna no quarto acordo específico com o MINSa (1989–1992) sobre o apoio ao Sector da Saúde em Angola. Desde o início, este programa estava limitado à Província de Luanda, embora os fundos do então programa completo da Asdi se destinavam a vários programas de âmbito nacional geridos pelo MINSa. Foi sobretudo a situação dramática de mortes maternas no Hospital maior e, teoricamente, mais especializado, a Maternidade Lucrecia Paím, que fez abrir os olhos da Asdi e motivou a introdução de saúde materna como um novo componente no programa.

Inicialmente o apoio foi dirigido ao órgão de coordenação CAOL (Coordenação de Atendimento Obstétrico em Luanda) que foi criado em 1990. A CAOL estava integrada na (então) Delegação Provincial de Saúde de Luanda e era dirigida pelos obstetras mais competentes e outros quadros de chefia. À CAOL pertencia também um grupo de representantes interessados (*stakeholders*) importantes, como por exemplo a Organização da Mulher Angolana (OMA), a UNICEF e várias ONGs.

A CAOL era, por definição, um mecanismo de coordenação da Província de Luanda com o objectivo de clarificar as funções e responsabilidades dos níveis e das diferentes unidades do sistema de saúde reprodutiva e, gradualmente, reformar o sistema muito centralizado e pouco funcional. A CAOL tinha a importante tarefa de desenvolver métodos para melhorar a gestão dos cuidados de saúde materna da Província. Mais especificamente tratava-se de melhorar o nível de competência médica, administrativa e técnica dos quadros angolanos. Além de coordenação, reuniões, seminários e transferência de infor-

mação, o papel da CAOL consistia também na canalização de fundos, quer provenientes do Governo angolano, quer da Asdi, às diferentes actividades e instituições pertencentes ao sistema de saúde materna da Província, mas a CAOL não devia ser activamente envolvida na provisão de serviços de saúde materna.

A reforma básica foi a construção e equipamento de salas de parto em Centros de Saúde nos nove municípios da Província. A ideia era criar pequenas maternidades localizadas nas áreas suburbanas/periurbanas onde a maioria da população vive e, através de estas medidas, fazer aumentar o número de partos hospitalares (institucionais) em condições seguras. É escusado lembrar que, na altura, praticamente todos os partos eram domiciliários, com ou sem a ajuda de uma parteira tradicional, de uma mulher da família, de uma vizinha, ou sem assistência nenhuma.

Com o sistema reformado, as mulheres grávidas deviam ter acesso mais fácil aos cuidados pré-natais e assim as mulheres com gravidez de alto risco obstétrico seriam detectadas e referidas do Centro de Saúde a um dos Hospitais distritais melhor equipados (Kilamba Kiayi e Cajueiros) ou, em último caso, a uma das maternidades especializadas no centro de Luanda (Lucrecia Paím ou Augusto N'Gangula). O resultado previsto não era somente reduzir o número de mortes maternas, mas também aliviar as maternidades da cidade que estavam superlotadas e, por causa de rotinas históricas e falta de outros serviços, predominantemente ocupadas com partos normais. Em princípios da década de noventa as maternidades Lucrecia Paím e Hospital Augusto N'Gangula não conseguiam controlar a situação e manter os necessários padrões de qualidade, e ainda menos trabalhar metodicamente para combater os números extremamente elevados de mortes maternas.

Com o tempo a saúde materna veio a ser *saúde reprodutiva*, incluindo também serviços de planeamento familiar (PF) para adultos e serviços separados para adolescentes, e, durante os últimos anos também aconselhamento e tratamento de mulheres grávidas com VIH e tratamento dos seus filhos recém-nascidos.

Em 1995 a Asdi optou por entregar a implementação do programa de SMI em Luanda à empresa de consultores InDevelop em regime de terciarização (*outsourcing*). CAOL e os outros componentes do programa desta forma vieram gradualmente a se tornar projectos fora da estrutura da DPSL. Os Centros de Saúde apoiados pela Asdi, que pareciam definir-se a si próprios como “pertencentes” à CAOL em vez de unidades da estrutura da DPSL, trabalharam sob condições relativamente privilegiadas em comparação com os outros Centros que não estavam incluídos no programa Asdi.

A Assistência Técnica (AT) focalizava principalmente na formação, desenvolvimento de normas, etc., com o objectivo de melhorar a qualidade em todos os aspectos dos serviços de saúde reprodutiva. O projecto encarregava-se também da importação de todo o tipo de equipamento, gastáveis e medicamentos. Durante o período de finalização o projecto teve apoio de um especialista em saúde pública do Brasil. Ao longo dos anos foi a CAOL que recebia a parte de leão dos recursos, quer financeiros, quer humanos em forma de AT.

4.2 Saúde infantil

A CAPEL (Coordenação de Atendimento Pediátrico de Luanda) foi criada em meados dos anos noventa como um órgão coordenador do subsector de saúde infantil na Província de Luanda, inspirado no modelo da CAOL, porque os problemas dessa área eram, em parte, os mesmos que na saúde materna. Era também necessário descentralizar os serviços pediátricos através da criação de bancos de urgência nos municípios suburbanos e melhorar a qualidade dos serviços pediátricos em geral. Um outro objectivo importante era o estabelecimento de um sistema de referência que funcionava correctamente, para aliviar a pressão sobre o Hospital Pediátrico David Bernardino no centro da cidade, porque o padrão se assemelhava ao das grandes maternidades. O Hospital Pediátrico recebia centenas

de crianças por dia com sintomas que na realidade não precisavam de cuidados especializados, mas os pais simplesmente não viam outra solução para as suas crianças doentes. Praticamente não existiam serviços de pediatria, quer na cidade, quer nos subúrbios, à excepção dos serviços de imunização.

Os objectivos do projecto de saúde infantil eram combater a mortalidade infantil, melhorar a saúde infantil em geral, e, logicamente, melhorar e fortalecer os cuidados pediátricos. As unidades de pediatria foram estabelecidas nos Centros de Saúde suburbanos (que também tinham sala de parto) para que os pais pudessem ter acesso a serviços médicos mais perto do domicílio.

O Hospital Pediátrico em Luanda (nível nacional) recebia também financiamento e AT. (Em 2006 um nova enfermaria pediátrica foi inaugurada no Hospital Augusto N'Gangula com financiamento do Governo angolano.)

Desde o primeiro acordo específico em 1979 o apoio ao programa de imunizações foi canalizada através da UNICEF para o Programa Alargado de Vacinações (PAV), com o objectivo de reduzir a morbilidade e mortalidade de doenças preveníveis como sarampo, tuberculose, difteria, tétano, tosse convulsa, etc.

A CAPEL recebeu apoio quer financeiro, quer em forma de AT (embora muito menos que a CAOL) para implementar a formação do pessoal e para melhorar os serviços de saúde infantil em termos gerais e a todos os níveis do sistema. A CAPEL teve, igualmente, uma médica especialista em saúde pública para prestar apoio ao projecto durante a fase de finalização do apoio da Asdi.

4.3 Formação de parteiras

O Curso de Especialização de Parteiras (CEP) iniciou as actividades em 1998 e recebeu apoio da Asdi desde o início em forma de financiamento e AT. O CEP tem quatro docentes a tempo inteiro (2006–2007) e pode também usar docentes especializados da Maternidade Lucrecia Paím e do Hospital Augusto N'Gangula e, ainda, da Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto.

As estudantes foram sempre recrutadas de Luanda e outras províncias. O quarto curso terminou em finais de Abril de 2006. Durante o período estudado (2004–2007) iniciou-se o trabalho para estabelecer mais dois cursos para formação de parteiras em Malanje e Huíla para expandir para outras regiões em que há uma necessidade imediata de fazer aumentar o número de parteiras especializadas.

A partir dos princípios de 2004 todo o financiamento do curso provém do Departamento de Recursos Humanos do MINSA. O CEP não teve AT durante o período estudado.

4.4 Apoio institucional

O PAI estava ligado à finalização do programa da Asdi. A sede do projecto era a DPSL, e o projecto servia em primeiro lugar para canalizar maiores investimentos durante a fase final.

O objectivo do projecto era expandir e fortalecer o sistema de saúde na Província de Luanda e, simultaneamente, reintegrar os outros dois projectos na organização da DPSL através da definição dos seus campos de acção. A implementação da estratégia de Melhoria de Qualidade dos Cuidados Primários de Saúde (CPS) era um outro elemento chave que teve o apoio deste projecto. No quadro do apoio sueco foram definidas oito áreas de intervenção:

- Trabalho com as Comunidades;
- Laboratórios
- Banco de Sangue

- Bio-segurança
- VIH/SIDA/DTS
- Sistema de Referência
- Planeamento e Gestão
- Formação

As áreas VIH/SIDA/DTS e Banco de Sangue foram mais tarde postos de lado, visto que a DPSL esperava ter financiamento de outras fontes, por exemplo da União Europeia (UE) para o Banco de Sangue.

5 O fim do Apoio ao Programa

5.1 Antecedentes e acordos

Em 2003, o Governo sueco e a Asdi decidiram terminar o apoio à área de Saúde Materno-Infantil em Luanda. Esta decisão baseava-se numa análise realizada pelo Departamento de África da Asdi (*Ministério dos Negócios Estrangeiros, 2003*). Na sua análise o Governo sueco sublinhava a grande incerteza em relação à política de desenvolvimento de Angola, a falta de transparência da situação financeira do estado e o facto de Angola não ter chegado a um acordo com as chamadas Instituições de Bretton Woods (Banco Mundial, OMC e FMI). Assim, o Governo sueco tirou a conclusão que não se justificava continuar um programa bilateral de cooperação de longo prazo no Sector da Saúde. Além disso, considerava-se que os abundantes recursos naturais que o país possui (sobretudo o petróleo) deviam ser usados para a reconstrução e desenvolvimento social do país depois do fim da guerra civil em 2002. A cooperação sueca devia, portanto, ser gradualmente terminada. O documento estratégico sobre Angola finalmente afirmava que:

As condições de uma futura cooperação bilateral para o desenvolvimento serão necessariamente dependentes da política de desenvolvimento do Governo de Angola e das suas necessidades financeiras. Somente se as condições necessárias forem cumpridas pode-se considerar uma cooperação para o desenvolvimento a longo prazo. Entre os problemas importantes que devem ser resolvidos pelo Governo de Angola se encontram as reformas económicas, o desenvolvimento da democracia, as eleições presidenciais e legislativas e o acordo com o FMI. Se estas medidas forem tomadas, a Asdi poderá apresentar uma proposta para se fazer uma nova análise durante o período de formulação de estratégias para verificar se existem condições para uma política de desenvolvimento e de cooperação bilateral com a Suécia (*Ministério dos Negócios Estrangeiros, 2003, pág. 19*).

A versão final da Estratégia País de Angola e a decisão de terminar a cooperação entre a Suécia e Angola apareceu como um raio de céu azul. A Divisão da Saúde da Asdi estava preparando a continuação do apoio desde 2002 baseado num acordo trienal, e durante este processo a Asdi tinha encomendado uma avaliação para obter uma análise objectiva como uma contribuição ao planeamento da nova fase a partir de 2004. A equipa de avaliadores recebeu a notícia da finalização do programa praticamente no momento de partida a Angola, mas os consultores cumpriram a tarefa com os Termos de Referência inalterados.

O acordo específico de apoio ao Sector da Saúde caducava em 31 de Dezembro de 2003, e o último acordo para o período de finalização foi elaborado para entrar em vigor em 1 de Janeiro de 2004.

5.2 Atrasos em 2004 e 2005

Devido à auditoria do programa SMI, incluindo o CEP, desempenhado pelos auditores Ernst & Young em Luanda 21 de Outubro a 2 de Novembro de 2003, a Asdi decidiu adiar a assinatura do acordo para o período 2004–2005 e congelar o desembolso de fundos destinados ao programa. O efeito foi a paragem quase total do programa, à excepção do CEP que conseguiu continuar o curso graças a fundos do MINSA através do seu Departamento de Recursos Humanos.

Depois de respostas e clarificações das instituições angolanas, foi, finalmente possível assinar o acordo em 31 de Maio de 2004.

Como consequência, o período de finalização só teve início em 1 de Junho de 2004, e devia, em princípio, terminar em 31 de Dezembro de 2005. O contrato com a empresa implementadora InDevelop foi assinado para o mesmo período (8 de Junho de 2004 a 31 de Dezembro de 2005) sem novo concurso.

No início de 2005, houve uma erupção da febre Marburg em Angola e esta situação veio a causar mais um atraso na implementação do programa. Todos os trabalhadores de saúde foram mobilizados para combater a epidemia de Marburg e o MINSA/DPSL solicitou à Asdi um prolongamento do programa e do financiamento para mais seis meses. A Asdi concordou em prolongar o acordo com três meses, ou seja até 31 de Março de 2006.

5.3 Âmbito e objectivo do acordo

O objectivo principal do projecto de saúde da DPSL 2004–2005 era contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da Província de Luanda com destaque para mulheres e crianças. Os objectivos específicos eram:

- Melhorar a qualidade dos serviços existentes
- Expandir os serviços básicos de saúde de forma a torná-los acessíveis à toda a população
- Melhorar os conhecimentos e habilidades do pessoal de saúde
- Melhorar a integração dos programas e serviços
- Reforçar as capacidades de planificação e gestão ao nível da DPSL, SMS e Unidades Sanitárias assegurando a sustentabilidade das actividades de saúde (*DPSL, Projecto de Saúde 2004–2005, MINSA-Asdi*).

O acordo estabelece especificamente as obrigações da parte angolana, dizendo, entre outras coisas, que

..., sendo este o último acordo, Angola tem que sugerir e dar alternativas ao [presente] financiamento do programa a partir de 2006, para assegurar a sua sustentabilidade.

É necessário dar especial ênfase às alternativas de financiamento aos serviços de Saúde Reprodutiva e Infantil que dependem da Direcção Provincial de Saúde de Luanda.

Dado que são previstos vários investimentos durante o período deste último acordo, é necessário assegurar a manutenção destes investimentos através do orçamento de despesas correntes (*Embaixada da Suécia/MINSA, Acordo Específico, 2004*).

6 Questões a Analisar

6.1 Objectivos para o último período do programa

O objectivo sueco para a última fase era contribuir para atingir sustentabilidade de todos os componentes do programa através da elaboração de um plano estratégico para o período em questão e assegurar autonomia da parte angolana através da formação de quadros a diferentes níveis e também pelo aumento de alguns dos recursos necessários.

O objectivo angolano era o mesmo, ou seja, atingir sustentabilidade dos componentes do programa através de planificação estratégica para o período de finalização e através da preparação para o melhor uso dos recursos mais escassos no futuro, por exemplo através de melhores serviços logísticos e manutenção de viaturas e equipamento.

A ideia básica desta avaliação é, naturalmente, tentar saber se o objectivo mútuo de atingir sustentabilidade durante a última fase da cooperação foi cumprido, e se assim for, como aconteceu. Estas questões serão analisadas conjuntamente com outros aspectos relacionados com o desenvolvimento a partir do momento em que a Asdi e o consultor InDevelop se retiraram do Sector da Saúde em Luanda.

6.2 Actividades 2004–2006

Durante a primeira visita a Luanda em Abril de 2006, a equipa podia verificar que as actividades diárias de todos os projectos tinham continuado em ritmo normal durante o último período do apoio sueco à excepção dos primeiros cinco meses de 2004 e os três meses no início de 2005 (vide acima). Todos os projectos menos CAPEL e CEP entregaram os seus relatórios finais à Embaixada da Suécia em Luanda durante o primeiro trimestre.

As actividades directamente ligadas à finalização, por exemplo a formação específica do pessoal dos projectos de saúde reprodutiva e infantil, cursos e *workshops* de logística e manutenção de viaturas, etc. foram implementadas de acordo com os planos. O manual administrativo utilizado pelos projectos foi completamente revisto pelo administrador da InDevelop com o objectivo de ajustar as rotinas em termos gerais, e sobretudo na área financeira, para assim minimizar o risco de erros ou irregularidades de gestão no futuro. Foram também organizadas várias actividades de formação para pessoal dos projectos para facilitar a implementação das normas e recomendações do manual. Foram igualmente efectuadas grandes compras pelo PAI. Foram, por exemplo, encomendadas cinco ambulâncias, embora ainda não tinham sido entregues em Luanda em Abril de 2006.

6.3 Efeitos sobre a provisão de serviços e os beneficiários

A questão da finalização do programa e os seus efeitos sobre o grupo de beneficiários e sobre o nível de provisão de serviços é um dos problemas principais que precisam de análise mais profunda para se poder produzir informação que seja significativa e útil a ambas as partes (vide *parágrafo 3.3*). Os dados compilados através da leitura de relatórios, obtidos através das entrevistas, através do controlo do *stock* de medicamentos e gastáveis e, finalmente, da observação do estado do equipamento existente dá-nos, no entanto, uma certa base de análise destes aspectos.

A informação sobre as chamadas *gasosas* foi reunida esporadicamente para se saber os preços que actualmente são cobrados por consulta pré-natal, parto ou vacinação, ou consulta e medicamentos no Banco de Urgência de cuidados infantis. As *gasosas*, ou “cobranças anárquicas” segundo a terminologia oficial, são cobranças ilegais porque em Angola os cuidados de saúde reprodutiva e infantil são gratuitos segundo a Lei.

Embora este fenómeno pareça não estar ligado ao processo de finalização do apoio sueco, julgamos que tem um certo interesse. A cobrança de *gasosas* tem variado ao longo do tempo, dependendo dos níveis salariais dos trabalhadores de saúde, os atrasos no pagamento dos salários, etc. e na nossa opinião é provável que tanto o nível de salários (fim dos incentivos) como a regularidade de pagamento podem ter sido afectados pela finalização do apoio. O problema de salários/*gasosas* pesa, sem dúvida, sobre os beneficiários, porque o preço é uma das barreiras mais importantes que impedem as mulheres/famílias a utilizar os cuidados de saúde durante a gravidez, no momento do parto ou quando os seus filhos estão doentes.

6.4 Efeitos sobre a futura sustentabilidade

A questão fundamental do futuro – e para este estudo – é a possível sustentabilidade dos cuidados de saúde reprodutiva e infantil em Luanda e a evolução do CEP (inclusive os novos cursos nas Províncias de Huíla e Malanje). Como foram as diferentes instituições afectadas pela finalização do programa? Conseguiu-se fazer uma integração completa dos projectos de saúde reprodutiva e infantil, respectivamente, no sistema de saúde da Província de Luanda?

Devia-se ter anunciado e preparado a finalização do programa com maior antecedência? O quê poderia ter sido preparado melhor, quer pela parte sueca, quer pela parte angolana?

6.5 Recomendações para o futuro

Segundo os Termos de Referência, esta avaliação deve formular recomendações, quer dirigidas à parte angolana, quer à parte sueca, que possam ser relevantes para processos semelhantes no futuro. Além deste tipo de recomendações delineamos uns conselhos bastante concretos dirigidos à DPSL que se baseiam sobretudo nas nossas observações e nas entrevistas com os trabalhadores dos Centros de Saúde e Hospitais visitados.

7 Indicadores de Acompanhamento de 2006 a 2007

Durante a primeira visita a Luanda a equipa elaborou uma linha de base da avaliação através da definição de certas questões chave a serem analisadas e, além disso, uma série de indicadores que pareciam relevantes para o acompanhamento da evolução durante o primeiro ano sem o apoio financeiro da Asdi e a AT da InDevelop. A nossa intenção era tentar medir os êxitos e fracassos e também a sustentabilidade das instituições de saúde reprodutiva/SMI em Luanda usando estes indicadores como instrumento de comparação, por exemplo para avaliar a evolução do número de partos institucionais, mortalidade materna intrahospitalar, imunização anti-tétano de mulheres grávidas, mortalidade perinatal, mortalidade <1ano e <5 anos, respectivamente, etc.

Os indicadores foram seleccionados sem uma visão global das estatísticas disponíveis e a qualidade das mesmas, e infelizmente tivemos que admitir que o nosso conjunto de indicadores era ambicioso demais. Verificámos bastante cedo que não havia suficientes dados para se poder estudar tendências positivas ou negativas. Apesar disto, optámos por usar os indicadores escolhidos como uma lista de verificação (*checklist*) e durante o trabalho tentámos dirigir as entrevistas e a recolha de dados de acordo com os indicadores, para, pelo menos, estabelecer uma imagem da evolução e a situação que nos foi possível observar até a nossa última visita em Abril de 2007.

Indicadores gerais – avaliação 2006–2007

1. Número de trabalhadores da DPSL do subsector SMI em Abril de 2006, Novembro de 2006 e Abril de 2007.
2. Que categorias de pessoal deixaram o subsector em Novembro de 2006 e Abril de 2007, respectivamente? (Parteiras, enfermeiras, médicos obstetras; enfermeiras, médicos pediatras; trabalhadores femininos ou masculinos.)
3. Tendências da evolução salarial para as diferentes categorias de pessoal SMI 2006–2007 em relação à inflação e o poder real de compra.
4. Percentagem do OGE destinada ao Sector da Saúde: nível nacional, Província de Luanda e especificamente o subsector SMI para os anos 2006 e 2007. Investimento per capita no Sector da Saúde.
5. Orçamento, recursos humanos e outros recursos do Curso de Especialização de Parteiras em Luanda.
6. Equipamento em Abril de 2006, Novembro de 2006 e Abril de 2007: Ambulâncias – onde estão, estão a funcionar? Stock de roupa e outros têxteis para pessoal de bloco operatório. Tensiómetros. (Todos os níveis que receberam apoio, saúde reprodutiva e infantil.)
7. Cartões: Consulta pré-natal, partograma, cartão de vacinação.
8. Medicamentos: Ocitocina, sulfato de magnésio, diazepam, terbutalina, soro, soro de reidratação, antibióticos, antipalúdicos.
9. Sistema de referência: 1.º nível – Centros de Saúde – sala de parto, Banco de Urgência pediátrico; 2.º nível – Hospital de Referência (Kilamba Kiayi e Cajueiros); 3.º nível – Maternidade Lucrecia Paím, Hospital Geral Especializado Augusto N'Gangula e Hospital Pediátrico David Bernardino em Luanda.
10. Evolução durante 2006 e 2007: Houve aumento de partos normais e consultas normais de pediatria ao nível dos Centros de Saúde e Hospitais de Referência ou não?

Indicadores de saúde reprodutiva e infantil

Cobertura – evolução 2006–2007

1. Número de partos em salas de parto nos Centros de Saúde.
2. Número de consultas pré-natais nos Centros de Saúde.
3. Número de consultas pré-natais em relação ao número de partos nos Centros de Saúde.
4. Taxa de mortalidade materna, taxa de mortalidade por patologia.
5. Cobertura de vacinação anti-tétano de mulheres grávidas.
6. Tarifas cobradas para diferentes serviços a diferentes níveis do sistema de saúde.

Planeamento familiar/DTS – evolução 2006–2007

1. Número de consultas PF nos Centros de Saúde.
2. Número de DIUs.
3. Número de preservativos distribuídos.
4. Número de Centros de Saúde com Serviços de aconselhamento para adolescentes. (Preferivelmente dados desagregados por género.)
5. Número de consultas nos Serviços de aconselhamento para adolescentes.

Saúde infantil – evolução 2006–2007

1. Taxa de mortalidade infantil <1 ano de idade.
2. Taxa de mortalidade perinatal, inclusive mortalidade intra-uterina do feto (até 7 dias pós-parto).
3. Taxa de mortalidade infantil <5 anos de idade.
4. Imunização; BCG, DTP, sarampo, etc.

¹ Segundo o Director Provincial de Saúde, Dr. Vita Vemba, não há inventário (Abril de 2006).

8 Funcionamento do Subsector SMI

8.1 Orçamento do Sector da Saúde

Despesa governamental

O Orçamento Geral do Estado para o ano 2007 é de 31,1 mil milhões de USD. O Sector da Saúde continua recebendo uma percentagem bastante humilde do Governo em relação às carências gritantes do povo. O OGE, tem, no entanto aumentado substancialmente em termos absolutos durante os últimos anos, o que significa que a evolução dos recursos destinados ao Sector da Saúde, apesar de tudo, é positivo. O Ministério das Finanças calcula a taxa de inflação em 10% e o crescimento do PIB em 31,2% em 2007.

Tabela 1. Evolução do PIB, OGE e Orçamento do Sector da Saúde 2001–2007. Milhões de USD

	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2007*
PIB Nominal	9.474	11.386	13.956	19.800	32.810	40.086	58.117
Total das Despesas Públicas	4.386	5.401	6.141	7.095	10.159	23.110	31.104
Despesas com a Saúde	263,6	213,5	298,6	313,8	447,2	1.020,9	1.144,7
Saúde no Total das Despesas Públicas	6,01%	3,95%	4,86%	4,42%	4,40%	4,42%	3,68%

* Os dados de 2006 e 2007 representam valores orçamentados, não despesas realizadas. Os dados do PIB nominal 2001–2005 são do FMI, e das projecções do Governo para os dois últimos anos.

Fonte: Cassoma & Vinyals ed., 2007

Comparando os indicadores de saúde em Angola com os dos outros países da região, é evidente que Angola terá que incrementar os recursos reservados para o Sector da Saúde. Comparado com alguns dos países da SADC² Angola tem a despesa pública com a saúde mais baixa – 4,9% em 2003 – e os piores indicadores em mortalidade infantil (260/1.000 em 2004) e mortalidade materna (1.700/100.000 nados vivos em 2000) segundo Cassoma & Vinyals. Porém, o Sector da Saúde durante bastante tempo beneficiava de maiores contribuições dos doadores, nomeadamente de 16% da ajuda total em 2005. A União Europeia e os países membro da UE são os maiores doadores, com 22,07% das contribuições ao sector do mesmo ano. Um pormenor interessante é o facto de 48% das contribuições dos doadores se destinarem às instituições de saúde a nível nacional, como por exemplo os Hospitais e Institutos especializados.

Despesas com a Saúde ao nível do Governo Provincial

Visto que Luanda é a Província mais populosa do país, com, aproximadamente, um terço da população total, é natural que a Província e a capital recebam a maior parte do orçamento destinado ao Sector da Saúde. (As instituições especializadas de saúde são todas localizadas em Luanda mas não fazem parte do orçamento do Governo Provincial dado que os seus recursos financeiros vêm directamente do Ministério das Finanças/MINSA.)

Segundo Cassoma & Vinyals as despesas com a saúde em Luanda tiveram a seguinte evolução durante o período 2000–2005 (milhões de USD):

Ano 2000: 52,07	Ano 2003: 34,26
Ano 2001: 28,2	Ano 2004: 34,5
Ano 2002: 26,6	Ano 2005: 52,06

² Angola, Botswana, Moçambique, Namíbia, África do Sul, Zâmbia e Zimbabue

Faltam dados de 2006, mas segundo a informação obtida da DPSL sobre o orçamento aprovado consta que o orçamento de 2007 é mais do dobro comparado com o do ano 2005 e ronda os 115 milhões de USD. Este montante não inclui salários e outras despesas com pessoal, visto que os salários são transferidos do Ministério das Finanças via o MINSA.

Embora os recursos sejam longe de suficientes, este aumento orçamental facilita o futuro desenvolvimento dos serviços de saúde reprodutiva/SMI e dá possibilidades de iniciar outras reformas importantes para o benefício dos habitantes de Luanda que procuram cuidados de saúde do sector público.

O cálculo das despesas com a saúde *per capita* não oferece informação muito válida sobre o funcionamento e a cobertura do sistema de saúde. Em Luanda, a despesa média *per capita* do período 2003–2005 era de USD 10,5, quando a pouco populosa Província do Namibe gastava USD 35 *per capita* durante o mesmo período. Este fenómeno explica-se pelo sistema aplicado pelo Ministério das Finanças que se baseia numa distribuição de valores iguais – 20 milhões de USD em 2005 – a todas as províncias sem critérios específicos fundamentados em dados demográficos, necessidades, combate às doenças endémicas ou ao VIH, etc.

8.2 Recursos Humanos do subsector SMI

Não foi possível obter dados específicos do Departamento de Recursos Humanos da DPSL para comparar a situação de recursos humanos e possíveis alterações acontecidas desde o início do período de finalização da cooperação, em 2004, até o início de 2007, ou seja o primeiro ano sem apoio sueco.

Situação de recursos humanos

Do grande número de entrevistas realizadas pudemos deduzir que não há uma forte tendência de o pessoal abandonar as US ou os serviços centrais da DPSL desde o fim do financiamento sueco. Mas pudemos, porém, verificar que o programa SMI perdeu uma parte do pessoal. Explica-se pelo facto de a CAOL ter recrutado um grupo de enfermeiras e parteiras especializadas para servir de supervisoras e formadoras durante o período do projecto, e hoje 4 a 5 delas regressaram ao seu lugar de trabalho permanente, nomeadamente a Maternidade Lucrecia Paím. Em Abril de 2007 o programa só tinha oito parteiras/supervisoras. Esta drenagem de pessoal não significa que estas profissionais deixaram o sector público de saúde ou o subsector de saúde reprodutiva/SMI o que é um facto positivo. Segundo a informação obtida da DPSL, alguns Centros de Saúde recrutaram pessoal novo com formação especializada para os serviços de pediatria e para as salas de parto. Numa observação crítica a mesma fonte refere que o pessoal especializado, por exemplo em pediatria, pode ser transferido internamente para qualquer outra área na qual a sua competência já não serve.

A formação continua para fortalecer os serviços pediátricos e o CEP está lentamente a contribuir para aumentar o número de parteiras especializadas. Nos Centros de Saúde vários enfermeiras e enfermeiros mencionaram o seu interesse pessoal em continuar os estudos para ser parteiras ou médicos.

Por outro lado, vários informantes afirmaram que enfermeiros (homens e mulheres) e parteiras cada vez mais tendem a trabalhar a tempo parcial nas clínicas privadas, mas sem deixar os seus lugares permanentes no sector público. Este modelo se aplica entre os médicos desde há décadas com efeitos bastante negativos para os Hospitais públicos. Duvidamos que o “modelo da clínica privada” tenha algo a ver com a finalização do apoio sueco. É uma modalidade que está em linha com a evolução em Angola, onde o sector privado está em plena expansão devido à legislação que abriu para a medicina privada, farmácias privadas, etc. em princípios dos anos noventa. Enquanto os quadros de saúde do sector público continuam a ganhar salários muito baixos será difícil de reter o pessoal qualificado, especialmente em Luanda onde existe um mercado imenso para todo o tipo de serviços de saúde.

Em Abril de 2007 a situação de pessoal nos Centros de Saúde na Província de Luanda era a seguinte (DPSL, 2007):

Número de médicos: 23
Número de enfermeiros (homens e mulheres): 1.045
(Faltam dados dos Centros nos municípios de Rangel e Viana.)

Os Hospitais com maternidades têm o seguinte quadro de pessoal:

Hospital dos Cajueiros, número de médicos: 35
Hospital do Kilamba Kiaxi, número de médicos: 17
Hospital Geral Especializado Augusto N'Gangula, número de médicos: 46

Hospital dos Cajueiros, número de enfermeiros (homens e mulheres): 337
Hospital do Kilamba Kiaxi, número de enfermeiros (homens e mulheres): 355
Hospital Geral Especializado Augusto N'Gangula, número de enfermeiros (homens e mulheres): 401

Dos Centros de Saúde com três médicos (o máximo ao nível dos Centros) dois são localizados no centro da cidade. Todavia, Sambizanga, o município mais densamente povoado, faz parte da cidade de Luanda mas só tem quatro médicos no total e dois dos quatro Centros do município não têm médico nenhum. No município do Kazenga, com uma população estimada em 1,5 milhões há um total de dez médicos para os dez Centros de Saúde, mas cinco deles estão sem médico. O maior Centro no Kazenga só tem três médicos mas 95 enfermeiros/enfermeiras, o que dá uma ilustração da pressão sobre os Centros de Saúde nas zonas suburbanas.

É preciso observar que todos os Centros de Saúde recebem todos os tipos de doentes e entre eles encontram-se as mulheres grávidas e as crianças doentes. Tanto quanto sabemos, nenhum dos Centros tem um médico obstetra ou um pediatra mas pode haver enfermeiros e enfermeiras com um certo grau de especialização através dos cursos e *workshops* organizados por CAOL ou CAPEL ou por ONGs envolvidas na área de SMI. Das US integradas na DPSL somente o Hospital Geral Especializado Augusto N'Gangula é uma maternidade completa com uma secção de pediatria (desde o ano 2006). Segundo dados disponíveis há somente 51 médicos obstetras nacionais em todo o país. A maioria dos médicos do país está concentrada em Luanda e muitos médicos dedicam a maior parte do seu tempo às clínicas privadas.

Com os poucos médicos afectos aos Centros de Saúde chega-se à conclusão que são, na realidade, os técnicos médios e básicos que suportam a carga dos serviços de saúde, juntamente com os técnicos de laboratório, pessoal administrativo e centenas de serventes de limpeza e lavandaria, motoristas e ainda outros trabalhadores.

Situação salarial

Os salários constituem um problema crucial e multifacetado que afecta todo o Sector da Saúde. Primeiro, os salários da maioria de categorias de pessoal são baixos demais se formos vendo o nível de competências, anos de serviço e responsabilidade profissional de muitos dos trabalhadores de saúde. Segundo, o custo de vida, sobretudo em Luanda, está sempre a subir e hoje em dia diz-se que Luanda já bateu o recorde de Tóquio que costumava ter o custo de vida mais elevada do mundo. Terceiro, os salários não são pagos atempadamente e o pessoal dos Centros de Saúde refere que os salários continuam a ser pagos com atrasos de vários meses.

Os baixos salários e os atrasos permanentes eram a razão por trás dos chamados incentivos introduzidos pela CAOL/Asdi em princípios dos anos de noventa para fazer com que as parteiras³ aparecessem regularmente no lugar de trabalho nos Centros de Saúde para fazer as novas salas de parto funcionar de forma adequada. Estes incentivos monetários foram gradualmente abolidos a partir do ano 2000 e portanto já não existiam durante o período estudado.

³ O sistema de incentivos foi mais tarde alargado para também abranger outras categorias de pessoal.

O sistema salarial parece passo a passo começar a funcionar, embora os salários continuem sendo muito baixos. Existe um projecto de reforma total do sistema salarial de todo o Sector da Saúde mas ainda não começou a ser implementado. Mas como um primeiro arranque os salários foram descentralizados para o nível provincial e o ritmo de pagamento parece estar lentamente a acelerar. Segundo informações dadas pelo Departamento de Recursos Humanos da DPSL houve aumentos salariais de três em três meses durante 2006 e prevê-se que os ajustes salariais continuem durante 2007.

Segundo a tabela de salários base da DPSL de 2007 o salário mensal dos médicos é de USD 957, enfermeiros/enfermeiras (técnicos médios e básicos)⁴ ganham USD 239, técnicos médicos USD 398 e pessoal administrativo USD 177. Directores de Hospitais e directores clínicos têm os mesmos salários que os médicos, ao passo que os directores das secções municipais de saúde têm salários um pouco mais baixos, ou seja USD 866. Na realidade, diferentes categorias de pessoal recebem diferentes tipos de subsídios de acordo com a responsabilidade e desempenho, o que significa que um director clínico pode ganhar à volta de USD 2.000 (compare com USD 25 em 1999!) e os salários de enfermeiros/enfermeiras aumentaram de USD 4 em 1999 a USD 1.404 em 2005 (*MINSA/DNRH, 2005*).

8.3 Infra-estrutura

Maternidades Lucrecia Paím e Augusto N'Gangula

A Maternidade Lucrecia Paím, a maior e mais especializada do país, continuava parcialmente em obras em Abril de 2007 mas estava funcionando durante praticamente todo o tempo em reconstrução. As partes novas do hospital têm equipamento sofisticado, novas camas e outro mobiliário e muito espaço para as pacientes. (Em Novembro de 2006 pudemos, apesar disto, observar três mulheres a ficarem numa cama na nova secção *post partum* e mulheres deitadas no chão com os seus filhos recém-nascidos.) Não conseguimos saber se haverá enfermarias para pacientes que pagam pelo serviço “de luxo” e outras para pacientes ordinárias.

A unidade de neonatologia ainda não estava pronta (Novembro de 2006), mas uma série de incubadoras estavam em linha no corredor à espera de serem instaladas. A renovação da unidade de eclampsia ainda não estava concluída e a unidade estava simplesmente fechada.

A secção de pediatria e a unidade de neonatologia do Hospital Augusto N'Gangula foram inauguradas em princípios de 2006. Esta parte do hospital está bem equipada, com quatro incubadoras, fornecimento de oxigénio, etc., mas, estranhamente, faltam colchões com aquecimento para os recém-nascidos prematuros.

O hospital tem uma biblioteca de referência bastante cheia de literatura e uma sala de computadores muito bem equipada. É quase supérfluo dizer que ambos os Hospitais⁵ têm água canalizada, electricidade e geradores.

Hospital dos Cajueiros e Hospital do Kilamba Kiayi

Estes dois Hospitais são, naturalmente, melhor equipados que os Centros de Saúde e têm água canalizada e electricidade.

Apesar disto os Hospitais estão sofrendo de insuficiências no fornecimento de energia. No Hospital do Kilamba Kiayi acontece que partos durante a noite têm lugar com iluminação de velas por causa das frequentes cortes de energia. Esta situação é agravada pelo facto de alguns dos equipamentos mais necessários, como incubadoras, ventosas e lâmpadas de calor, trabalham com electricidade.

⁴ Na tabela salarial de salários de enfermeiros/enfermeiras não há distinção do nível académico (técnico médio ou básico). A tabela também não considera anos de serviço, etc., somente lista os salários base de cada categoria.

⁵ O novo hospital do Camama não entra nesta avaliação porque foi inaugurado depois da finalização do programa Asdi.

Centros de Saúde

É fácil compreender que a situação dos Centros de Saúde é bastante diferente. Dois dos Centros visitados são grandes e servem áreas densamente populadas (Hoji ya Henda com 129 e Asa Branca com 121 trabalhadores, respectivamente). Ana Paula em Viana e Ilha perto do centro de Luanda, são ambos relativamente pequenos.

Em termos de infra-estrutura geral, vários Centros são extremamente pobres, incluindo os Centros que tiveram apoio sueco através de CAOL e CAPEL. Muitos Centros carecem de água canalizada e geradores, e caso tenham um gerador este muitas vezes não funciona por falta de manutenção/reparação ou porque o Centro não tem orçamento para comprar gás. (Só a partir do ano 2007 os Centros de Saúde têm um orçamento para despesas de funcionamento que é distribuído aos Centros através da Secção Municipal de Saúde.)

8.4 Logística

Ambulâncias

No que se refere à situação logística, Hospitais e Centros “em princípio” têm ambulâncias, mas poucas delas estão funcionando. O Hospital dos Cajueiros tem, por exemplo, três ambulâncias mas somente três motoristas o que torna o sistema de funcionamento das ambulâncias muito complicado, visto que trabalham 24/24 horas. As ambulâncias importadas através do PAI estão, felizmente, a funcionar (com uma excepção, Abril de 2007) e das quatro carrinhas mais antigas que pertenciam à DPSL três foram convertidas em ambulâncias e distribuídas aos Hospitais como planeado.

Por causa da falta de ambulâncias, as pacientes que precisam de ser transferidas para um Hospital de 2.º ou 3.º nível têm de usar carros privados ou táxi (*candongueiro*) e pagar pelo transporte. Este sistema de transporte pouco fiável e a falta de comunicação via rádio em combinação com os praticamente permanentes engarrafamentos do trânsito da região de Luanda impedem o funcionamento seguro do sistema de referências. É, no entanto, preciso notar que esta situação não é nova com a excepção da recente desmancha do sistema de comunicação via rádio.

Comunicação via rádio

O sistema de comunicação via rádio entre os Centros de Saúde e os Hospitais de Referência ou com os motoristas das ambulâncias já não funciona. O pessoal não foi informado sobre a causa e uma das parteiras disse que “a CAOL veio buscar a Motorola”, ao passo que outras pessoas explicaram que o sistema deixou de funcionar por causa das obras na Maternidade Lucrecia Paím visto que a transmisso- ra se encontrava no telhado do edifício. O pessoal consultado nos Centros de Saúde parece ser da opinião que a rádio é o meio de comunicação mais seguro quando se trata de transferências de pacien- tes e em outras situações de emergência. No Centro de Saúde Asa Branca informaram que o Delegado Municipal de Saúde está a tentar reinstalar o sistema de rádio. Em Abril de 2006, porém, várias pessoas, incluindo o Director Provincial de Saúde, eram de opinião que era mais prático usar telemó- veis em vez de o sistema antiquado de rádio. Em Abril de 2007 as opiniões pareciam menos seguros na DPSL, mas não há dúvida que o pessoal de saúde na periferia e sobretudo o importante grupo de motoristas de ambulância confiam antes na rádio do que nos telemóveis.⁶

8.5 Equipamento nos Centros de Saúde e Hospitais

Visto que não existe um inventário do equipamento das US da Província de Luanda este indicador não serve para se fazer uma comparação sistemática. A equipa foi naturalmente observando o equipamento à vista e inquirimos sobre todo o tipo de equipamento, medicamentos e gastáveis. Quanto ao equipa-

⁶ Vale a pena mencionar que na Suécia os serviços de socorro das estradas e as ambulâncias continuam usando a rádio porque é considerado o meio de comunicação mais seguro e prático.

mento o resultado foi bastante desencorajante porque uma grande parte do equipamento doado se encontra parada e não pode ser reparada por causa da falta de orçamento de despesas correntes. Este é o caso de todo o equipamento, seja ele comprado através do programa Asdi ou não.

Os geradores param frequentemente e são raramente reparados. Dado que os Centros de Saúde só têm um gerador e somente umas poucas horas de energia fornecida da rede este gerador único trabalha horas a fio e quando pára não é reparado por causa de falta de fundos. Em outros casos os geradores podem ficar parados pela simples falta de gasóleo ou peças sobressalentes.

Ventosas, aspiradores, incubadoras e outros tipos de equipamento que é necessário durante o parto e para o recém-nascido nem sempre funcionam. Um outro problema é o facto de o pessoal dos Centros de Saúde não saber se o equipamento doado é de boa qualidade e se merece ser reparado ou não, qual é o país de origem, onde haverá peças sobressalentes, etc. O problema é, portanto, semelhante ao das diferentes viaturas e ambulâncias.

A questão fundamental no que se refere a viaturas e outro equipamento sofisticado é a falta de recursos dos Centros e Hospitais. Até o ano 2007 os Centros de Saúde não tinham orçamento nenhum do Governo Provincial, um facto que contribui para a grave situação de hoje. Os Hospitais têm um orçamento para despesas correntes, embora demasiado limitado para garantir o funcionamento das instituições de uma maneira normal.

Outros tipos de equipamento, como por exemplo esfigmomanómetros, estetoscópios, etc. normalmente existem, mas são muitas vezes velhos e nem sempre limpos. Porém, o pessoal geralmente tem roupa limpa e há aventais protectores e lençóis de plástico nas salas de parto.

Em 2006, a DPSL fez a encomenda para importação do primeiro lote de equipamento hospitalar, como camas e outro mobiliário e equipamento médico de todo o tipo, para os Hospitais e Centros de Saúde da Província. Este equipamento começava a chegar em Abril de 2007 e estava à espera de alfandegamento no porto de Luanda. Este investimento significa uma grande melhoria que vai também beneficiar o subsector do SMI, embora a maior parte do investimento se destine ao novo Hospital Geral de Luanda (Camama).

Além deste grande programa de reequipamento (com financiamento nacional), a DPSL desde 2006 tem uma clínica móvel de ginecologia para chegar até as áreas mais remotas da Província onde não existem quer Centros, quer Postos de Saúde.

8.6 Manutenção de viaturas e equipamento

A manutenção de viaturas é um problema clássico, não somente no programa de saúde reprodutiva/SMI. Um dos Hospitais de Referência tem um autêntico cemitério de ambulâncias no pátio interior e nos Hospitais e Centros visitados não havia uma única US que não tinha pelo menos uma ambulância parada ou totalmente destruída/canibalizada. Um dos aspectos problemáticos, não somente em Angola, é a grande variedade de marcas de ambulâncias e outras viaturas que são recebidas a título de oferta de agências multilaterais/bilaterais ou de ONGs. Esta selva de viaturas é praticamente impossível de administrar e manter como deve ser, e a responsabilidade devia pelo menos ser dividida entre doadores e a contraparte “beneficiada”, que raras vezes pode dizer “Não obrigado” a uma ambulância de marca chinesa, coreana, italiana ou indiana, etc. que se junta ao parque de viaturas já totalmente confuso. Em 2005 um consultor recrutado pela InDevelop fez um levantamento total da frota de viaturas da DPSL e deu uma forte recomendação de evitar a disparidade de marcas e de se fazer esforços para criar uma frota de viaturas uniforme. Em 2006 foi tomada uma decisão em linha com a recomendação deste especialista e foram também elaboradas normas para facilitar a manutenção ao nível provincial.

Não é preciso sublinhar que a manutenção das viaturas é uma permanente dor de cabeça em Luanda. A DPSL teve várias frustrações ao fazer contratos com oficinas, porque as viaturas não foram reparadas a tempo; demorou, por exemplo, nove meses a reparar uma ambulância simplesmente porque a oficina não tinha capacidade. As peças sobressalentes fazem também parte do problema, sobretudo por causa da grande variedade de marcas e modelos da frota da DPSL.

Os geradores dos Hospitais e Centros de Saúde são outro bico-de-obra. Nos centros há geralmente só um gerador e este tem que trabalhar durante longos períodos de cortes de energia, e quando o gerador pára por ser exausto não é possível tê-lo reparado rapidamente.

Foram importados oito geradores de uma empresa sueca em 2005 (através do PAI), e de acordo com uma cláusula do contrato a empresa recebeu uma comissão sob condição de garantir a manutenção dos geradores através de uma oficina de confiança.

Visto que a InDevelop assumia a responsabilidade da manutenção preventiva/regular e das reparações de viaturas e equipamento, o pessoal da DPSL foi deixado com pouca experiência desta área porque o período de finalização foi curto demais para realmente formar e treinar o pessoal para receber esta tarefa pesada. Hoje existe uma pequena equipa de manutenção de três pessoas (uma pessoa na DPSL, um mecânico e um electricista) que deve servir toda a Província. O electricista é sobretudo responsável pelas reparações dos geradores. O mecânico frequentou um curso de manutenção preventiva durante o período de finalização do programa. O PAI financiou também um curso de manutenção e reparação de equipamento médico.

A equipa deve realizar visitas regulares aos Hospitais e Centros de Saúde para fazer controlo a viaturas e equipamento, mas ao colocar perguntas directas aos administradores entrevistados nos Centros de Saúde verificámos que ninguém sabia da existência de tal equipa. Estas respostas indicam que o sistema de manutenção ainda não está devidamente organizado e que não funciona como previsto.

8.7 Disponibilidade de cartões

Os cartões utilizados na consulta pré-natal, *cartões da grávida*, são normalmente utilizados nos Centros de Saúde. Alguns Centros estavam totalmente sem cartões e tinham que mandar fazer fotocópias localmente. Estes cartões costumavam ser impressos nos serviços tipográficos do MINSA, mas parece que a DPSL optou por outro sistema.

Num dos Centros os partogramas tinham acabado, e este Centro estava também a fazer cópias de vez em quando. Não ficou claro porque alguns dos Centros dispunham de cartões/partogramas e outros não. Talvez se explica pelo fosso informativo que existe entre a periferia e o centro (a Secção Municipal de Saúde ou a DPSL), visto que toda a distribuição de material foi administrada pela CAOL/CAPEL/InDevelop durante o tempo em que os projectos estavam a decorrer.

Parece, no entanto, não haver falta de cartões de vacinação das crianças dado que o PAV funciona como uma organização vertical dentro do sistema de saúde e os cartões de vacinação são, portanto, fornecidos pela UNICEF.

8.8 Disponibilidade de medicamentos essenciais

Em Novembro de 2006 o pessoal dos Centros visitados queixava-se do fornecimento irregular de medicamentos essenciais e comparava com a situação antes do termo do apoio da Asdi. Os kits de medicamentos estavam atrasados seis meses ou até um ano nalguns casos. A falta geral de medicamentos foi mais tarde explicada pelos responsáveis do Programa de Medicamentos Essenciais (PME). A própria importação estava atrasada, por causa da substituição de um dos fornecedores e por isso todo o processo ficou parado durante muito tempo. A importação de medicamentos financiada pela UE

estava também paralisada por causa de problemas do concurso, e a consequência de esta combinação de problemas criou uma situação extremamente difícil não só na Província de Luanda, mas em todo o país. Em Abril de 2007, a equipa pôde, felizmente, verificar que os *kits* do PME tinham chegado aos Centros e Hospitais e estavam somente à espera de serem desempacotados e inventariados.

Em Novembro de 2006, alguns dos Centros de Saúde não tinham ocitocina, comprimidos de ferro, etc., e outros tinham ainda restos do *stock* do tempo da CAOL. Num dos Centros com Banco de Urgência de pediatria faltava sal para reidratação, sulfa/antibióticos, antipiréticos, etc. Outro Centro tinha comprado medicamentos, luvas, seringas, etc. esperando poder ser reembolsado pela DPSL.

Fizemos uma observação geral em todos os Centros: Na nossa visita em Novembro de 2006 tinham um *stock* de medicamentos mais limitado (e total falta de alguns medicamentos indispensáveis) comparado com a situação em Abril do mesmo ano. Alguns Centros não recebiam medicamentos desde há seis ou oito meses e aí por diante. Em alguns casos somente a sala de parto e o banco de pediatria tinham recebido medicamentos, mas o Centro como tal continuava sem medicamentos. A Directora de CPS, Dra. Isilda Neves, explicava porém que a DPSL ainda tinha medicamentos em *stock* e que os Centros deviam informar regularmente das necessidades. É evidente que a capacidade em termos de planeamento e gestão varia de Centro para Centro, e a falta de capacidade pode ser uma das explicações das dificuldades de planear e manter um *stock* regular de medicamentos.

8.9 A presente situação de recursos

Apoio externo

A SMI em Luanda tem presentemente apoio externo bastante limitado. Os Centros de Saúde e Hospitais beneficiam de contribuições selectivas do Fundo Global (Programa da Malária) ou do Programa de Combate ao VIH do Banco Mundial, mas é sobretudo apoio em forma de medicamentos. Em 2007, no entanto, a UNICEF lançou um programa descentralizado de apoio aos Comitês Municipais de Prevenção da Mortalidade Materna. O programa canaliza apoio a cinco municípios em cada província, incluindo Luanda, com USD 10.000 para cada Secção Municipal de Saúde. Dado que os Comitês, tal como o próprio programa, foram estabelecidos recentemente não foi possível recolher informação sistemática sobre a estratégia de intervenção e método de trabalho dos Comitês.

Além destas organizações, também a OMS apoia a SMI em Luanda e em mais quatro províncias com financiamento da UE. Este programa inclui material e equipamento para salas de parto nos Centros de Saúde, formação em serviço do pessoal, manuais e outro material didáctico, formação da metodologia AIDI (Assistência Integrada às Doenças da Infância) e de DTS e saúde reprodutiva com as formadoras que trabalharam na CAOL e CAPEL.

A USAID está elaborando um projecto a ser implementado por ONGs para apoiar os “Serviços Essenciais de Saúde”, ou seja os CPS.

Recursos nacionais

A partir de 2006, a maior parte do sistema de saúde em Luanda tem financiamento nacional. Hospitais nacionais, como por exemplo a Maternidade Lucrecia Paím e o Hospital Pediátrico David Bernardino sempre recebiam os seus fundos do Ministério das Finanças. Hoje é também o caso do Hospital Augusto N'Gangula, que mudou para Hospital Geral em 2006 (embora continue pertencendo à organização da DPSL) e o novo Hospital Geral de Luanda na zona da Camama.

O Hospital dos Cajueiros é hoje um Hospital Provincial⁷ e tem igualmente financiamento do Ministério das Finanças. O orçamento indicativo de 2006 era de 40 milhões de Kz, mas é preciso observar que no

⁷ A estrutura do Sector da Saúde em Luanda encontra-se em transformação e os Hospitais são reclassificados para serem Hospitais Provinciais ou Gerais, o que significa financiamento do Ministério das Finanças em vez de do Governo Provincial.

sistema orçamental angolano o orçamento indicativo não iguala o desembolso do montante planeado. Além desta incerteza financeira, todos os Hospitais provinciais receberam um ofício do Director Provincial de Saúde datado em 20 de Outubro de 2006, comunicando a decisão da Comissão do Orçamento do Ministério das Finanças que haveria um corte dos fundos para 2006 de 15 por cento. A consequência deste corte orçamental significava que os recursos previstos para os meses de Novembro e Dezembro foram congelados e que estes Hospitais só podiam contar com as comparticipações dos utentes para despesas correntes durante os dois últimos meses do ano, quer dizer as cobranças de consultas, análises, etc.

Nenhum dos Centros de Saúde visitados dispunha de orçamento para despesas correntes em 2006. Tinham, portanto só as comparticipações para assegurar a prestação de serviços aos seus utentes. O Centro Asa Branca, por exemplo, é um Centro de Referência mas mesmo assim não recebia fundos do Governo Provincial.

Em Abril de 2006 o Director Provincial de Saúde, Dr. Vita Vemba, explicava que a DPSL estava negociando com o Governo Provincial para dispor de uma parte do orçamento provincial para segurar o funcionamento normal dos Centros de Saúde depois do fim do apoio da Asdi. Estas negociações pareciam ter sido infrutíferas, mas na nossa segunda visita em Novembro de 2006 os administradores dos Centros de Saúde tinham esperança de ter fundos através da DPSL para 2007.

Um ano depois da primeira visita a equipa pôde, surpreendentemente, verificar que os Centros de Saúde da Província finalmente tinham obtido o seu próprio orçamento. O orçamento dos Centros é gerido pela Secção Municipal de Saúde e os Centros não têm acesso directo aos fundos atribuídos. Cada Centro tem que solicitar fundos para cada objectivo específico, mas embora a Secção Municipal de Saúde sirva de intermediário, e com orçamentos que continuam sendo insuficientes em relação às necessidades acumuladas, esta reforma é um passo importante para melhorar o funcionamento do sistema de saúde da Província. O sistema centralizado até agora aplicado parece ter obstruído o desenvolvimento de capacidade e iniciativa entre os administradores dos Centros de Saúde e Hospitais. Com o apoio correcto aos administradores esta descentralização pode ser o início de um desenvolvimento interessante e produtivo. O novo sistema orçamental é primeiro implementado em Luanda com a intenção de ser implementado gradualmente no resto do país numa segunda fase.

Tabela 2. Estimativa de Despesas (USD), Programa e Unidade para 2007

Program/Unidade de Saúde	Orçamento/Despesas 2007
Programa de Saúde Materno-Infantil	300.300
Programa de Imunização	193.000
Programa de Medicamentos Essenciais	380.200
Projecto de Combate ao VIH/Sida	585.100
Direcção Provincial de Saúde de Luanda	53000
Hospital Geral dos Cajueiros (2.º nível)	43.100
Hospital Municipal do Kilamba Kiaxi (2.º nível) ⁸	–
Secção Municipal de Saúde do Kazenga	28.300
Secção Municipal de Saúde do Cacucaco	18.500
Secção Municipal de Saúde da Ingombota	14.000
Secção Municipal de Saúde da Maianga	17.000
Secção Municipal de Saúde do Kilamba Kiaxi	12.400
Secção Municipal de Saúde da Samba	17.000
Secção Municipal de Saúde do Sambizanga	17.000
Secção Municipal de Saúde do Rangel	9.300
Secção Municipal de Saúde de Viana	20.200

Fonte: DPSL, 2007

⁸ Segundo informação obtida na DPSL o Hospital do Kilamba Kiaxi tem o mesmo orçamento que o Hospital dos Cajueiros.

O cálculo orçamental da tabela baseia-se no orçamento mensal estabelecido para Janeiro de 2007 e não deve ser tomado à letra mas a título de ilustração de níveis orçamentais aproximativos. Já em Abril de 2007 verificou-se aumentos consideráveis e o orçamento da DPSL de Abril era por exemplo de USD 104.400. Suponha-se que os Hospitais e Centros de Saúde teriam um aumento de 100 por cento a partir de Abril, mas esta informação não tinha chegado aos Centros de Saúde. Pelo contrário, os administradores queixavam-se do mencionado corte orçamental de 15 por cento em Outubro de 2006 por ordem do Ministério das Finanças.

Segundo o Director Provincial de Saúde, o orçamento dos Centros de Saúde e dos três Hospitais Kilamba Kiaxi, Cajueiros e Camama duplicou a partir do segundo trimestre de 2007 (comparado com o período Janeiro a Março). Os orçamentos são previstos a aumentar gradualmente ano a ano para diminuir e, finalmente, eliminar as comparticipações dos utentes.

Os administradores dos Hospitais e Centros de Saúde não tinham consciência da nova situação orçamental e em meados de Abril ainda não sabiam do aumento orçamental. Parece ser mais um exemplo do fosso informativo entre os diferentes níveis do sistema de saúde da Província.

O novo sistema é baseado num orçamento indicativo que é atribuído à DPSL, para depois ser distribuído aos Hospitais, ao Dispensário de tuberculose e às nove Secções Municipais de Saúde. A alocação anual é distribuída mensalmente e os municípios recebem valores diferentes de acordo com o número de habitantes.

Apesar de se, indubitavelmente, verificar uma evolução orçamental de melhoria progressiva durante os últimos anos a instabilidade orçamental cria sérios problemas aos directores administrativos e ao pessoal dos Hospitais e Centros. Cada US é extremamente vulnerável por causa da infra-estrutura pouco desenvolvida ou degradada, a manutenção irregular (ou não existente) de viaturas e outros equipamentos, cortes de energia e consequentes despesas com gasóleo, etc.

9 Sustentabilidade Institucional

A CAOL e a CAPEL já não existem como projectos mas mantêm-se como órgãos de coordenação na DPSL. As anteriores coordenadoras da CAOL e CAPEL continuam as suas funções na estrutura da DPSL como Chefe de Secção da SMI (Dra. Isabel Massocolo) e Directora dos CPS (Dra. Isilda Neves). Comparado com a situação de estresse em Abril de 2006, no momento do fim concreto do apoio sueco, a nossa impressão um ano mais tarde é bastante positiva porque as actividades da DPSL parecem estar a decorrer a um ritmo perfeitamente normal.

Desde o início do ano 2004 o CEP, ou seja o Curso de Especialização de Parteiras, é financiado pelo Departamento de Recursos Humanos do MINSA e faz parte da nova (e reformada) Escola Técnica Profissional de Saúde de Luanda. O CEP nunca foi dependente da DPSL, mas surgiu no quadro do apoio à saúde materna e os esforços de reduzir a mortalidade materna na Província (e a longo prazo no resto do país). O CEP, que foi considerado totalmente insustentável na sua forma presente pela avaliação realizada em 2003 (*Karlsson, et al., 2003*) foi, ironicamente, o primeiro projecto a ser totalmente financiado pelo Governo de Angola e integrado no sistema de formação profissional.

10 Provisão de Serviços – Constatações

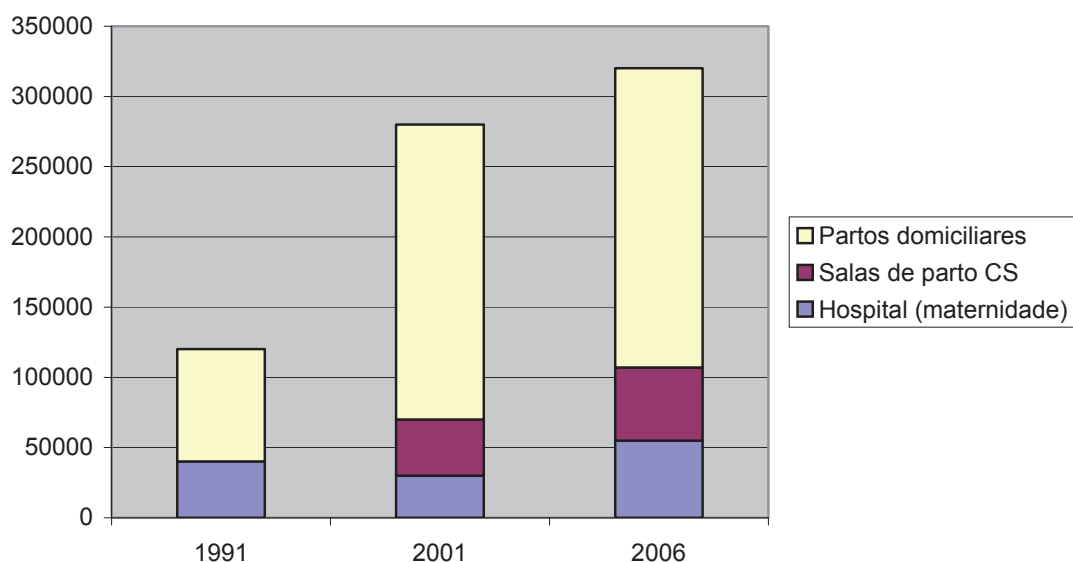
10.1 Saúde Materna

Número de partos

Considerando a qualidade questionável dos dados recolhidos pelos Hospitais, Centros de Saúde e organizações ao longo dos anos não é possível fornecer uma imagem muito precisa do número de partos em Luanda. É natural que não há dados fiáveis dos partos domiciliários, porque as famílias nem sempre registam os seus filhos imediatamente depois do nascimento. Mortes infantis podem também ocorrer sem serem registadas. A tendência de aumento de partos institucionais – nos Centros de Saúde ou Hospitais – deve também ser vista à luz da incerteza quanto aos dados demográficos da Província de Luanda.

O *Gráfico 3* ilustra a evolução de partos em Luanda durante o período 1991–2006. Em 1991 ainda não havia salas de parto nas áreas suburbanas (à excepção de possíveis clínicas privadas das quais não há informação). Segundo as estimativas, a população da Província de Luanda era em 1991 de 2 milhões, em 2001 de 4,5 milhões e em 2006 de 5,3 milhões.

Gráfico 1. Partos na Província de Luanda em 1991, 2001 e 2006*

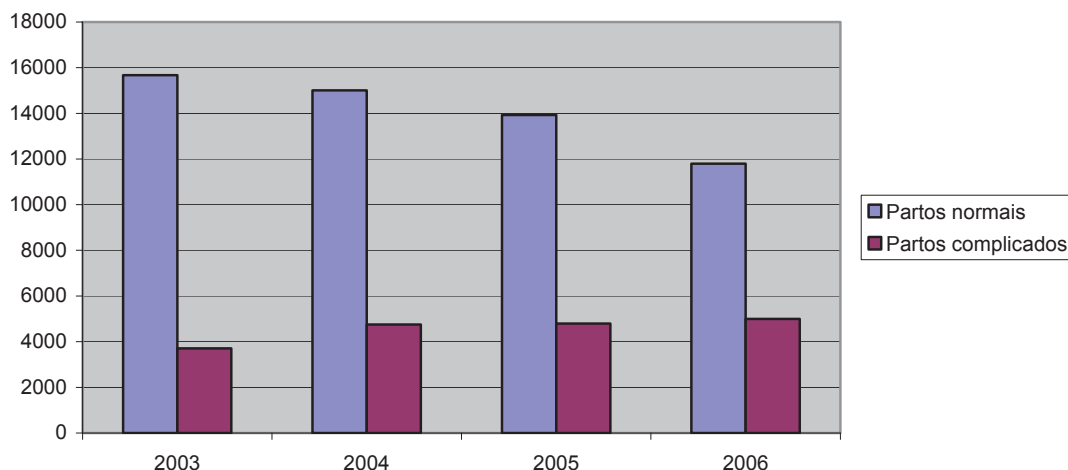


* As estatísticas de Luanda incluem os Hospitais Municipais Cajueiros e Kilamba Kiaxi, o Hospital Geral Especializado Augusto N'Gangula e a Maternidade Lucrecia Paím.

Fonte: DPSL, 2007

A Maternidade Lucrecia Paím (Hospital Nacional; não cai sob a alçada da DPSL) teve um total de 16.788 partos em 2006, e, embora seja um Hospital de Referência do 3.º nível com a tarefa de se responsabilizar por partos de alto risco, consta que a absoluta maioria dos partos são normais (11.795).

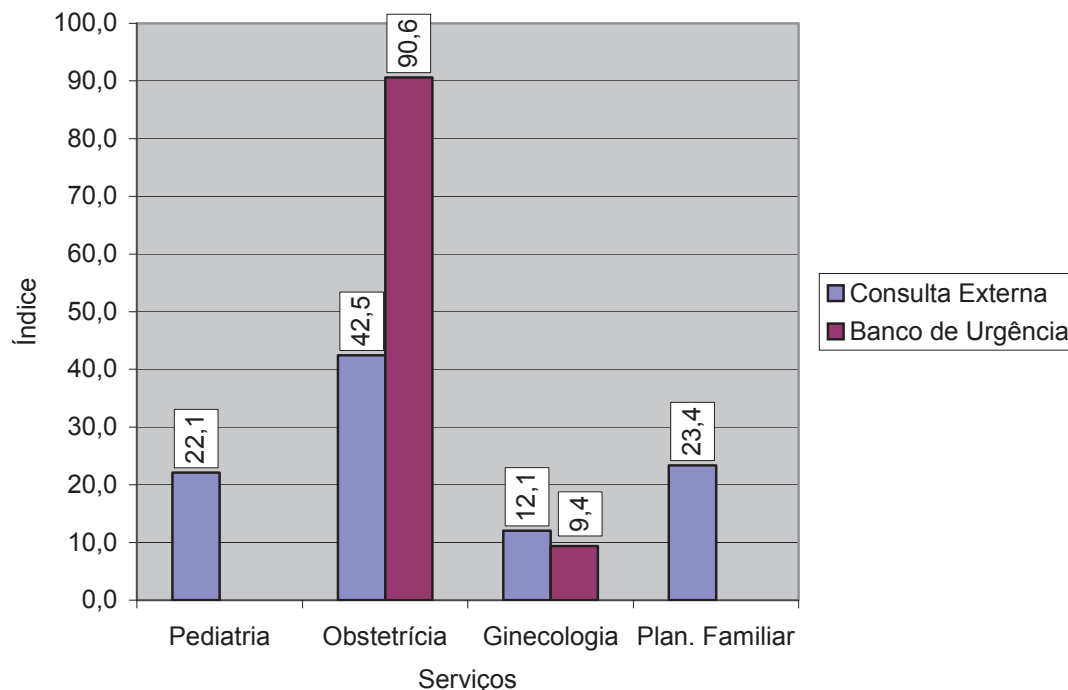
Gráfico 2. Distribuição de partos em números absolutos na Maternidade Lucrecia Paím 2003–2006



Fonte: Maternidade Lucrecia Paím, 2007

Não dispomos dos números exactos de partos normais respectivamente complicados do Hospital Especializado Augusto N’Gangula, que formalmente é um Hospital de Referência de 2.º nível sob a alçada da DPSL, mas, segundo as informações fornecidas pelos médicos entrevistados, a tendência é bastante semelhante à da Maternidade Lucrecia Paím, ou seja com uma grande percentagem de partos normais.

Gráfico 3. Consultas no Hospital Geral Augusto N’Gangula em percentagem (pediatria, obstetrícia, ginecologia e PF), ano 2006



Fonte: DPSL, 2007

O Hospital Augusto N’Gangula tinha 37.075 consultas de obstetrícia em 2006, o que inclui PF e partos, 6.255 consultas de ginecologia e 7.392 de PF. A maioria das consultas de obstetrícia era de carácter de urgência, ou seja pacientes referidas dos Centros de Saúde ou dos Hospitais municipais (Kilamba Kiaxi e Cajueiros) ou parturientes chegadas directamente de casa.

Serviços descentralizados

Segundo as estatísticas de 1999 realizaram-se 55.992 partos nas salas de parto dos Centros de Saúde da periferia e três anos mais tarde o número tinha aumentado para 82.250 (Karlsson et al., 2003). Em 2006 o número de partos nos Centros de Saúde tinha diminuído para 52.744 (depois de se deduzir o número de partos que tiveram lugar no Hospital do Kilamba Kiaxi).

Tabela 3. Número de partos realizados nos Centros de Saúde na Província de Luanda, por município, ano 2006

Município	Partos					Total de Partos
	Fisiológico	1ª Vez	Cesarianas Retorno	Total	Forceps Mecânico	
Cacuaco	6.118	0	0	0	0	6.118
Cazenga	14.255	0	0	0	0	14.255
Ingombota	1.143	0	0	0	0	1.143
K. Kiaxi *	16.593	835	190	1.025	282	17.900
Maianga	4.023	0	0	0	0	4.023
Rangel	2.703	0	0	0	0	2.703
Samba	7.041	0	0	0	0	7.041
Sambizanga	2.765	0	0	0	0	2.765
Viana	6.664	0	0	0	0	6.664
Total	61.305	835	190	1.025	282	62.612

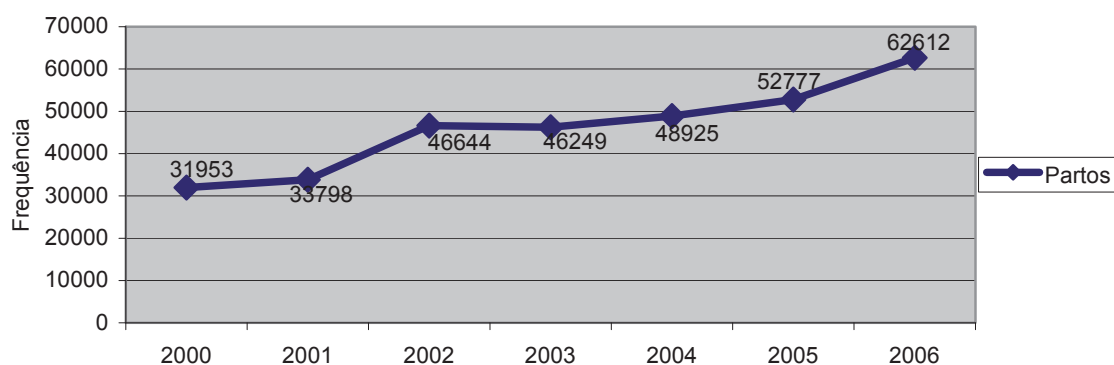
* Inclui 9.868 partos realizados no Hospital do Kilamba Kiaxi.

Fonte: DPSL, 2007

A tabela acima e o *Gráfico 4* em baixo foram compilados pelo Gabinete de Estatística da DPSL e baseiam-se nos dados recolhidos dos Centros de Saúde (incluindo um dos Hospitais). É-nos impossível avaliar a fiabilidade destes dados, para os comparar com os dados apresentados no relatório da avaliação em 2003. Só podemos concluir que os partos institucionais aumentaram consideravelmente durante o período 1999 a 2006, embora pareça que o número de partos nas salas de parto dos Centros de Saúde tenha diminuído.

Da informação recolhida do nosso trabalho de campo podemos também confirmar a conclusão tirada pelos avaliadores anteriores (Andersson Brolin & Wessel, 1999, e Karlsson et al., 2003) que as salas de parto suburbanas são claramente subutilizadas apesar do crescimento populacional na Província. Não temos, porém, nenhuma explicação para esta evolução. Pelas observações e conversas realizadas não há nenhuma atitude particularmente negativa em relação à qualidade dos cuidados prestados. Uma razão plausível pode ser os preços cobrados nas US, ou seja as *gasosas*, cuja existência confirmámos em vários casos. Se houver um cartaz na porta da sala de parto dizendo que o parto custa Kz 500, e a mulher grávida não sabe das possíveis outras despesas para compra de luvas, medicamentos, etc., é provável que este Centro de Saúde vai perder muitas “clientes”, porque ainda hoje poucas mulheres angolanas estão acostumadas ao “luxo” de dar à luz com a assistência de enfermeiras/parteiras e normalmente não têm recursos para pagar para este serviço. Uma outra razão para não utilizar os serviços disponíveis é, naturalmente, o acesso difícil em termos de distância e transporte.

Gráfico 4. Evolução de partos a nível dos Centros e Postos de Saúde, número de partos* 2000–2006



* O número correcto é de 52.744 partos depois de se deduzir os partos realizados no Hospital do Kilamba Kiayi.

Fonte: DPSL, 2007

Mortalidade materna

A razão para se começar a apoiar a saúde materna em Luanda (e mais tarde a saúde infantil) foi a promoção de “maternidade sem risco” (*safe motherhood*), ou seja partos seguros, como uma medida de reduzir o número de mortes maternas, quer nos partos domiciliários, quer nos partos institucionais/hospitalares. A iniciativa CAOL já foi criada em finais dos anos oitenta, e quando a Asdi resolveu iniciar o seu apoio em princípios dos anos noventa estimava-se que a taxa de mortalidade materna intrahospitalar era de 1.010 por 100.000 nados vivos nas duas grandes maternidades em Luanda (1991). O objectivo principal da CAOL era a redução da mortalidade materna para 400 por 100.000 nados vivos. Os dados recolhidos demonstram uma evolução positiva no sentido de a taxa de mortalidade materna intrahospitalar em Luanda hoje ser mais baixa que em princípios dos anos noventa, mas o número de mortes maternas registadas continua extremamente elevado.

As estatísticas de mortalidade materna intrahospitalar não são muito fiáveis e, como é natural, faltam dados das mortes relacionadas com os partos domiciliários que são estimados em 70% do total de partos na Província. A taxa de mortalidade materna ao nível dos Centros de Saúde parto é muito baixa, visto que os partos de alto risco são transferidos para os Hospitais de Referência de 2.º ou 3.º nível. A seguinte tabela demonstra a evolução da mortalidade materna a nível dos Hospitais em Luanda depois de mais de dez anos de apoio à CAOL.

Tabela 4. Mortalidade materna nos Hospitais da Província de Luanda 1999–2002

	1999	2000	2001	2002
Maternidade Lucrecia Paím	2.046	1.787	1.934	1.778
Hospital Augusto N’Gangula	950	1.176	1.097	773
Hospital do Kilamba Kiayi*	100	15	37	453
Hospital dos Cajueiros	0	45	270	381
Por 100.000 nados vivos, total em Luanda	834	742	883	688

* O Hospital do Kilamba Kiayi estava em obras durante este período e teve poucos partos.

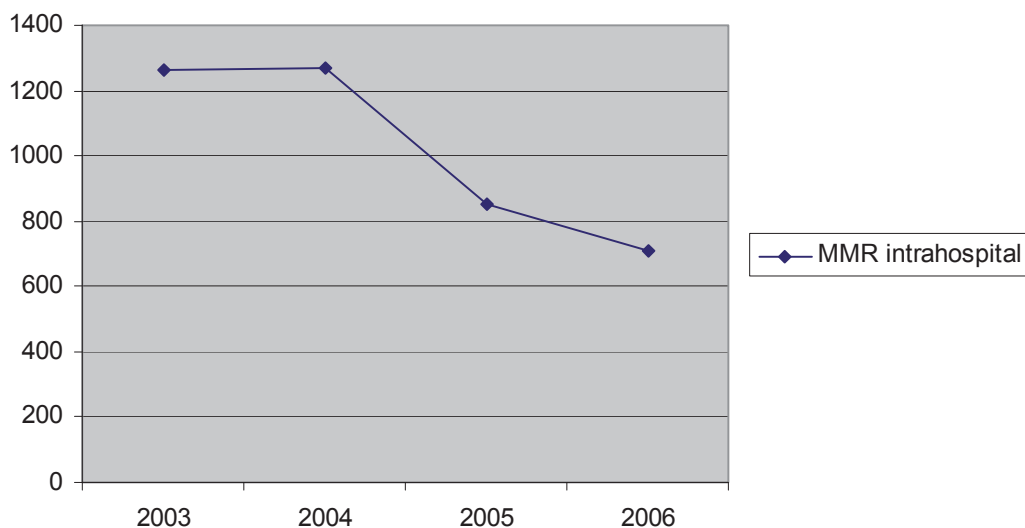
Fonte: Karlsson et al., 2003

A Tabela 4 demonstra a evolução dos casos de mortalidade materna nos Hospitais de Referência. Ao estudar estes números é importante compreender a realidade que está por trás das estatísticas. Os maiores Hospitais especializados, como por exemplo as maternidades Lucrecia Paím e Augusto N’Gangula, continuam sobrecarregados com partos normais, embora devessem receber os casos de alto risco obstétrico, que não podem ser tratados nos Hospitais de Referência dos Cajueiros e Kilamba Kiayi. Esta situação caótica é causada pelo sistema de referência disfuncional e o facto de muitas mulheres de

“baixo risco” só procurarem a sala de parto do Centro de Saúde depois de longas horas de trabalho de parto obstruído ou outras complicações ocorridas em casa. Por isso, quando os processos de referência são atrasados por falta de ambulância ou outro meio de transporte, as parturientes acabam por falecer numa das maternidades Lucrecia Paím ou Augusto N’Gangula só por terem chegado tarde demais.

Um dos principais problemas ao longo dos anos tem sido a redução da mortalidade materna nos Hospitais de Referência de 3.º nível. Na identificação de medidas, a mais importante foi a necessidade de reverter a situação das grandes Maternidades para que estas, em vez de receber uma maioria de partos normais, começassem a concentrar os seus recursos nos partos de alto risco (vide *Gráfico 4*). Esta evolução tem sido muito lenta, em parte porque estas Maternidades estão situadas no centro da cidade e estão sob pressão de uma grande parte da população, sobretudo dos municípios urbanos de Luanda, visto que os outros Hospitais não têm maternidade/sala de parto. Além disso, os Hospitais são antigos e bem conhecidos e muitas mulheres grávidas preferiam dar à luz num deles, apesar de estes dois Hospitais de modo nenhum representavam “maternidade sem risco” e também não demonstravam “amizade para com as parturientes” durante as décadas de degradação e de falta de recursos e de pessoal com o adequado sentido de ética e responsabilidade.

Gráfico 5. Taxa de Mortalidade Materna Intrahospitalar na Maternidade Lucrecia Paím 2003–2006 (por 100.000 nados vivos)

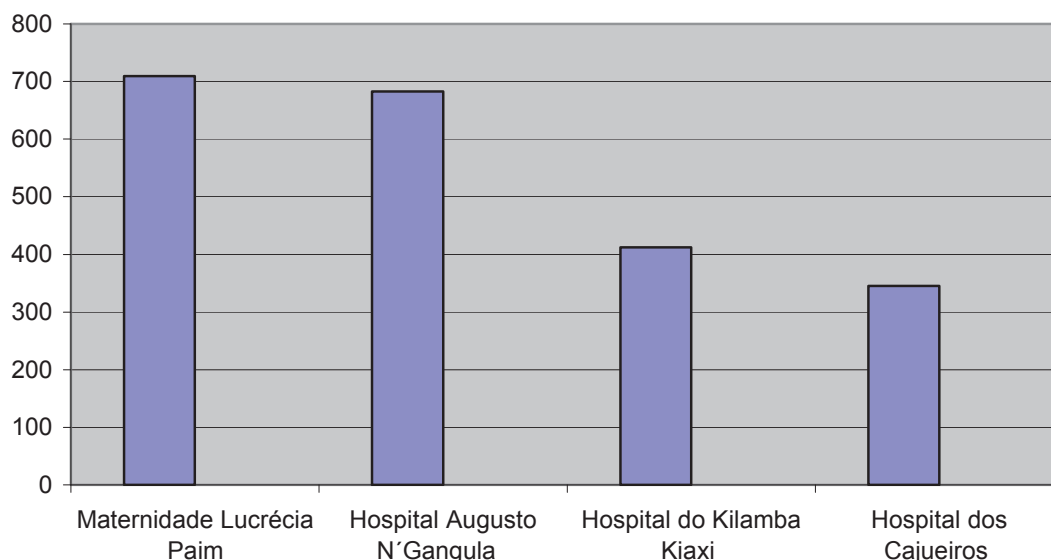


Fonte: Direcção Técnica, Secção de Estatística, Maternidade Lucrecia Paím, 2007.

Este gráfico demonstra, sem dúvida, uma tendência positiva para a Maternidade Lucrecia Paím, embora o número de mortes maternas continue muito elevado. A informação do hospital Augusto N’Gangula indica também uma diminuição das mortes maternas ao longo do tempo. O Hospital costuma ter 15–17.000 partos por ano desde o ano 2000, com um aumento durante os últimos anos. Segundo o Dr. Jerzy Niekowal, a mortalidade materna em 2001 foi calculada em 1.097/100.000 e tinha decrescido para 526/100.000 em 2004 (*Comunicação pessoal, 2006*). Segundo as estatísticas da DPSL de 2006, o Hospital Augusto N’Gangula teve 19.616 partos e uma taxa de mortalidade materna intrahospitalar de 683 (134 casos em números absolutos). Não tivemos, porém, possibilidade de discutir as razões por trás do acréscimo desde 2004 com os responsáveis do Hospital, mas o aumento não se explica pelo maior número de partos comparado com o ano 2004.

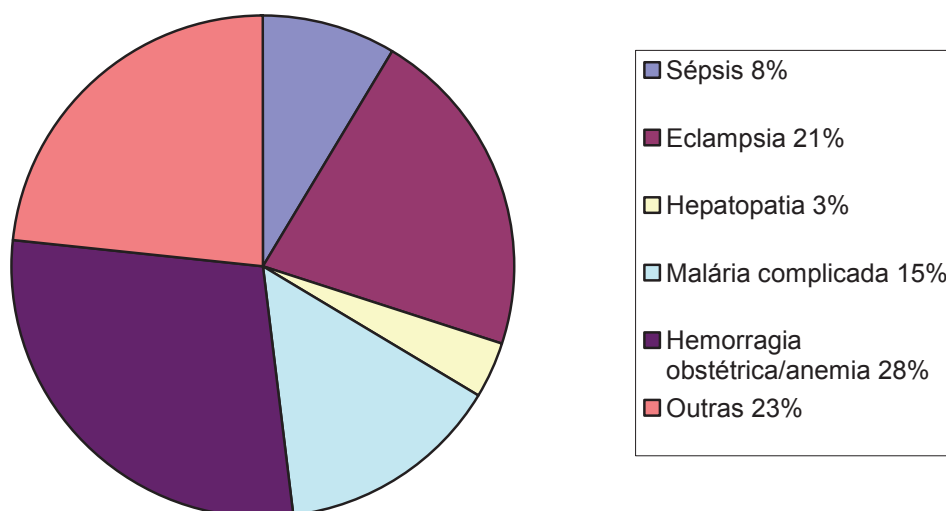
No Hospital do Kilamba Kiayi foram registadas 46 mortes maternas em 2006, ao passo que o Hospital dos Cajueiros teve 26 mortes. O número total de partos destes três Hospitais que estão sob a responsabilidade da DSPL era de 38.350, significando uma taxa de mortalidade materna intrahospitalar de 537 em 2006 (*DPSL, 2006 pág. 45*). A mortalidade materna em todos os Hospitais estudados é ilustrada no seguinte gráfico:

Gráfico 6. Taxa de Mortalidade Materna intrahospitalar (por 100.000 nados vivos) nos Hospitais de Luanda em 2006



Fonte: Maternidade Lucrecia Paím e DPSL, 2007.

Gráfico 7. Mortalidade Materna por patologia nos Hospitais de Luanda em 2006



Fonte: Maternidade Lucrecia Paím (comunicação pessoal) e DPSL, 2007.

É evidente que se necessita um esforço sistemático durante muito mais tempo, até a meta de 400 mortes maternas por 100.000 nados vivos ser atingida, visto que a situação de saúde materna/reprodutiva depende de um complexo de factores, tais como PF, educação para a saúde, cuidados pré-natais, parteiras e outro pessoal de saúde, bem como formação especializada, melhor acesso às maternidades/salas de parto, um sistema de referência eficiente e cuidados perinatais adequados e atentos.

Uma iniciativa muito positiva é a Estratégia Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e a criação de Comitês Provinciais e Municipais para a Redução da Mortalidade Materna. Estes Comitês incluem profissionais de saúde materna/reprodutiva, representantes da OMA (Organização da Mulher Angolana), da comunidade e da sociedade civil, parteiras tradicionais e outros elementos que possam contribuir para a reorganização dos cuidados obstétricos a nível local e participar em actividades de educação para a saúde a nível comunitário, etc. Um pequeno número de Comitês começaram lentamente a funcionar na Província de Luanda, por exemplo no Kazenga e Cacuaco. Graças as acções

comuns e concertadas do Comité no Cacuaco, 60 mulheres já foram enviadas ou ao Centro de Saúde ou a um dos Hospitais em Luanda para eliminar o risco de morrerem no parto (*comunicação pessoal*)⁹.

10.2 Cuidados pré-natais e planeamento familiar

Cuidados pré-natais

O investimento nos cuidados pré-natais e em PF foi uma das estratégias iniciais para melhorar a saúde materna e, como resultado esperado, reduzir a mortalidade materna. Segundo as estatísticas à disposição o número de consultas pré-natais têm aumentado por cada ano, mas a cobertura continua demasiado baixa.

Em 1999 estimava-se a cobertura dos cuidados pré-natais em 87%, um nível que certamente era bastante exagerado. Uma outra estimativa, mais fiável, avaliava na mesma altura a cobertura em aproximadamente 50% (*Andersson Brolin & Wessel, 1999*).

No seu relatório final entregue à Asdi em 2006, a CAOL apresenta os seguintes números:

Tabela 5. Cuidados pré-natais em Luanda 1999–2005

	2001	2005
Número estimado de grávidas*	288.141	319.295
Cuidados pré-natais, total de consultas	345.403	524.365
Cuidados pré-natais, 1. ^a consulta	157.158	214.580
Cuidados pré-natais, cons. de retorno	223.283	309.785

* Segundo estimativas 6.1% da população da Província.

Fonte: CAOL, Relatório anual 2005/2006

Em finais de 2005, foram distribuídas 87 salas nos diferentes Centros de Saúde e nos Postos de Saúde mais pequenos para proporcionar cuidados pré-natais. Não dispomos dos números exactos de 2007, mas certamente não deve haver menor acesso das mulheres grávidas aos cuidados pré-natais que antes. Hoje a DPSL reporta um número total de 431.626 consultas nos Centros e Postos de Saúde (*DPSL, 2007*) e a média de consultas oscila entre 0,4 (Ingombota no centro da cidade) e 3,2 (Cacuaco no norte da Província). 99% de estas mulheres foram vistas por uma enfermeira, o que pode fazer muitas mulheres abandonar o Centro de Saúde para se dirigir ao Hospital de Referência na esperança de ter uma consulta com um médico (o que na maioria dos casos não acontece).

Não há dados disponíveis sobre a proporção de mulheres grávidas que foram imunizadas contra o tétano. É, no entanto, de conhecimento comum que a mulher grávida nem sempre recebe todas as doses para assim ter imunidade completa contra o tétano. A razão principal costuma ser o facto de a grávida chegar à primeira consulta pré-natal tarde demais para poder ter as duas doses necessárias da vacina. Em consequência, demasiadas crianças recém-nascidas morrem de tétano neonatal. O número de casos está diminuindo lentamente, mas o Hospital Pediátrico David Bernardino continua recebendo vários casos por ano. E supõe-se que devem existir muitos casos que não entram nas estatísticas, visto que a infecção costuma aparecer depois de partos domiciliários quando o cordão umbilical é dado um tratamento tradicional.

O controlo de VIH e sífilis não está incluído nas rotinas clínicas, embora alguns Centros de Saúde aconselhem as mulheres grávidas de fazer o teste de VIH, especialmente quando as enfermeiras têm razão para suspeitar que uma mulher possa ser infectada.

O cartão padrão dos cuidados pré-natais do MINSa é relativamente novo e inclui todos os factores importantes para identificar possíveis gravidezes de (alto) risco e tem também espaço para listar todos os medicamentos necessários, tais como ferro, ácido fólico e cloroquina para tratamento da malária.

⁹ A informação foi recolhida em Abril de 2007 e o Comité no Cacuaco só tinha pouco tempo de funcionamento.

(O novo antipalúdico Coartem foi recentemente introduzido.) Vacinação contra o tétano está também incluída, com as datas das duas doses mínimas necessárias. Todos os factores de risco estão incluídos para que a parteira/enfermeira possa avaliar o nível de risco obstétrico e ajudar a mulher a planear para um parto hospitalar se necessário. A altura do útero (distância, em centímetros, da sínfise ao fundo uterino) tem, em números absolutos, correlação com as semanas de gravidez e um diagrama deveria, portanto, ser melhor para a avaliação do crescimento fetal e para detectar gémeos.

A qualidade dos cuidados pré-natais é provavelmente variável, especialmente durante períodos em que há falta de medicamentos essenciais. Percebemos que a tensão arterial nem sempre é controlada e que outros factores de risco podem não ser detectados. Mas, dado que um número considerável de mulheres aproveitam os cuidados pré-natais, estes seguramente servem o propósito quer para as mulheres que preferem dar à luz no Centro de Saúde, quer para as que querem dar à luz em casa.

Planeamento familiar

Os serviços de PF funcionam em todos os Centros de Saúde visitados. O número de consultas tem, no entanto, diminuído e a DPSL reporta somente 89.305 consultas durante o ano 2006 nas US do nível primário. Não há nenhuma explicação clara desta evolução mas o pessoal que trabalha na área da saúde reprodutiva julga que as atitudes do povo angolano são extremamente pró-natalistas, o que também se reflecte no crescimento populacional muito elevado. O MICS (Multiple Indicator Cluster Survey) realizado pelo INE em 2003 indica uma taxa média de fertilidade de 7 filhos nados vivos por mulher.

Tabela 6. Planeamento familiar em Luanda 2001–2007

	2001	2005	2007
Planeamento familiar, total consultas	124.108	167.896	89.305
Planeamento familiar, 1.ª consulta	32.388	45.718	26.109

Fonte: CAOL, 2006 e DPSL, 2007

O serviço de PF para adolescentes está menos expandido, mas é considerado bastante positivo pelo pessoal dos Centros de Saúde em que existe, porque assim as/os jovens têm sobretudo fácil acesso a contraceptivos gratuitamente. Os dados não separam este serviço específico dos serviços de PF em geral, e as estatísticas somente incluem consultas que resultaram em distribuição de contraceptivos, pílulas ou injeções (Depo-Provera) e colocação de DIUs.

Embora o aconselhamento não entre nas estatísticas, aquilo que antes só era simplesmente PF no sentido de “controlo de natalidade” evoluiu para hoje estar claramente ligado à saúde reprodutiva com serviços bastante abrangentes que incluem prevenção de DTS/VIH, aconselhamento sobre infertilidade e educação sexual para adolescentes. Algum pessoal masculino foi também recrutado para trabalhar nos serviços de PF.

10.3 Aconselhamento e tratamento de pacientes infectadas com VIH

Entre os Centros de Saúde e Hospitais visitados os Centros de Saúde Ana Paula e Asa Branca e os Hospitais dos Cajueiros e do Kilamba Kixi recebem e tratam mulheres grávidas infectadas com VIH e os seus filhos recém-nascidos. Em 2006, o Centro de Saúde Ana Paula começou a dar aconselhamento com uma médica em serviço diário das 8.00 às 15.30. O Hospital dos Cajueiros recebe 1 a 3 mulheres grávidas infectadas por semana (1.ª consulta) e as parteiras informam que os casos tendem a aumentar. Isto se explica pelo facto que o estigma da infecção parece menos forte hoje em dia e também pelo facto de o conhecimento do serviço começar a ser mais amplamente disseminado.

Mães seropositivas são transferidas para dar à luz num dos Hospitais. Contrariamente à prática comum os Hospitais de Referência não utilizam cesariana. O parto realiza-se de forma normal, mas em condições especificamente reguladas. As mães iniciam o tratamento com medicamentos ARV (anti-retrovirais)

antes do parto para evitar a transmissão materno-fetal e os recém-nascidos são medicados imediatamente depois de nascer. Até agora nenhuma criança nasceu infectada segundo o conhecimento dos Hospitais. As mães são, regra geral, instruídas a não amamentar e podem ter leite de fórmula gratuitamente, mas não se sabe se as mães seguem estas recomendações ou não. A saúde das crianças é controlada até a idade de um ano e meio e são depois declaradas estarem de boa saúde.

Como as mencionadas Unidades de Saúde, o Hospital do Kilamba Kiaxi executa testes voluntários ao VIH dos pacientes caso o pessoal de saúde suspeite uma possível infecção do VIH. (Se os testes realmente são “voluntários” ou não é discutível.) O Hospital está integrado no Programa Nacional de Combate de VIH/SIDA desde 2004. Os seguintes resultados dos testes ao VIH realizados no Hospital referem-se ao primeiro trimestre de 2007:

Tabela 7. Resultados de testes ao VIH, Hospital do Kilamba Kiaxi, 1.º trimestre de 2007

	N.º testados	Seropos.	Negativo	Indefinido
Mulheres grávidas	1.136	43	1.091	2
Mulheres não grávidas	128	29	99	0
Homens	8	0	8	0

Fonte: Hospital do Kilamba Kiaxi, comunicação pessoal

Contudo, o Dr. Luís Bernardino, Director do Hospital Pediátrico David Bernardino, informou que a prevalência do VIH está a aumentar rapidamente. Há dez anos atrás a prevalência do VIH nos pacientes era de 1%, mas em 2007 já chega a 15%. Em 2007 há 600 crianças sob tratamento com ARV.

Dados sobre infecção do VIH recolhidos randomizadamente tendem a indicar que o VIH já não é tão inofensivo que os números oficiais de prevalência demonstram (menos de 3% na população, em média). É do conhecimento comum que a prevalência é muito mais alta nas províncias que fazem fronteira com a RD do Congo, a Zâmbia e a Namíbia. Com o limitado acesso a serviços de saúde no país e a capacidade limitada para testagem ao VIH as perspectivas parecem bastante alarmantes.

10.4 Saúde Infantil

Se podemos dizer que as salas de parto nos Centros de Saúde estão subutilizadas, certamente não é o caso das secções de pediatria dos Centros. Devem funcionar como Banco de Urgência 24/24 horas e estão geralmente superlotadas. Só foi possível observar as actividades durante o dia, mas podemos pelo menos confirmar que as actividades continuam até às tantas da tarde...

Em termos gerais, os serviços pediátricos são os mais procurados de todos os serviços de saúde pela simples razão que as crianças adoecem frequentemente, sendo a malária e as infecções respiratórias e diarreicas as doenças mais frequentes. Os Centros de Saúde com enfermaria pediátrica (Centros de Saúde de Referência) têm um número limitado de camas para internar crianças para observação ou tratamento, por exemplo de reidratação.

Tabela 8. Serviços Pediátricos em Luanda 2003–2006, crianças em idades 1–14 anos*

	2003	2004	2005	2006
Centros de Saúde de Referência	259.236	234.901	212.388	856.852**
Hospitais Municipais	51.544	41.788	90.782	76.054
Hospital Augusto N'Gangula ***	–	–	–	7.001

* Os dados de 2006 não são especificados por idade

** Todos os Centros e Postos de Saúde

*** A Pediatria do Hospital Augusto N'Gangula foi inaugurada em 2006

Fonte: CAPEL, 2006 e DPSL, 2007 (rascunhos)

No seu Relatório Anual de 2006, a DPSL apresenta uma estimativa da população em idades de 0–14 anos em 2.285.000. Segundo os dados da DPSL de 2006, são as crianças de 1–4 anos que predominam (38,6%) nos serviços de pediatria, seguidas pelas crianças <1 ano (35,8%) e as de 5–14 anos (25,6%). As crianças com menos de um ano de idade (752.396) são levadas por seus pais ao Centro de Saúde para controlo de peso, representando em média 0,2 visitas por criança.

Dos dados apresentados por CAPEL e DPSL não é possível tirar conclusões sobre o funcionamento do sistema de referência. No relatório anual da CAPEL de 2003 estes dados existem, indicando que 1.938 transferências foram feitas para um dos Hospitais Municipais (Kilamba Kiaxi ou Cajueiros), ao passo que 1.596 crianças foram transferidas directamente para o Hospital Pediátrico David Bernardino. Os números na tabela acima representam, portanto, consultas directas nos três Hospitais.

Os serviços pediátricos, tal como o resto do sistema de saúde, é gerido e sustentado por enfermeiras e enfermeiros. Durante a existência do projecto CAPEL fez-se um esforço bastante grande para formar este pessoal de acordo com a metodologia AIDI e hoje há um quadro de enfermeiras/enfermeiros formado nos Centros de Saúde da Província.

Não nos foi possível recolher dados sobre a mortalidade <5 anos, e o relatório (rascunho) da DPSL infelizmente não inclui estes dados de 2006. O último relatório da CAPEL à Asdi (também rascunho) entregue em 2006, de facto sublinha que nem sequer as estatísticas elaboradas nos Hospitais servem para avaliar a evolução da mortalidade infantil e <5 no sistema de saúde. Segundo o MICS de 2003 a mortalidade infantil (estimativa) é de 150/1.000 enquanto a mortalidade <5 chega a 250/1.000 (dados de 2001). Nada indica que esta situação alarmante tenha melhorado de forma significativa em Luanda, visto que a maioria das crianças não é atingida pelos serviços de saúde para vacinações ou cuidados de saúde.

As vacinações continuam sendo um problema bastante grave, e somente a vacinação BCG tem uma cobertura relativamente boa. As vacinações são administradas pelo PAV, que certamente continua funcionando como um programa vertical, mas existe em praticamente todos os Centros de Saúde. Mesmo assim, alguns municípios reportam somente 37% de cobertura de vacinação BCG. Esta vacina costumava ser dada a praticamente todas as crianças, dado que é uma prática bem estabelecida desde o tempo colonial levar a criança recém-nascida ao Centro de Saúde para receber a vacina mesmo depois do parto domiciliar. Igualmente, a cobertura da DTP e pólio (todas as três doses) é muito baixa. Não há, na realidade, uma explicação deste facto e, ainda pior, não é uma situação nova; alastra-se ao longo de todas as décadas da presença do PAV em Luanda.

10.5 Supervisão

Os Centros de Saúde continuam tendo visitas de supervisão/monitoria de pessoal de supervisão da DPSL. O programa de monitoria de qualidade é gerido pela Directora de CPS, Dra. Isilda Neves. As parteiras do Centro de Saúde Ana Paula em Viana, por exemplo, mencionam as reuniões mensais com a chefe da Secção de SMI, Dra. Isabel Massocolo, e o pessoal de todos os outros Centros mencionam que a supervisão se mantém, embora com intervalos irregulares. Não foi possível encontrar dados concretos sobre a supervisão, mas temos razão para crer que estas actividades continuam a lume mais brando que durante o tempo dos projectos CAOL/CAPEL.

10.6 Actividades do dia-a-dia

É evidente que a ausência de apoio externo tem tido certas repercussões negativas em termos de provisão de serviços, embora seja difícil de isolar os efeitos directamente relacionados com a finalização do apoio sueco.

Não conseguimos estudar os possíveis efeitos negativos para os beneficiários, mas segundo as nossas observações durante as três visitas às US seleccionadas em Luanda as actividades nos Centros de Saúde estavam decorrendo de maneira normal e sem transtornos. As queixas sobre a falta de medicamentos e sobre equipamento que não funcionava não parecia afectar as enfermeiras e parteiras no seu trabalho com as parturientes ou crianças doentes. Em todos os Centros visitados o ambiente estava calmo e simpático e o desempenho do pessoal parecia totalmente profissional.

Em Novembro de 2006 o Centro de Saúde Ana Paula em Viana, por exemplo, foi visitado numa sexta-feira à tarde e a actividade foi bastante baixa na sala de partos e na pediatria.

Os Centros Hoji ya Henda e Asa Branca foram visitados numa segunda-feira de manhã e estavam, naturalmente, mais cheios. No Centro Hoji ya Henda o pessoal reportava do turno da noite: 5 partos, nenhuma transferência e 7 crianças no Banco de Urgência da pediatria. No Centro de Asa Branca a imunização e a monitoria de nutrição estavam a funcionar com muita eficiência.

O Hospital dos Cajueiros foi visitado numa segunda-feira à tarde. A maternidade recebeu uma paciente em condição de risco de vida transferida do Centro Asa Branca. A paciente foi tratada imediatamente, aproximadamente 30 minutos depois da decisão de transferência, incluindo o transporte de curta distância por *candongueiro*, e depois de se conseguir parar a hemorragia ganhou consciência novamente.

10.7 Cobranças ilegais e legais

A equipa tentou verificar as tarifas pagas pelas mulheres e pelos pais para os serviços de saúde reprodutiva e saúde infantil, respectivamente, mas não foi possível recolher informação directamente dos utentes nos Centros de Saúde. Os directores da DPSL e das US não fazem segredo das cobranças ilegais frequentemente praticadas em Luanda desde há muitos anos. O problema das *gasosas* foi sublinhado várias vezes nas avaliações encomendadas pela Asdi em 1999 e 2003 como uma das barreiras decisivas para as mulheres e os pais não utilizarem os serviços de saúde disponíveis.

Em Abril de 2006 o Centro de Saúde Ana Paula em Viana tinha um cartaz na porta da sala de parto informando que o preço do parto era de Kz 500, mas este cartaz tinha desaparecido em Novembro... No Centro Hoji ya Henda o administrador afirmava que o parto era gratuito, mas admitia que seria muito difícil acabar com as *gasosas*. Mais tarde podíamos observar como as mães entregavam o cartão de vacinação dobrado com uma nota de Kwanzas inserida. Não é preciso afirmar que a imunização das crianças é gratuita. Os bancos de emergência de pediatria não têm direito a cobrar para consultas infantis, mas cobram na mesma. Os medicamentos essenciais – cloroquina, Coarten, antipiréticos, antibióticos, etc. – devem ser distribuídos gratuitamente, mas são muitas vezes vendidos aos doentes.

As *comparticipações*, ou seja os preços regulamentados e abertamente cobrados (não parece totalmente claro se este sistema é legal ou não) são anunciados na recepção da US. Uma consulta normal custa Kz 200 (aproximadamente USD 2,5), mas os diferentes tipos de análises têm um tarifário específico. O teste de malária é gratuito. Estas receitas possibilitam o funcionamento dos Centros de Saúde. Asa Branca, por exemplo, recebe uma média de Kz 50.000 por dia e no mínimo 1 milhão de Kz por mês. Estas receitas são utilizadas para comprar medicamentos, detergentes, combustível, peças sobressalentes, alimentos, etc.

Os Centros de Saúde confirmam que a sua situação foi mais fácil durante o período do projecto CAOL/CAPEL. Hoje é extremamente difícil ter meios suficientes para funcionar quando os Centros dependem exclusivamente das *comparticipações*.

11 CEP – Curso de Especialização de Parteiras

O CEP foi “agarrado” pelo Departamento de Recursos Humanos do MINSA em 2004, depois de a Asdi ter congelado o desembolso de fundos para o curso. Visto que as estudantes do curso, além de Luanda, vinham das províncias e estavam de licença dos seus trabalhos para poder estudar o MINSA fez um esforço para, o mais rapidamente possível, garantir os recursos necessários para o curso poder continuar.

O CEP obteve consideráveis recursos desde o seu início e é provável que se sente a diferença a partir do corte do financiamento sueco com o orçamento muito menos generoso do MINSA.

Desde o início do CEP, em Outubro de 1998, foram graduadas 92 parteiras dos quatro cursos dados pelo CEP. 41 das graduadas são da Província de Luanda enquanto 51 são provenientes de doze das outras províncias do país. 47 de estas parteiras regressaram aos seus lugares de trabalho – na sala de parto do Hospital Provincial ou num Centro de Saúde – ao passo que quatro ficaram como docentes no CEP em Luanda ou em Malanje e Lubango (CEP, 2007). Duas das parteiras do primeiro curso continuaram com o curso universitário de enfermagem e estão hoje a trabalhar no Hospital Geral de Luanda (Camama) e na Maternidade Lucrecia Paím.

Em 2006 funcionavam três cursos. Além do curso em Luanda os novos cursos em Malanje e Lubango (Província de Huíla) tinham começado. 27 enfermeiras estavam a estudar em Luanda, 15 em Malanje e 25 em Lubango.

O quadro de pessoal do CEP é pequeno; consiste somente de seis pessoas incluindo o pessoal administrativo. Por isso o CEP solicitou mais pessoal docente ao Departamento de Recursos Humanos, desejando em primeiro lugar mais uma parteira especializada e um médico obstetra como docentes.

O curso tem uma duração de 52 semanas, das quais cerca de vinte (780 horas) são dedicadas a aulas teóricas e 32 semanas (1.290 horas) a prática/estágio em Centros de Saúde seleccionados para o efeito e nos Hospitais de Referência de 2.º nível. (O CEP tem problemas em colocar os seus estudantes na Maternidade Lucrecia Paím.) Além das áreas saúde materna e reprodutiva o curso também inclui áreas como informação, educação para a saúde e comunicação que são leccionadas por sociólogos, antropólogos e psicólogos. Os docentes trabalham com métodos pedagógicos modernos, tais como dramatização e resolução de problemas através de trabalho de grupo.

Em 2007, o CEP e o MINSA decidiram parar o recrutamento de estudantes para os cursos em Malanje e Lubango dado que o pequeno grupo de docentes não conseguiu aguentar a situação e, além disso, as instalações do curso em Malanje ainda não estavam prontas. Mas, apesar de tudo, o trabalho nas duas províncias tem decorrido bastante agilmente, embora as docentes tenham sido obrigadas a viajar de Luanda a Malanje e Lubango. A coordenadora do curso, Dra. Engrácia de Freitas, descreve o desenvolvimento da saúde materno-infantil nas províncias em termos bastante positivos. Estas duas províncias estão construindo sistemas descentralizados com pequenas maternidades em Centros de Saúde já existentes e o apoio ao CEP é muito grande porque compreende-se que é urgente aumentar o número de parteiras especializadas.

Não foi possível avaliar a qualidade do CEP e o curso como tal, mas nas entrevistas ouvimos várias parteiras confirmar que a qualidade é boa e que este curso lhes fez elevar a sua segurança profissional. Este aspecto foi, de facto, o objectivo principal quando a Asdi começou as discussões sobre a criação de um curso moderno para formação de parteiras em Angola.

12 Sustentabilidade no Futuro

Depois da visita a Luanda em Novembro de 2006 a equipa de avaliadores estava convencida de que o problema mais sério no futuro próximo era a falta de recursos financeiros reservados para o sector (estatal) de saúde em Luanda. Em finais de 2006 a situação orçamental dos Centros de Saúde (nível primário) não estava resolvida e os hospitais provinciais e gerais viviam também numa situação totalmente absurda, visto que os seus “orçamentos indicativos” foram transformados em fundos periodicamente desembolsados, mas fundos que de um dia para outro podiam sofrer cortes drásticos.

Mas durante a última visita em Abril de 2007 podíamos, com grande surpresa, verificar que uma das condições para sustentabilidade institucional estava cumprida com a descentralização do orçamento de saúde. O desenvolvimento para se criar um sistema de gestão das Unidades de Saúde mais descentralizado agora depende da DPSL e a sua capacidade de prestar apoio e acompanhar a evolução do sistema. O desenvolvimento de responsabilidade e competência do grupo de administradores e outro pessoal das Unidades de Saúde e, sobretudo, entre o pessoal das Secções Municipais de Saúde são factores cruciais para sucesso ou fracasso. Depende da DPSL e os seus dirigentes mais altos de imediatamente estabelecer normas éticas contra a corrupção e a má utilização de fundos, dado que muitas práticas negativas passaram impunes ao longo dos anos. Compete, conseqüentemente, à DPSL a fazer todo o esforço possível para criar um sistema orçamental de ágil funcionamento e apoiar no estabelecimento de prioridades correctas para evitar conflitos sobre a utilização dos recursos.

Embora os Centros de Saúde recebam um orçamento através das Secções Municipais de Saúde a partir de Janeiro de 2007, os directores administrativos e outro pessoal não estão bem informados sobre esta nova situação. Estes recursos certamente não vão poder resolver todos os problemas acumulados de manutenção e reparação de viaturas e equipamento hospitalar, por não falar de todas as situações de emergência que vêm surgindo, porque todas as despesas terão que ser processadas através das Secções Municipais de Saúde, onde o pessoal administrativo pode ter dificuldades em trabalhar com o novo sistema de uma maneira eficiente. Mas apesar de possíveis “doenças infantis” na implementação do novo sistema orçamental não restam dúvidas de que a descentralização da gestão de recursos é de grande importância para assegurar não somente o funcionamento do sistema de saúde mas também para garantir serviços de saúde de uma razoável qualidade.

Há, no entanto, uma ameaça que se mantém: os salários baixos e, aparentemente, arbitrários no Sector da Saúde. Caso os salários continuem baixos e, em cima disso, não sejam pagos regularmente há um risco óbvio que os trabalhadores de saúde reincidam nas antigas rotinas de não aparecer no lugar de trabalho e começar a trabalhar cada vez mais nas clínicas privadas ou estabelecer o seu pequeno negócio de saúde baseado em medicamentos e gastáveis roubados. Um salário decente é o instrumento mais importante para induzir os quadros de saúde a manter a motivação e continuar numa linha profissional eticamente correcta e de responsabilidade. Se as parteiras e enfermeiras começarem a copiar o comportamento dos médicos, que passam mais tempo profissional nas clínicas privadas que nos hospitais estatais, o presente sistema descentralizado de SMI vai rapidamente começar a erodir. Tal situação não somente iria minar todo o sistema de saúde, mas também frustrar muitos anos de esforços de desenvolvimento de competências e qualidade em benefício da população de Luanda e, também, de introduzir reformas que possam servir de exemplo para o resto do país.

13 Efeitos Negativos da Finalização do Apoio

Finalização enigmática

Em Abril de 2006, ou seja durante a primeira fase de esta avaliação, as pessoas em posição de responsabilidade que foram entrevistadas não levantaram críticas sérias contra a Asdi por ter terminado o seu apoio e julgaram que receberam a informação sobre a finalização dos projectos com suficiente margem de tempo. Notámos, naturalmente, certa sensação de decepção nas pessoas e muitas preocupações sobre o futuro das actividades sem o apoio bastante diligente da InDevelop. A única reacção de “pânico” estava ligada à falta de medicamentos para a saúde materna na Província, e tratava-se de facto de um problema que merecia a ser levado a sério.

Muitas pessoas expressaram, porém, as suas dúvidas sobre os motivos da retirada da Asdi de Angola depois de uma presença no país durante tanto tempo e também em circunstâncias muito mais difíceis do que hoje. Durante a guerra era praticamente impossível produzir desenvolvimento no Sector da Saúde. Porque abandonar o país quando, finalmente, tinha ganho a paz e suficiente estabilidade para começar a desenvolver as instituições de saúde e melhorar os serviços de saúde reprodutiva e infantil? Mais tarde ficou claro que os motivos políticos do Governo sueco para terminar o apoio à saúde materno-infantil em Luanda estavam desconhecidos entre os trabalhadores de saúde no terreno, visto que só os chefes da DPSL e as coordenadoras dos projectos receberam a informação em seminários e *workshops* para delinear as actividades durante a última fase da cooperação.

Temos, no entanto, que mencionar que não nos foi possível clarificar o processo em que se fundamentava a decisão sueca de finalizar o apoio à saúde em Luanda. A documentação é muito limitada e nenhuma das pessoas entrevistadas na Suécia conseguiu dar uma explicação satisfatória.

Críticas angolanas

Durante as primeiras discussões em Luanda foi um pouco difícil encontrar críticas mais específicas em relação à finalização do programa. Só bastante tarde, num clima mais aberto e de confiança, foram revelados alguns reparos sobre os procedimentos de finalização do programa. O ponto principal foi o prazo muito curto reservado para a parte angolana se preparar para tomar a plena responsabilidade pela gestão de um programa que funcionava ao lado da estrutura normal da DPSL. Há muitos anos, CAOL e CAPEL tornaram-se projectos clássicos de *by-pass*, ou seja projectos com as suas próprias rotinas, com orçamentos totalmente separados da DPSL e com pouca flexibilidade na utilização dos recursos. O orçamento da CAOL era só para a CAOL, embora a CAPEL segundo a lógica do funcionamento dos serviços SMI muito bem poderia ter utilizado uma parte para as “suas” crianças em situações de falta. A antiga coordenadora da CAPEL disse com certa ironia: “Os obstetras cuidam das mães, mas muitas vezes se esquecem das crianças que nascem...”

No fim do nosso trabalho a parte angolana também fez umas observações críticas sobre a empresa de consultores da Asdi, a InDevelop, que era responsável pela implementação do programa desde 1995. A DPSL simplesmente não se sentia envolvida no trabalho. Sobretudo durante o período de finalização o ritmo de execução foi acelerado e por exemplo a compra de viaturas e equipamento foi feita praticamente sem consultar a DPSL.

Comunicação

Outro ponto de interrogação é a questão de comunicação entre o centro (a DPSL) e a periferia (os Centros de Saúde). Os Centros de Saúde têm conhecimento do fim da CAOL e CAPEL como órgãos de serviço à rede de cuidados primários na periferia, mas parece haver uma certa falta de clarificação sobre as novas rotinas, distribuição de medicamentos e gastáveis etc. e sobre o simples facto de que a DPSL hoje é a estrutura responsável para apoiar os Centros de Saúde. A supervisão e monitoria de qualidade parecem decorrer normalmente, mas o lado administrativo dos contactos parece menos desenvolvido.

Como uma última questão deste capítulo sobre os aspectos e efeitos negativos queremos sublinhar que somente poucas pessoas tinham conhecimento da finalização do apoio sueco, e ainda menos sabia-se algo sobre os motivos por trás da decisão do Governo sueco de acabar com o apoio à SMI em Luanda. Para a maioria dos trabalhadores de saúde a CAOL e a CAPEL simplesmente evaporaram e acabaram com a distribuição de medicamentos e gastáveis aos Centros e Hospitais na periferia. Embora não tenhamos uma análise bem fundamentada das emoções entre os trabalhadores de saúde, pensamos que estes tinham o direito de serem informados sobre a nova situação e que o estatuto de projecto, com incentivos e rotinas ágeis e flexíveis de *by-pass*, ia acabar. Os Centros de Saúde agora dependem unicamente da estrutura provincial de saúde, que já não tem um consultor ao seu lado para rapidamente resolver os problemas que surgem. Hoje os trabalhadores de saúde terão novamente que dirigir-se à Secção Municipal de Saúde e à DPSL e aprender como construir um sistema de comunicação de intercâmbio de informação com estes níveis. Esperamos que o pessoal quer da periferia quer do centro será preparado a utilizar a sua capacidade e criatividade profissional para dialogar e fazer um esforço comum para fortalecer os alicerces que foram construídos durante mais de dez anos de apoio ao desenvolvimento do subsector de saúde materno-infantil.

14 Conclusões – um ano mais tarde

As seguintes conclusões referem-se à DPSL e ao subsector de SMI:

Desempenho responsável da DPSL

A conclusão mais importante e muito positiva é que, no nosso entender, a DPSL assumiu a responsabilidade de continuar o trabalho e defender as realizações alcançadas durante os mais de dez anos com CAOL e CAPEL e a cooperação sueca. Foi iniciada a criação de Comitês de Combate à Mortalidade Materna nos municípios; mais trabalhadores de saúde foram empregados; nunca, até hoje, houve tantos recursos para os serviços de saúde; os Centros de Saúde e Hospitais degradados vão receber novo equipamento e o Hospital dos Cajueiros vai ser objecto de obras de reparação total num futuro próximo. As actividades de formação continuam – com ou sem apoio externo – e a supervisão e monitoria de qualidade estão funcionando com bastante regularidade. Os serviços não sofreram colapso, antes pelo contrário: Mais cinco salas de parto abriram em 2006 e prevê-se a inauguração de mais três em 2007.

Integração

Os anteriores projectos CAOL e CAPEL foram (re)integrados na estrutura da DPSL de forma bem sucedida. Em vez de, de certa forma, funcionar como corpos separados, os seus recursos humanos e materiais fazem hoje novamente parte do programa de CPS com o sub-programa de SMI sob a direcção das antigas coordenadoras (a directora do programa CPS e a chefe de SMI, respectivamente). Isto significa que os efeitos positivos do longo período de trabalho nos projectos CAOL e CAPEL, como por exemplo o reforço da capacidade institucional, formação/especialização de categorias de pessoal chave, monitoria de qualidade e supervisão, influência nas atitudes do pessoal, etc. vão permanecer como qualidades e benefícios que possam ter um impacto em todas as US da Província. O reforço de conhecimentos e capacidades é um dos efeitos mais importantes do apoio da Asdi. É uma base valiosa nesta fase de trabalho com a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, a reforma orçamental e outros desenvolvimentos positivos do Sector da Saúde em Luanda.

Reforma orçamental – importante passo avante

Visto que a parte angolana tinha acordado garantir a sustentabilidade do programa depois da finalização do apoio externo, a fase do último acordo com a Suécia estava cheia de incertezas. O director da DPSL não teve êxito nas negociações orçamentais em 2005 para garantir recursos do Ministério das

Finanças e do Governo Provincial para preencher o vazio depois do fim do apoio sueco. Não se esperava outro maior doador para substituir a Asdi, e durante 2006 a DPSL ainda não tinha resposta do Governo sobre a descentralização do orçamento para evitar a degradação das actividades da área de saúde materno-infantil que estavam a funcionar relativamente bem.

Por isso, a reforma orçamental é a contribuição mais importante para a sustentabilidade institucional. É, de facto, uma condição *sine qua non* para manter o nível de qualidade atingido e para segurar a confiança nos serviços fornecidos pelos Centros de Saúde e Hospitais suburbanos. Numa perspectiva de longo prazo deve também contribuir para reduzir a mortalidade materna e infantil e, possivelmente, conter a propagação de VIH e garantir o tratamento de mulheres grávidas/mães infectadas (e pais, caso estes aceitem ser testados) e das suas crianças.

Foi realmente interessante testemunhar como uma situação bastante deprimente e incerta depois do fecho dos projectos financiados pela Asdi, no prazo de um ano virou para uma situação de normalização do funcionamento dos serviços de saúde na Província e de transferência da responsabilidade aos níveis descentralizados onde ela logicamente pertence. Embora o trabalho na DPSL e nas SMS certamente não vai andar sobre rodas e vai levar tempo resolver os problemas que possam surgir, a única forma é assumir plena responsabilidade perante os cidadãos e utentes do sistema público de saúde em Luanda.

Retenção de pessoal

O facto de o pessoal não ter abandonado a DPSL e o subsector de SMI durante ou depois da finalização do apoio da Asdi e da InDevelop é bom sinal. Todavia, a DPSL e o MINSA não podem descansar e contar com que esta situação dure eternamente. Se os salários não forem ajustados de acordo com a competência, senioridade e nível de formação do pessoal os quadros mais qualificados podem facilmente ser absorvidos pelo sector privado de saúde. Isto seria um desperdício muito sério para o sistema de saúde na Província que realmente precisa de guardar todo o seu pessoal competente.

Salas de parto subutilizadas

Um dos “assuntos quentes” que permanece depois do fim do apoio sueco – embora não esteja directamente ligado – é a baixa percentagem de partos institucionais na região de Luanda. As salas de parto na periferia da capital estão subutilizadas e, pelo menos, 70 por cento de todos os partos são domiciliares. Existem alguns estudos que explicam porque as mulheres preferem dar à luz em casa, mas quando o objectivo dos investimentos realizados é a promoção da maternidade segura e a redução da mortalidade materna ainda há muito a fazer para analisar este fenómeno e tomar medidas para mudar esta situação. Para conseguir resultados os trabalhadores de saúde terão que aproximar-se às comunidades, e com respeito prestar atenção às preocupações das mulheres relacionadas com a gravidez e o parto e tentar adaptar os serviços às necessidades das utentes. Os custos são o obstáculo mais importante para os pobres procurar os serviços de saúde ou dar à luz numa sala de parto em vez de dar à luz em casa sem assistência qualificada. Segundo a nossa análise as gasosas são a razão principal da subutilização das salas de parto que existem nos municípios suburbanos.

Pontos fracos na área de obstetria

Outro ponto fraco é a tendência observada de diminuição de supervisão e acompanhamento da utilização do partograma. O conhecimento é uma matéria viva, e se as parteiras não têm um bom apoio e uma formação permanente (reciclagem) vão facilmente esquecer-se de um método que custa certo esforço e cuidado, mas que contribui a que o parto seja mais seguro para a parturiente. Obstetria e pediatria são “produtos” perecíveis que têm que ser mantidos vivos através de formação prática e interactiva para que médicos e enfermeiras/parteiras mantenham a habilidade de tratar de situações obstétricas e de cuidados neonatais de emergência. Outro aspecto negativo e perigoso é a tendência de optar para a cesariana antes de tentar a ventosa. A maior parte das parteiras não está familiarizada com este instrumento.

Banco de sangue – uma necessidade urgente

Uma questão muito crítica, com consequências para todo esforço a reduzir a mortalidade materna, é a falta de um banco de sangue que funcione de modo normal. Os hospitais têm quantidades de sangue muito limitadas, e raramente é suficiente para poder salvar uma mulher com hemorragias pós-parto. O banco de sangue foi originalmente um dos componentes do PAI, mas foi eliminado porque se esperava financiamento para o fim da UE. No entanto, este projecto não se realizou e ainda hoje (2007) Luanda permanece sem um banco de sangue seguro e bem organizado para servir os hospitais superlotados.

Testagem e tratamento do VIH

Presentemente poucas pessoas em Angola são testadas da infecção por VIH e continua-se dizendo que a percentagem de prevalência do VIH na população é baixa. Se Angola quer fazer um esforço sério para deter a propagação do vírus e aproveitar as possibilidades de medicar os indivíduos seropositivos, sobretudo as mulheres grávidas devem ser motivadas para se submeter à testagem. Independentemente do Programa Nacional de Combate ao VIH/SIDA, a Província de Luanda tem uma estrutura a funcionar com Centros de Saúde e Hospitais onde muitas mulheres grávidas vão à consulta pré-natal.

Planeamento familiar

As actividades de PF diminuíram durante os últimos anos. Este componente tão importante da saúde reprodutiva devia merecer mais atenção, dado que Angola abertamente tem cultivado uma política pró-natalista sem considerar que a extrema pobreza sobretudo afecta as famílias grandes. Os filhos morrem de doenças preveníveis ou curáveis, mulheres morrem com complicações de abortos clandestinos e as mulheres múltiparas correm o risco de morrer no parto depois de ter muitos filhos.

Serviços de cuidados infantis

Os Bancos de Urgência de pediatria com horário de 24/24 horas funcionam bem. Aplicam a metodologia AIDI e recebem regularmente os *kits* de medicamentos essenciais. Visto que o apoio da Asdi à CAPEL só durou dez anos é cedo demais poder observar efeitos nítidos no fluxo de pacientes ao Hospital Pediátrico David Bernardino em Luanda, que continua superlotado e que tem dificuldades de superar a situação. É possível que as coisas possam ter mudado um pouco para melhor com a inauguração da nova enfermaria pediátrica no Hospital Augusto N'Gangula e com a continuação de investimentos em enfermarias pediátricas nos municípios, embora elas continuem sendo muito poucas em relação às necessidades. A resposta da DPSL às necessidades através da expansão dos serviços de cuidados pediátricos a todos os níveis vai levar tempo, considerando que crianças <15 anos de idade constituem aproximadamente 50% da população (*MICS, 2003*).

Baixa cobertura de vacinação

Uma fraqueza inconcebível do sistema SMI é a baixa cobertura de vacinação quer de crianças, quer de mulheres grávidas (anti-tétano). O PAV trabalha em Angola desde a Independência e os resultados continuam sendo bastante medíocres. Vacinações rotineiras têm que ser a regra e as grandes campanhas a excepção, e os serviços de vacinação têm sempre de estar abertos e disponíveis nos Centros de Saúde. É a única maneira de minimizar os riscos de crianças ficarem sem imunização. O PAV recentemente começou a utilizar a nova vacina Pentavac que facilita a imunização visto que as crianças recebem cinco vacinas numa só dose.

Sustentabilidade numa perspectiva de longo prazo

Embora estejamos bastante bem impressionados com a evolução nas áreas saúde reprodutiva e infantil, achamos cedo demais julgar se a DPSL será capaz de continuar a desenvolver o acesso aos serviços de saúde. Este desenvolvimento inclui também o melhoramento da qualidade dos mesmos, e mais especificamente dos serviços de saúde materno-infantil. A continuação desta evolução positiva só será possível com um forte apoio político para que os recursos para a saúde possam ser garantidos para a Província mais populosa do país. Simultaneamente, é também preciso fortalecer a capacidade de gestão a todos os níveis para implementar as reformas tão necessárias.

As seguintes conclusões finais referem-se à Asdi e ao processo de finalização do apoio sueco:

Aviso com prazo demasiado breve, período de finalização demasiado curto

A decisão sueca, do Ministério dos Negócios Estrangeiros e da Asdi, de terminar o apoio à SMI em Luanda parece bastante improvisada – nem muito bem fundamentada, nem muito bem planeada. Poucas pessoas em altos cargos em Luanda dispunham de informação, visto que não existia um acordo geral de cooperação entre os dois Governos senão só um acordo específico com o MINSA. Nesta situação havia um risco de minar a confiança da parte angolana, porque os motivos para a finalização não foram bem compreendidos. Muitos angolanos são de opinião que, em vez de terminar a cooperação, o tempo de hoje está mais oportuno para se estabelecer cooperação com Angola numa base mais sólida depois de o país ter conquistado a paz e uma certa estabilidade.

Julgamos que a parte angolana, ou seja a DPSL, conseguiu adaptar-se à mudança de cenário e tomar a responsabilidade para reintegrar os ex-projectos na organização provincial. Isto aconteceu contra as expectativas, porque a finalização foi anunciada em cima da hora e, segundo o plano, devia ser concluída em dois anos. Na realidade o tempo foi mais curto por causa do congelamento do desembolso de fundos e o atraso de entrada em vigor do acordo final.

A finalização – uma acção correcta ou não?

Embora tenhamos concluído que os serviços de SMI em Luanda não sofreram colapso depois do fim do apoio financeiro e técnico através da Asdi, queremos todavia levantar a questão se foi justificado ou não terminar este programa. Vários factores indicam que a cooperação poderia ter continuado, provavelmente em formas modificadas e sob a orientação da própria DPSL, sobretudo porque as condições de trabalho melhoraram a partir da paz em 2002. Sem dúvida, a base de cooperação mudou para melhor em muitos aspectos. Ainda há muito a fazer para melhorar a qualidade dos serviços de SMI, por exemplo nas áreas de gestão e planeamento. Não conseguimos encontrar sinais de diálogo entre as partes ou uma análise de prós e contras de continuação ou finalização do apoio, o que faz com que esta decisão pareça pouco objectiva e baseada em evidência.

15 Recomendações

15.1 Recomendações à Asdi

Retomar a cooperação

Uma recomendação séria à Asdi e ao Governo sueco é de retomar o apoio à SMI em Angola no quadro da chamada *cooperação selectiva*. Esta forma não tem nada a ver com a cooperação na forma convencional com financiamento, equipamento e uma variedade de consultores. Os seus objectivos e metas devem ser identificados e analisados pela parte angolana que hoje é muito consciente dos recursos existentes na Suécia nas áreas de saúde reprodutiva e infantil.

Nestas áreas a Suécia tem vantagens comparativas em relação a outros actores em Angola, porque estas áreas são muito bem desenvolvidas na sociedade sueca. Não é, no entanto, obrigatório que estas áreas sejam reservadas só para colaboração com a Suécia, porque há também outros actores que possam ser de interesse. Mas é preciso dialogar e coordenar os recursos com vista a evitar uma situação à qual Angola já foi exposta durante muitos anos, quer dizer diferentes métodos e normas e pouca consideração pelos conhecimentos e preferências dos profissionais angolanos. Tem que ser a parte angolana a tomar o comando, porque a posse angolana do processo é uma condição para se poder avançar nesta direcção.

Entre as possíveis áreas de cooperação recomendamos a continuação da formação de pessoal em gestão da saúde, que também deve beneficiar outras áreas além da SMI. A Suécia contribuiu para a criação da profissão de parteira especializada em Angola; porque não apoiar uma profissão moderna de gestão do Sector da Saúde? Angola precisa também de continuar a descentralização dos cuidados obstétricos, visto que o modelo de Luanda está gradualmente a ser replicado em outras províncias. Os médicos obstetras são poucos – só há 51 obstetras nacionais em todo o país – o que nos faz propor um investimento na formação de algumas das parteiras mais hábeis e experientes para se tornar *técnicos de cirurgia* para, em primeiro lugar, serem capazes de fazer cesarianas. Há, sem dúvida, uma forte oposição entre os médicos obstetras contra tal intromissão na área deles, e por isso poderia ter importância estratégica se uma instituição sueca (como, por exemplo um hospital público a nível provincial) pudesse apoiar um curso complementar deste tipo. Em Angola o curso podia ser ministrado pelo CEP em colaboração com os médicos obstetras que já estão ligados ao CEP como docentes.

Este tipo de colaboração institucional poderia gradualmente desenvolver-se em cooperação de investigação não somente em obstetrícia e pediatria, mas também em ciências sociais como antropologia social, sociologia, etc., porque faz falta reforçar as áreas de saúde reprodutiva sobretudo com contribuições antropológicas e sociológicas.

Finalização da cooperação leva tempo

Na cooperação para o desenvolvimento da Suécia há limitada experiência de finalizar programas ou projectos. Existem, no entanto, alguns exemplos que possam ser estudados, como a finalização do MONAP (*Mozambican-Nordic Agricultural Programme*) que apresenta similaridades com o amplo programa de apoio ao Sector da Saúde em Angola.

Uma das lições do caso MONAP é que a finalização leva tempo. A decisão do grupo dos países nórdicos de terminar o grande financiamento ao programa de apoio à agricultura foi anunciada com cinco anos de antecedência (1986) por uma delegação de alto nível com representantes de todas as agências nórdicas de cooperação. Isto aconteceu num seminário com a presença dos chefes de todas as direcções do Ministério de Agricultura envolvidas e com bastante tempo para discussão e troca de ideias. O objectivo foi, em princípio, a reorganização do programa, para que cada um dos países nórdicos/doadores pudesse responsabilizar-se pelos componentes mais estratégicos do programa em vez de continuar mantendo a responsabilidade e administração conjunta de todo o grupo de países doadores.

No presente caso angolano, a decisão sobre a finalização parece ter vindo como um raio de céu azul surpreendendo quer a Divisão da Saúde da Asdi, quer o MINSA e a DPSL em Luanda. A Asdi não tinha uma estratégia elaborada para a finalização dos projectos e quando, finalmente, se iniciou o processo de planeamento em Luanda depois de vários meses de atraso tratava-se mais de planear a utilização do orçamento acordado do que discutir e analisar a situação pós-cooperação. Esta metodologia de finalização podia ter colocado em risco as realizações e os efeitos positivos alcançados durante mais de dez anos de trabalho no subsector de SMI. O facto de isto não ter acontecido certamente não é devido à Asdi.

O horizonte temporal é sempre um factor crucial, e não somente para a finalização per se. Acordos e planos têm que ser negociados e é preciso reservar suficiente tempo para este processo preparatório. Idealmente, a finalização deve basear-se em acordos de, digamos, três a cinco anos. O próprio aviso de finalização deve ser dado ainda mais cedo ou, melhor ainda, estar previsto desde o início da cooperação.

É, portanto, uma recomendação séria à Asdi de aprender a lição deste caso e de outros casos anteriores da história da cooperação para o desenvolvimento. A Asdi terá que analisar os seus métodos de finalização e formular directrizes para gerir as diferentes situações de finalização de programas/projectos, independentemente se for em situações controladas ou de emergência.

Visto que a *sustentabilidade pós-finalização* é um aspecto básico desta avaliação recomendamos que a Asdi continue a acompanhar o “caso” SMI em Angola, com uma ou duas avaliações com certos intervalos.

O resultado de tal processo de acompanhamento deve servir de contribuição produtiva para a análise e aprendizagem da Asdi.

Auto-reflexão

O motivo da parte sueca para pôr termo à cooperação bilateral com Angola parece ter sido puramente político. Mas, mesmo assim, a parte sueca teria necessitado fazer certa auto-reflexão para analisar as frustrações por trás de uma decisão tão drástica e rever as quase três décadas de cooperação bilateral com Angola. Estes trinta anos estavam cheios de dificuldades e insucessos e, apesar de boa vontade e esforços, os objectivos definidos não foram atingidos. Esta experiência angolana nunca foi analisada a fundo pela Asdi (p.f. vide a avaliação *Pehrsson et al., Apoio Saudável? Um Estudo do Apoio Sueco à Saúde em Angola 1977–2006. Sida Evaluation 2008:05*), mas apesar disso parece ter influenciado a decisão de a Asdi finalmente se retirar também do subsector de SMI, em que, no final das contas, os resultados foram bastante positivos considerando as condições adversas.

Há, portanto, razão para que a Asdi analise o seu próprio papel em Angola e tal reflexão pertence a qualquer decisão de retirada de uma longa parceria de cooperação. Esta análise deve também ser levantada para discussão com o respectivo Governo para que os motivos possam ser compreendidos – e abertamente questionados – pelo outro parceiro.

15.2 Recomendações à DPSL

A maior parte das seguintes recomendações à DPSL são, por razões evidentes, práticas e orientadas para o futuro:

Informação e gestão

Já mencionámos alguns exemplos de falta de informação do centro para a periferia. Para evitar falhas de informação, e para facilitar a gestão do novo sistema descentralizado, é preciso melhorar o contacto com as US e elaborar relevante documentação, como manuais, folhetos informativos de distribuição periódica, etc. Os quadros da DPSL em posição de responsabilidade terão que controlar que toda a informação importante, por exemplo sobre orçamento e questões administrativas, passa das SMS para todas as US.

Será necessário organizar acções de formação em administração e gestão, e reciclagem com certos intervalos, para fortalecer o nível municipal. Tanto as SMS como as US precisam de computadores (inclusive formação) para conseguir desempenhar as suas tarefas de acordo com a nova descentralização de responsabilidades.

Recursos humanos

Trabalhadores de saúde com formação especializada, por exemplo em saúde reprodutiva ou pediatria, são às vezes mudados para outras áreas e assim a sua competência especial já não serve para o programa de saúde reprodutiva/SMI. É uma forte recomendação que estas medidas sejam abandonadas, para que o pessoal especializado possa continuar a trabalhar na área em que a sua formação e experiência profissional pode fazer uma diferença qualitativa.

Imunização e educação para a saúde

Com a enorme pressão sobre o sistema de saúde, por exemplo nos cuidados pediátricos a todos os níveis e nas grandes maternidades, vai levar várias gerações até o sistema de saúde de Luanda ter capacidade para responder às necessidades dos cidadãos. Por isso, será preciso investir em prevenção como uma medida imediata.

É, há muito, bem conhecido que o PAV não funciona com suficiente eficiência para captar todas as crianças e as mulheres grávidas. Embora o PAV tenha começado a utilizar a nova e mais prática vacina Pentavac (ou Pentavalente) é muito importante que a DPSL não somente intensifique o acompanha-

mento do programa de imunização, mas também elabore novos métodos para conseguir atingir às comunidades.

A DPSL deve também investir mais em educação para a saúde com equipas móveis e com técnicas de comunicação informais e atractivas como teatro, música, etc., e não somente utilizar os cartazes e folhetos clássicos que provavelmente já não apela à população que cada vez mais se está acostumando à publicidade televisiva e às telenovelas. A educação para a saúde costuma ser efectuada por trabalhadores de saúde e agentes sanitários nos Centros e Postos de Saúde, mas estas lições monocórdicas deviam mudar para métodos mais participativas para que o público possa expressar as suas próprias preocupações de saúde. É escusado dizer que outras línguas além do português terão que ser utilizadas de acordo com a audiência. Deve-se estabelecer colaboração com organizações da sociedade civil para atingir as famílias no seu meio local. Contacto directo com grupos de pessoas terá melhores resultados que cartazes ou programa de rádio, etc., e assim é também possível obter retro-informação (*feedback*) e de uma forma simples controlar se os participantes compreenderam a mensagem ou não.

Cobranças ilegais

O novo sistema orçamental é um instrumento poderoso, mas não suficiente, para pôr fim às gasosas e outras práticas ilegais. Com o orçamento descentralizado as cobranças ilegais não podem ser motivados pela falta de medicamentos e gastáveis nos Centros de Saúde.

Os obstáculos económicos, tais como as gasosas e a venda de medicamentos essenciais, luvas e outros gastáveis, funcionam como efectivas barreiras para os pobres poderem utilizar os serviços de saúde que existem e esta situação tem que ser levada muito a sério pela DPSL. Não é suficiente criar normas e regras a serem seguidas; é preciso estabelecer um sistema de sanções, e estas terão de ser enforçadas e monitoradas. E não é suficiente que os trabalhadores de saúde conheçam as normas éticas; as/os utentes dos serviços de saúde devem também receber a devida informação. É preciso informar amplamente que os consultas pré-natais e o parto, como também os cuidados infantis e as vacinações, são direitos gratuitos do cidadão e que mulheres e pais de crianças não devem, de maneira alguma, aceitar pagar gasosas ou “comprar” luvas, seringas, etc. do pessoal de saúde, seja num Posto ou Centro de Saúde ou num Hospital.

Controlo de stock

A distribuição e controlo de medicamentos vitais para a sobrevivência de adultos e crianças, tais como ocitocina, antibióticos, hemacel, diazepam e outros, têm que ser analisados pela secção de SMI da DPSL, porque é evidente que estes medicamentos muitas vezes estão em falta nas salas de parto ou existem em quantidades limitadas. Parece, até certo ponto, ser um problema de informação visto que algumas das pessoas entrevistadas nos Centros de Saúde alegavam não compreender a razão da falta de medicamentos e só sabiam que CAOL e CAPEL não existiam mais.

Um controlo regular de gastáveis é também necessário para evitar faltas ou para realocar gastáveis (ou medicamentos) entre as US.

O parto seguro – uma necessidade urgente

Continua não existir um *banco de sangue* para servir os Hospitais em Luanda. Este é um dos problemas mais sérios que terá de ser analisada e resolvida pela DPSL em colaboração com o MINSA e o Centro Nacional de Sangue.

Dado que hemorragias durante o parto é uma das patologias mais frequentes e sérias, todos os Hospitais têm que ter um stock permanente de sangue, porque o transporte de sangue de um banco central não é realista por causa da situação caótica de trânsito na cidade e nos arredores de Luanda.

Ventosas baratas devem ser importadas e distribuídas aos Centros de Saúde e Hospitais, para tentar diminuir a cirurgia que sempre significa um risco para a parturiente, ao passo que a ventosa é inofensi-

va quando utilizada de forma correcta. Parteiras e enfermeiras precisam de repetir a formação em utilizar a ventosa, porque este instrumento caiu em desuso enquanto o número de cesarianas está aumentando dramaticamente e tornou-se, francamente, num evidente abuso de escassos recursos hospitalares, quer humanos quer materiais – sem falar no risco para a paciente.

O *partograma* oferece um método importante para controlar o processo do parto, mas segundo as nossas observações são poucas as parteiras que sabem utilizar o partograma. Recomendamos, consequentemente, que se fortaleça a supervisão da utilização do partograma pelas parteiras/enfermeiras em combinação com um reforço de formação na utilização do partograma para as parteiras e enfermeiras dos Hospitais e Centros de Saúde.

Finalmente: *as ambulâncias* têm de ter manutenção regular e sempre estar em ordem e a comunicação via rádio tem que ser reestabelecida para pôr o sistema de referência a funcionar melhor. Com a rádio as parteiras vão poder contactar o Hospital de Referência para saber se o Hospital tem sangue e, neste caso, pedir que se prepare para receber uma paciente sem demora. Quer as ambulâncias, quer a rádio salvam vidas.

Auditorias de mortes maternas

Queremos fazer uma forte recomendação de se implementar auditorias regulares das mortes maternas ocorridas em todos os Hospitais com maternidade (incluindo a Maternidade Lucrecia Paím). Estas auditorias devem ser dirigidas por um médico angolano sénior respeitado, que também poderia ser instrumental no desenvolvimento de estratégias para fazer diminuir os números elevados de mortes maternas intrahospitalares na Província de Luanda.

Aborto

A questão complexa do aborto tem que ser abordada e integrada na área de saúde reprodutiva. Os abortos ilegais ainda contribuem para muitas das mortes maternas, embora o misoprostol (Cytotec®), um medicamento muito potente de acção abortiva, é abertamente vendido em Luanda. Cytotec® normalmente não mata uma mulher grávida, mas há outros métodos que matam. Todos os dias entram jovens nos Hospitais depois de tentar provocar um aborto com quaisquer comprimidos ou com outro método perigoso. É, portanto, necessário desenvolver uma estratégia para tratar o aborto como um problema de saúde reprodutiva. Os serviços de PF precisam de ser reforçados, a educação sexual tem que ser introduzida nas escolas e, finalmente, é preciso tentar criar uma atitude mais liberal e humana perante o aborto quando é julgado relevante.

Trabalho com as comunidades para promover “maternidade sem risco”

Durante bastante tempo a UNICEF e a CAOL fizeram esforços para identificar e formar as chamadas *parteiras tradicionais*. Os cursos de superação foram curtos e muito elementares, com objectivo principal ensinar as mulheres a identificar grávidas de risco obstétrico e de melhorar as condições higiénicas durante o parto domiciliário. Cada parteira tradicional recebia um kit de parto da UNICEF contendo álcool, uma tesoura, pensos, etc.

Estes cursos de superação pararam há vários anos e o programa de saúde materna hoje não tem nenhum contacto organizado com as parteiras tradicionais na Província. Há quem diga que não há, de todo, parteiras tradicionais e os médicos obstetras dizem que, caso elas existam, que não elas têm nenhum papel a desempenhar no trabalho para reduzir a mortalidade materna, e, em todo o caso, a UNICEF não se interessa por promover este grupo... Mas, apesar disto, continua havendo um Programa Nacional de Parteiras Tradicionais!

Em 1999 os avaliadores¹⁰ do programa de apoio à saúde materna afirmaram o seguinte:

¹⁰ Dra. Lillemor Andersson Brolin, socióloga, e Dr. Hans Wessel, médico obstetra. Vide Anexo II, Bibliografia consultada.

Antes de se poder estimar o impacto do programa de saúde materna na Província de Luanda é urgente obter mais informação sobre as características e os resultados dos partos que têm lugar fora das instituições de cuidados de saúde.

Assistência ao parto domiciliário nunca foi o foco do programa. Não existe nenhuma colaboração sistemática entre os Postos de Saúde/Centros com sala de parto e as parteiras tradicionais, e não há dados actuais disponíveis sobre o número de partos domiciliários ou partos assistidos por parteiras tradicionais. Assim, a grande maioria dos partos na Província têm lugar em circunstâncias praticamente desconhecidas pelo programa ou pelos profissionais de saúde. E os resultados destes partos são, consequentemente, também desconhecidos (*Andersson Brolin & Wessel, 1999*).

Esta recomendação não foi seguida, provavelmente porque especialistas suecos/internacionais não têm muita consideração para as parteiras tradicionais e também por causa da grande carga de trabalho da CAOL/DPSL para pôr a funcionar as salas de parto com um mínimo de segurança e qualidade.

Mas visto que as mulheres grávidas – trata-se de milhares – que, por um motivo ou outro, não se dirigem aos Centros de Saúde costumam ser assistidas por uma mulher conhecida durante o parto, seja ela classificada como parteira tradicional ou não, o tempo está oportuno para identificar e entrar em contacto com as parteiras tradicionais para as integrar no sistema. O CEP costuma convidar grupos de parteiras tradicionais para que as estudantes possam ouvir as experiências de elas e também para lhes transmitir uns conhecimentos básicos. Mas este contacto parece hoje ser o único elo, à excepção dos novos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, nos quais as parteiras tradicionais terão representação.

Recomenda-se, portanto, que o programa SMI da DPSL faça um inventário das parteiras tradicionais activas na Província, iniciando um diálogo com elas para identificar as suas capacidades como também as suas necessidades de formação. Elas podem servir como um elo importante entre as comunidades e os serviços de saúde. As parteiras tradicionais podem, igualmente, ajudar com informação sobre as características e resultados de partos domiciliários e, sobretudo, sobre as preferências das mulheres grávidas no que se refere ao parto.

A situação do VIH

A actividade de testagem e aconselhamento tem que ser reforçada para que mais mulheres e os seus parceiros possam ser testados através das estruturas da saúde materna. Se o teste realmente vai ser voluntário, o primeiro passo tem que ser aconselhamento através do qual os pacientes podem ser bem informados, mas sem serem estigmatizados, e concordar em fazerem o teste. Em consequência, os serviços de saúde terão de estar preparados a administrar o tratamento ARV, quando necessário, na fase inicial e pelo menos até que os pacientes podem ser transferidos para um programa de tratamento que funciona regularmente sem interrupção.

O tratamento de mulheres, homens e crianças infectados pelo vírus VIH tem que ser visto como um direito humano e todos os cidadãos terão que ser elucidados para compreender isso. É a única atitude que pode fazer com que a prevalência de VIH diminua numa perspectiva de longo prazo.

As mães precisam de ter todo o apoio dos Centros de Saúde onde recebem o tratamento, para que se possam sentir seguros ao alimentarem os seus filhos para evitar a transmissão da infecção. É bem conhecido entre os trabalhadores de saúde que as mães nem sempre podem seguir as recomendações de não amamentar o bebé e só dar leite de fórmula. A causa pode ser o estigma, e querer manter o segredo, mas a tradição também tem influência. Especialmente as mães muito jovens com VIH vão precisar de um grande apoio humano de pessoal de saúde competente e empático.

As mensagens de sexo seguro terão que ser a questão de máxima prioridade nas US que trabalham com PF e educação sexual para adolescentes. O sistema de saúde não pode trabalhar com antolhos numa situação em que o comportamento sexual está rapidamente a mudar entre os jovens, a prostituição aumenta dramaticamente e a educação sexual nas escolas está muito pobre ou não existe.

Planeamento familiar

O PF deve também ser considerado um direito humano, baseado numa atitude humana. É uma área em que esforços sócio-pedagógicos e sensibilidade são necessários para fazer com que mulheres e homens compreendam que o PF é para o bem de eles próprios e é por isso preciso evitar as mensagens “de cima para baixo”. Visto que o número de consultas de PF está diminuindo, a questão deve ser analisada a fundo pela DPSL para encontrar métodos de comunicação da mensagem para captar novos grupos. O que hoje se chama PF tem que ser reformulado em saúde reprodutiva e interpretada como uma das várias medidas necessárias para garantir a sobrevivência das mães. As mulheres múltiparas representam, por exemplo, uma grande percentagem das gravidezes de alto risco obstétrico. O número de abortos ilegais e inseguros é obviamente desconhecido.

Manutenção de equipamento e infra-estrutura

A falta de manutenção e reparação de ambulâncias e outras viaturas, geradores e equipamento médico-hospitalar é um dos maiores problemas identificados pelas US. Na realidade é uma das causas que contribui para os números lamentáveis de mortes maternas e infantis, e a DPSL tem que agarrar esta situação com toda a firmeza. Hoje há só duas alternativas: Ou a DPSL põe a equipa de manutenção a funcionar, mas com um grupo de mecânicos verdadeiramente profissionais que podem circular com regularidade nos Centros de Saúde e Hospitais sob a responsabilidade da DPSL, ou cada Centro e Hospital tem que receber um orçamento suficientemente generoso para resolver os problemas de manutenção através de oficinas locais ou outras empresas.

Independentemente da opção, é necessário organizar formação básica para o pessoal responsável da US em planeamento de manutenção, pequenas reparações, etc., para facilitar às US de manejar o equipamento da melhor forma e planear a utilização dos seus orçamentos mensais.

Melhores estatísticas

Para todos os propósitos – teóricos e práticos – é urgente melhorar a qualidade das estatísticas do sistema de saúde. Foram feitos certos esforços pelo pessoal da InDevelop ao longo dos anos, mas não dispomos de informações sobre formação do pessoal das US de recolha e análise de dados. O pessoal do Departamento de Estudos e Planeamento confirma a qualidade deficiente dos dados que entram na DPSL das US, mas até agora (2007) não foi possível organizar formação do pessoal responsável para recolher e processar dados das US. Parece não haver rotinas para que os dados cheguem à DPSL atempadamente (no versão rascunho do relatório anual de 2006 faltavam simplesmente dados de algumas das US mais importantes). Com a presente falta de pessoal a capacidade da DPSL para se deslocar e dar apoio concreto é bastante limitada.

A DPSL não vai conseguir acompanhar a utilização do orçamento ou, mesmo, fazer a análise mais simples da produtividade do sistema de saúde em base de estimativas custo/caso/tratamento sem dados fiáveis. Assim, a qualidade das estatísticas está fortemente ligada à reforma orçamental. Este facto deve ser suficiente motivo para recrutar mais técnicos de estatística para o Departamento de Planeamento da DPSL e, além disso, implementar uma formação bem planeada para as US, por exemplo organizada em colaboração com o INE.

Os relatórios de estatística não constituem somente instrumentos de trabalho para o nível central (DPSL) mas também para as US. Servem de retro-informação e informação sobre tendências de provisão de serviços, etc., do sistema. Embora o relatório da DPSL de 2006 esteja incompleto e com vários pontos de interrogação quanto aos dados, é uma publicação feita com consciência e de bastante

interesse. No futuro estes relatórios devem ser redigidos de forma a serem acessíveis a um público mais amplo e não somente aos decisores de alto nível. Devem ser generosamente distribuídos aos trabalhadores de saúde, às ONGs e outros grupos da sociedade civil e aos meios de comunicação social. A administração pública tem a obrigação perante os cidadãos de fornecer informação fiável e isenta sobre a situação de saúde e provisão de serviços na Província e de responder às perguntas dos cidadãos.

Anexo 1 Terms of Reference

... for the Evaluation of Sida's Health support to Angola

1. Background

Sweden has been involved in program support to the health sector in Angola since 1983, and during most of this period the country has been in a situation of varying degrees of civil war. The nature of the support has changed over time. During 1983 to 1985 an extensive program was prepared that started in 1986 and continued until the civil war broke out after the elections in 1992. The support during this period included support to infectious diseases programs like malaria, tuberculosis and sleeping sickness as well as support to essential drugs, nurse training and public health planning.

From 1993, the focus has been narrowed down to support to maternal and child health in the Luanda Province, support to a midwifery school and to the national immunisation programme. The main rationale behind the programme during this phase has been humanitarian, and hence its focus has been on service delivery rather than more long-term objectives such as health systems development.

In line with the present Country Strategy, the health programme will come to an end 31 March 2006. The main part of the bilateral country programme will be phased out during 2006. From 2007 and onwards, development co-operation will be mainly in the form of regional and multilateral channels.

After the end of Swedish Health development cooperation, two studies will be commissioned: One study will focus on the entire experience of Angolan-Swedish health cooperation and provide a general overview of its advances and setbacks. A second one will consist of an evaluation of the phasing-out of the health cooperation; the following terms of reference relate to this latter project.

2. Purpose and Scope of the Evaluation

The purpose of this evaluation is to evaluate the phase-out period June 2004 to March 2006. In particular, the evaluation shall focus on the extent to which the process of phasing out has had an effect on the sustainability of the health components supported by Sida

3. Stakeholder Analysis

For material, the evaluation 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 evaluation shall take into account the views of other international cooperation agencies present in Angola.

4. The Assignment

4.1 Issues to be analysed

- i. What were the goals for each side (Swedish and Angolan) with regard to the process of phasing out? How were they to be achieved? In this regard, the program theory of the exit process shall be outlined along with assumptions that it has entailed.
- ii. What resources/activities have been undertaken by each side in order to ensure a successful phasing out of the Swedish support?
- iii. To what extent have the goals in the exit process been attained, and what has accounted for their attainment? What other effects, possibly unforeseen, can be detected in the process? What could

have been done better in the phasing out process? What recommendations can be drawn up for the Angolan and Swedish side with regard to similar processes in the future?

- iv. Overall, what have been the effects of the phasing out of Swedish cooperation with Angola on the sustainability of the health components supported by Sweden?
- v. How has the phasing-out of the project affected the beneficiaries and the service delivery?

5. Evaluation Questions

In addition to what has been outlined above, the following specific questions shall be addressed in the evaluation:

1. Has capacity development and institutional development been successfully implemented in order to make the programs sustainable, especially related to service provision, supervision, planning and monitoring, drug supply, financial management and maintenance of infrastructure, equipment and vehicles?
2. Have sufficient resources been created/available to make the programme sustainable after Sida's departure?
3. How realistic were the objectives for the phasing out period?
4. What were the experiences of applying the "staircase model" of phasing- out, outlined in the project documents?
5. To what extent was sustainability dependent on the process of phasing-out?
6. What were the effects on the provincial and municipal health services in Luanda province, of the Swedish phasing out? Could anything have been done to mitigate those effects further? How did the structure of the programme change after the phasing out of Swedish support? Is there a difference in the service delivery output compared during the phasing out period and after the phasing out period?
7. Will sufficient resources be allocated to the programme after the phasing-out period (domestic resources and/or external aid?) to ensure continuity and sustainability of components?
8. How has the extent of the activities within the programme been affected by the phasing out of the Swedish support?

6. Methodology, Evaluation Team and Time Schedule

After preparation and collection of relevant documents from Sida, the main part of the evaluation will be conducted in situ in Angola. 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.

6.1 Evaluation Team

The consultancy team shall possess expertise in public health with a special knowledge of obstetrics, midwifery and child health, as well of management issues. All members of the team should be Portuguese speaking.

At least one consultant shall be an Angolan national.

None of the consultants shall have been directly involved in the programme during the phase-out period.

6.2 Time Schedule

The assignment can commence as soon as the contract has been signed. Work shall be performed in three stages.

A first phase, will take place prior to the complete phasing out of the Swedish

Health cooperation, i.e., in March 2006.

After 6 months, a second phase shall take place.

After 12 months, a third and last phase shall take place.

The total number of consultancy weeks is expected to be between 10–15 (four weeks for first visit, two for the second one, four for the last one; plus reporting). 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.

Before leaving Angola after the third visit, the evaluation team shall present findings for comments and discussions in a meeting with the Ministry of Health if the latter wish so.

6.3 Sources

At a minimum, the following sources shall be considered:

- The programme co-ordinators and other personnel.
- Representatives from the Angolan health authorities.
- Representatives from local and national NGOs present in the sector of health.
- Present and former health staff and health workers
- Project documents
- Operational plans
- Quarterly, semi-annual and annual reports
- Minutes from quarterly and annual meetings
- Other evaluations, reports and studies

7. Reporting

Prior to the first visit to Angola, an oral inception report shall be presented to Sida at a meeting in Stockholm. The presentation shall discuss detailed evaluation questions, indicators and proposed data. The rest of the assignment is conditioned in its approval by Sida.

After each of the first two visits, a brief field report shall be presented to Sida, and subject to discussion between Sida and the consultants. This report shall not exceed ten pages.

The final evaluation report shall be written in English and should not exceed 20–30 pages, excluding annexes. The Embassy will subsequently have the report translated to Portuguese. Format and outline of the report shall follow the guidelines in *Sida Evaluation Report – a Standardised Format* (pls see Annex 1). The draft report shall be submitted to Sida electronically and in three hard copies (air/surface mailed or delivered) no later after three weeks after the third phase of the assignment. Within three weeks of receiving Sida's comments on the draft report, a final version shall be submitted to Sida, again electronically and in three hard copies. The evaluation report must be presented in a way that enables publication without further editing, and have been professionally proof-read. Subject to Decision by Sida, the report will be published in the series *Sida Evaluations*.

The evaluation assignment includes the completion of *Sida Evaluations Data Work Sheet* (Annex 2), including an *Evaluation Abstract* (final section, G) as defined and required by DAC. The completed data worksheet shall be submitted to Sida along with the final version of the report. Failing a completed Data Worksheet, the report cannot be processed.

Anexo 2 Bibliografia Consultada

Arquivos consultados

Asdi sede, Estocolmo

Embaixada da Suécia em Luanda

InDevelop, Luanda

Avaliações

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, & 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.

Documentos de projecto, planos e relatórios angolanos

CAPEL. (2006) *Relatório Capel 2004–2005 (rascunho)*. Luanda: DPSL.

Governo Provincial de Luanda. (2005). *Programa de Saúde Infantil. Relatório Anual, 2004*. Luanda:DPSL.

Governo Provincial de Luanda. (2006) *Programa de Saúde Infantil. Relatório Anual/2005*. Luanda: DPSL.

Governo Provincial de Luanda. (2007) *Relatório Estatístico Anual – 2006*. Luanda: DPSL.

Instituto Nacional de Estatística/UNICEF. (2003) *MICS – Multiple Indicator Cluster Survey*. Luanda: INE/UNICEF.

Ministério da Saúde (Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística); Cassoma, B, & Vinyals, L, ed. (2007) *Angola: Despesa Pública no Sector da Saúde 2000–2007*. Estoril: Príncipia Editora Lda.

Ministério da Saúde (Curso de Especialização de Parteiras). (2007) *Relatório de actividades realizadas durante o ano de 2006*. Luanda: MINSÁ/CEP

MINSÁ-Asdi. (2003) *Projecto de Saúde 2004–2005*. Luanda: DPSL

MINSÁ-Asdi. (2004) *Specific agreement, 2004–2005*.

Ministério da Saúde (Direcção Nacional de Recursos Humanos). (2005) *Actividades Realizadas durante o ano de 2005*. Luanda: MINSÁ/DNRH

Outros documentos e publicações

de Sousa Silva, C, & Prata, N. (2002) *Conferência Internacional de Dakar: A sobrevivência da criança e a política Social na Angola*. Bay Area International Group, Monograph Series Vol. 1 No. 4–2, 2002. Berkeley: University of California.

Ernst & Young. (2003) *Report on Procedures Agreed Upon as Regards Sida's Support to the Angolan Health Sector*. Stockholm: Ernst & Young.

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.

UD. (2003) *Landstrategi: Angola 2003–2005*. Stockholm: UD. (Ministério dos Negócios Estrangeiros, Estratégia país: Angola 2003–2005; só em sueco.)

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.

Anexo 3 Pessoas Entrevistadas

Ministério da Saúde

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

Dr. Constâncio João, Deputy Director, Programa de Medicamentos Essenciais

Dra. Adelaide de Carvalho, Directora Nacional de Saúde Pública, ex-Coordenadora da CAOL

Direcção Provincial de Saúde de Luanda (DPSL)

Dr. Vita Vemba, Director Provincial da Saúde

Dra. Isilda Neves, Directora de Saúde Pública

Dra. Maria Isabel Massocolo Neves, Chefe da Secção de Cuidados Primários

Dra. Catarina Oatanha,

Coordenadora do Programa de Imunização e do Programa de Promoção da Saúde

Dra. Alexandra Fernandes, Coordenadora Doenças Endémicas

Dra. Paula Barbeiro, Epidemiologista

Dra. Marta Jaime Chigango, Chefe do Departamento de Recursos Humanos

Sra. Júlia de Oliveira, Parteira, Chefe de Secção da Força de Trabalho,
Departamento de Recursos Humanos

Sra. Mariana Gonçalves André, Chefe de Secção de Finanças (em exercício)

Sr. Zacarias António, Técnico de Estatística

Sra. Ana Isabel Angelina, Enfermeira, Supervisora

Sra. Teresa Francisco, Parteira, Supervisora

Sra. Conceição Gaspar, Parteira, Supervisora

Sra. Rosa Maria, Parteira

Sra. Ana Isabel Angelina, Enfermeira

Sra. Teresia Francisco, Parteira

Sra. Conceição Gaspari, Parteira

Sr. José Mobiala, Chefe da Secção de Transportes

Dr. Tando Fulevo, Director da Secção de Logística

Sr. Silva, Mecânico, Equipa de Manutenção

Sr. Dionísio, Mecânico, Equipa de Manutenção

Sr. Manuel, Electricista, Equipa de Manutenção

Hospitais Nacionais

Dr. Abreu Pecamena Tondesso, Director Geral, Maternidade Lucrecia Paím

Dr. Luís Bernardino, Director Geral, Hospital Pediátrico David Bernardino

Dra. Rosa Bessa, Director Geral, Hospital Augusto N'Gangula

Dra. Maria Fátima Jorge, Médica Obstetra, Directora Clínica, Hospital Augusto N'Gangula

Dra. Rosa Maiato, Médica Obstetra, Hospital Augusto N'Gangula

Dr. Jerzy Niekowal, Médico Obstetra, Hospital Augusto N'Gangula

Dra. Eurica Sebastião, Directora Clínica, Hospital Geral do Camama

Dra. Aurora, Cândido, Médica Obstetra, Hospital Geral do Camama

Hospital dos Cajueiros, Município do Kazenga

Dr. Makutuala Maku, Director Administrativo
Sra. Anita José, Parteira Chefe de Secção Administrativa
Sra. Paula Cristina, Parteira, Chefe de Equipa
Sra. Cecília Damais, Enfermeira/Parteira
Sra. Francisca Trindade, Enfermeira
Sra. Maria Semedo, Enfermeira/Parteira
Sra. Maria Alexandre, Parteira
Sra. Lizete Pinheiro, Supervisora do Hospital
Sra. Joana Quiosa, Parteira
Sra. Sebastiana António, Auxiliar
Dra. Claudina Francisca, Obstetra
Dr. José Marcos, Pediatra
Sra. Domingas Valente, Enfermeira
Sra. Vanda Maria, Parteira
Sr. Faustino Rodrigues, Enfermeiro
Sra. Júlia Cassinda, Enfermeira, Responsável de Instrumentos de Cirurgia

Hospital do Kilamba Kiaxi, Município do Kilamba Kiaxi

Dra. Judite A. Venâncio, Directora Clínica do Hospital
Dr. João Luz, Médico Obstetra, Director Clínico
Sr. José Adriano, Técnico de Estatística
Sra. Felícia Júlio, Enfermeira
Sra. Evalina Politano, Enfermeira
Sra. Luisa Edgarda, Parteira, Responsável da Sala de Partos
Sr. Seke B. Eduardo, Supervisor
Sra. Maria de Lourdes, Parteira
Sra. Carlota Francisco, Parteira, Chefe de Equipa
Sra. Eva Alexandre, Parteira
Sra. Julieta Faustino, Enfermeira de Pediatria, Banco de Urgência
Sr. Pedro António Quiala, Enfermeiro de Pediatria, Banco de Urgência

Centro de Saúde Hoji Ya Henda, Município do Kazenga

Sr. Domingo Álvaro, Director Administrativo
Sra. Marcelina Daniel Gonçalves, Parteira
Sra. Isabel Francisco Ornelas, Parteira
Sra. Vitória Nawakemba, Parteira
Sra. Aida Maria Gomes, Parteira
Sra. Maria Paulina Nyama, Parteira
Sra. Rita Francisco Júlio, Enfermeira da Pediatria
Dr. Agostinho, Médico Pediatra
Sr. Capitão António, Nutricionista
Sra. Vitória Kissanga Ernesto, Enfermeira PAV
Sra. Rita Batista Agostinho, Enfermeira PAV

Sra. Lemba José António, Enfermeira PAV
Sr. Francisco de Assunção Veiga Mateus, Enfermeiro PAV
Sra. Feliciano Isabel Paulo, Parteira, Consulta Pré-Natal
Sr. Agostinho Javier, Enfermeiro, Estudante de Medicina

Centro de Saúde Asa Branca, Município do Kazenga

Sr. Filipe Bala, Director Administrativo
Sr. Vasconcelos Celestino Manuel, Enfermeiro de Pediatria, Banco de Urgência
Sr. Guilherme Neto, Enfermeiro de Pediatria
Sr. Domingos Gonçalves Tomás, Enfermeiro de pediatria
Sr. Evaristo Artur Casule, Chefe dos Serviços Administrativos
Sra. Tita da Cunha, Chefe adjunta da Sala de Partos
Sra. Isabel Mulaza, Enfermeira, Consulta Pré-Natal
Sra. Suzana Garcia, Enfermeira, Consulta Pré-Natal

Centro de Saúde da Ilha de Luanda, Município do Ingombota

Sr. António Manuel, Director Administrativo
Sr. Paiva Alexandre, Intendente administrativo
Sra. Tomásia da Graça Paulo Vita, Enfermeira/Parteira
Sra. Rosa Alfredo, Parteira
Sra. Antónia Gomes, Enfermeira/Parteira, PF
Sra. Noela Guimarães, Enfermeira, Serviço de Aconselhamento ao Adolescente/PF
Sra. Ildia Benedito, Enfermeira, Serviço de Aconselhamento ao Adolescente/PF
Sra. Joaquina da Paixão, Responsável da Farmácia
Sra. Teresa Panguiceny, Enfermeira, Chefe da Enfermaria da Pediatria
Sra. Paulina Nguinamau, Parteira
Sra. Maria da Conceição Tomás, Parteira, Chefe de Equipa
Sra. Maria da Conceição Barros, Estagiária, Estudante de Medicina
Sra. Genuína Lopes, Estagiária, Estudante de Medicina
Sra. Maria Ventura, Estagiária, Estudante de Medicina

Centro de Saúde da Terra Nova, Município de Rangel

Sr. José Gonçalo Sebastião, Director Administrativo
Sra. Isabel Pedro, Parteira, Chefe de Equipa
Sr. José Francisco Diogo, Enfermeiro de Pediatria
Sr. Antonio João, Enfermeiro, Chefe de Equipa, Enfermaria da Pediatria
Sr. José Gonçalo Tozé, Enfermeiro, Banco de Urgência da Pediatria

Centro de Saúde Ana Paula, Município de Viana

Dra. Ana Generosa Hungulo, Directora do Centro
Sra. Teresa Belchior, Parteira, Responsável da Sala de Parto
Sra. Ana Cristina Romão, Parteira
Sra. Celina, Enfermeira

Centro de Saúde do Samba, Município do Samba

Sr. João Gomes, Director Administrativo

Sra. Laura André, Parteira, Chefe de Equipa

Sra. Ana Basti, Parteira Especializada, Chefe de Equipa

Sra. Teresia Maria da Costa, Parteira, PF

Sra. Maria Afonso, Parteira, Chefe de Equipa, Consulta Pré-natal

Dra. Juliana Casinto, Médica Pediatra

Curso de Especialização de Partejas (CEP)

Dra. Engrácia de Freitas, Coordenadora do CEP

Sra. Maria da Conceição Barros do Rosário, Parteira, Administradora

Sra. Ana Chilepa, Parteira, Docente

Sra. Domingas Beatriz Borba, Parteira Especializada, Docente

Outros

Prof. Dr. Paulo Campos, Médico Obstetra, Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto

Dr. Dario Pontes Regis, Consultor, InDevelop, Luanda

Dr. Raúl Feio, Oficial de Programa, Delegação da Comissão Europeia, Luanda

Dra. Joana da Glória, Comité de Prevenção da Mortalidade Materna, Cacuaco

In Caxito, Bengo Province

Dr. António Moyo, Chefe do Departamento de Saúde Pública, Hospital Provincial do Bengo

Dra. Albertina Menezes, Chefe do Departamento de Obstetria e Ginecologia,
Hospital Provincial do Bengo

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

Dr. António Martins, Director do Hospital Provincial do Bengo

Sra. Sofia Simão Rodrigues, Enfermeira Chefe, Departamento de Pediatria,
Hospital Provincial do Bengo

Sr. Coxe André, Enfermeiro Nutricionista, Departamento de Pediatria, Hospital Provincial do Bengo

Sra. Madalena Amaral, Enfermeira, Departamento de Pediatria, Hospital Provincial do Bengo

Sra. Catarina Catí, Enfermeira, Centro de Saúde do Caxito, Província do Bengo

Na Suécia e em Luanda

Sr. Anders Hagelberg, Embaixador, Embaixada da Suécia em Luanda
/Ministério dos Negócios Estrangeiros

Prof. Dr. Staffan Bergström, ICHAR, Karolinska Institutet

Dr. Staffan Salmonsson, Médico de Família, Consultor da IPM

Dra. Anna-Karin Karlsson, Médica de Clínica Geral, ex-Gestora de Programa, InDevelop

Dr. Anders Molin, Chefe da Divisão de Saúde, Asdi

Sr. Tom Abrahamsson, Oficial de Programa, Embaixada da Suécia em Luanda/Divisão de Saúde, Asdi

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

Dra. Britta Nordström, Oficial de Programa, Divisão de Saúde, Asdi

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

Sr. Roland Svensson, ex-Oficial de Programa da Embaixada da Suécia em Luanda

Sr. Bernt Andersson, Consultor, Indevelop

Sr. Kent Jönsson, ex-Administrador da InDevelop em Luanda

Sr. Gert-Agne Gustavsson, Especialista em Logística, Consultor da InDevelop

Sr. Torgny Quick, Especialista em Manutenção, Consultor da InDevelop

Recent Sida Evaluations

- 2008:21 Combating Trafficking in Women and Children in Belarus, 2004–2007**
Caroline Hartoft-Nielsen, Birgitte Kofod Olsen
Department for Europe
- 2008:22 Young People Against Drugs – the Pinsk Model in Belarus. The Swedish National Association for a Drug-free Society (RNS) Kalegium Cooperation Project**
Karin Attström, Anders Kragh, Vladimir Korzh
Department for Europe
- 2008:23 Review of Raoul Wallenberg Institute's Human Rights Capacity Building Programme in China, 2004–2007**
Joakim Anger, Per Bergling
Department for Democracy and Social Development
- 2008:24 Lessons Learnt on Sustainable Forest Management in Africa, Sustainable Forest Management, Phase II**
Thorsten Celander
Department for Natural Resources and Environment
- 2008:25 Supporting Civil Society Organizations for Empowerment and Economics Progress of Small Farmers and People Living in Poverty Results and Effects of Sida's Framework Agreement with Swedish Cooperative Centre**
Hans Peter Dejgaard, Jocke Nyberg, Anders Rudqvist
Department for Cooperation with Non-Governmental Organisations, Humanitarian Assistance and Conflict Management
- 2008:26 Five Regional Institutions Based in South Africa Working in the Field of Peace and Security in Africa Final Report**
Stefan Jansen (Team Leader), Julian Bret, Cécile Collin, Kwesi Aning
Department for Africa
- 2008:27 The Asian Regional Research Programme on Environmental Technologies (ARRPET)**
Peter Sundin, Bo Göhl, Cecilia Petersen, Cecilia Öman, Björn Wahlstedt
Department for Research Cooperation
- 2008:28 National Democratic Institute's Programme on Strengthening Women's Participation in Political and Decentralisation Processes in Burkina Faso**
Sarah Forti, Adiza Lamien Ouando
Department for Democracy and Social Development
- 2008:29 Experiences and Lessons Learnt from Sida's Work with Human Rights and Democratic Governance, Final Report**
Tom Dahl-Østergaard, Karin Schulz, Barbro Svedberg
Department for Democracy and Social Development
- 2008:30 The Swedish Civil Society Organisation/Non-Governmental Organisation Cooperation Programme, Ethiopia, 2004/05–2006/07**
Britha H. Mikkelsen, Knud Olander, Michael Tamiru Gubay, Workwoha Mekonnen
Department for Africa

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>



SWEDISH INTERNATIONAL DEVELOPMENT COOPERATION AGENCY
SE-105 25 Stockholm, Sweden
Tel: +46 (0)8-698 50 00. Fax: +46 (0)8-20 88 64
E-mail: sida@sida.se. Homepage: <http://www.sida.se>