

**ESTRATÉGIA DA OMS DE
COOPERAÇÃO COM OS PAÍSES :**

ANGOLA

2002-2005

ÍNDICE

Siglas.....	v
Prefácio.....	vii
1. Introdução.....	1
2. Governo e População: Saúde e desafios para o desenvolvimento:.....	3-18
2.1 Do conflito civil ao desenvolvimento sustentável.....	3
2.2 Demografia geral do país.....	5
2.3 Situação económica.....	5
2.4 Governação, reforma do sector público e redução da pobreza.....	6
2.5 Perfil sanitário.....	9
2.6 Financiamento da saúde.....	13
2.7 Reformas do sector da saúde.....	15
2.8 Recursos humanos para a saúde.....	16
2.9 Desafios: Problemas chave da política de saúde e perspectivas actuais.....	16
3. Ajuda ao desenvolvimento.....	19-24
3.1 Evolução geral dos fluxos da ajuda para Angola.....	19
3.2 Ajuda externa para o sector da saúde.....	20
3.3 Parcerias nos programas da saúde.....	21
3.4 Mecanismos e instrumentos de coordenação.....	22
4. Plano actual da OMS para o país.....	25-30
4.1 Principais áreas de actividade da OMS e o orçamento para o país.....	25
4.2 Áreas preferenciais dos parceiros e dos principais doadores.....	26
4.3 As extensões da OMS e a distribuição do pessoal.....	27
4.4 Recrutamento de pessoal.....	27
4.5 Papel do Escritório Regional e da Sede.....	28
4.6 Pontos fortes, problemas e perspectivas.....	28

5.	Estratégia Institucional da OMS.....	31-34
5.1	Objectivo e missão	31
5.2	Novoscentros de interesse.....	31
5.3	Orientações estratégicas.....	32
5.4	Funções essenciais.....	32
5.5	Prioridades mundiais e regionais.....	33
5.6	Tornar a OMS mais eficiente a nível de país.....	33
6.	Agenda Estratégica: Principais Estratégias Seleccionadas.....	35-42
6.1	Strengthening national health system.....	35
6.2	Booster implementation of priority programmes.....	39
6.3	Partnership and resource mobilization.....	41
7.	Agenda Estratégica: Implicações para a OMS.....	43-44
7.1	Implicações de ordem organizativa.....	43
7.2	Recursos humanos.....	44
7.3	Recursos financeiros.....	44
8.	Conclusão.....	45
	Referências Seleccionadas.....	47

ANEXOS

1.	Lista dos parceiros chave que contribuíram para a CCS de Angola.....	50
2.	Processo para a elaboração do CCS-Angola (Português).....	52

SIGLAS

AIDI	Atenção Integrada às Doenças da Infância
AOD	Ajuda Oficial ao Desenvolvimento
CCM	Mecanismo de Cooperação com os Países
CDC	Centros de Prevenção e Controlo das Doenças – Atlanta
CONGA	Comissão das ONG Internacionais em Angola
CPC	Prevenção, Erradicação e Controlo das Doenças Transmissíveis
DFID	Departamento para o Desenvolvimento Internacional, Governo do Reino Unido
DOTS	Estratégia de Tratamento sob Observação Directa de Curta Duração
EHA	Situações de Emergência e Acção Humanitária
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNUAP	Fundo das Nações Unidas de Apoio às Populações
FONGA	Forum das ONG de Angola
GFAHMT	Fundo Mundial de Luta contra o HIV, Paludismo e Tuberculose
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSD	Desenvolvimento Sustentável
ICC	Comissão de Coordenação Inter-Agências
IOM	Organização Internacional para a Migração
IVD	Vacinação e Desenvolvimento de Vacinas
KAP	Saberes, Atitudes e Prática
Kz	Kwanza
Kzr	Kwanza reajustada
MPS	Tornar a Gravidez mais Segura
OCHA	Gabinete de Coordenação das Questões Humanitárias
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSD	Organização e Desenvolvimento de Serviços
PIB	Produto Interno Bruto
PLWHA	Pessoas que Vivem com HIV/SIDA

PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SADC	Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
SIDA	Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida
SIGFE	Sistema Integrado de Gestão Financeira do Estado
SM	Maternidade com um Mínimo de Riscos
SMP	Programa Monitorizado pelo Pessoal
UNCCA	Avaliação Comum dos Países das Nações Unidas
UNCT	Equipa-país das Nações Unidas
UNHCR	Alto Comissário das Nações Unidas para os Refugiados
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para as Crianças
UNITA	União Nacional para a Independência Total de Angola
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
UTCA	Unidade Técnica de Coordenação das Ajudas
WCO	Representação da OMS no País
WFP	Programa Alimentar Mundial

PREFÁCIO

No ano 2000, o Conselho Executivo da Organização Mundial da Saúde (OMS) aprovou uma Estratégia Institucional para orientar a acção do Secretariado da OMS. Esta Estratégia Institucional destacava o papel central que cabe aos países nas actividades da OMS; por isso, a estratégia geral foi revista e adaptada às necessidades de cada país. Estas medidas estiveram na origem da Estratégia de Cooperação da OMS com os Países (CCS).

A Estratégia de Cooperação com os Países descreve as prioridades estratégicas da OMS para cada país, de modo a obter uma resposta integrada nos três níveis: Representação no país, Escritório Regional e Sede. A CCS é uma expressão clara do que a OMS privilegia para o país: a agenda estratégica orientará a cooperação entre a OMS e os Estados-Membros a médio prazo. A CCS servirá de referência para os planos de acção da OMS e para a afectação dos recursos, sejam eles dos países, da Região, da Sede ou de outras fontes, como os centros colaboradores.

A Estratégia de Cooperação da OMS foi elaborada após um longo processo de consultas que envolveu todos os níveis da Organização, o Ministério da Saúde, outros departamentos governamentais, organizações do sector privado e da sociedade civil, instituições de formação e investigação, parceiros para o desenvolvimento e outros intervenientes na saúde. O processo implicou questionários, análises em profundidade dos grandes desafios colocados à saúde e ao desenvolvimento de cada país, e também o estudo das vantagens comparativas da OMS.

Destaco o exaustivo processo que conduziu à formulação deste documento e gostaria de agradecer ao governo e a todos os intervenientes na área da saúde pelo seu esforço e participação activa. Não tenho dúvida de que o processo da CCS ajudará os países nos seus esforços de se dedicarem aos problemas prioritários da saúde e de coordenarem as actividades dos vários parceiros e intervenientes.

O nosso desafio é, agora, traduzir estas estratégias em acções concretas, a fim de melhorar o desempenho da OMS a nível de país, bem como os contributos para a saúde das populações em maior necessidade.

Dr. Ebrahim Malick Samba
Director Regional
Organização Mundial de Saúde
Escritório Regional Africano

1 INTRODUÇÃO

Alterações significativas na saúde, a nível internacional, e a nova situação em Angola, na sequência do cessar-fogo de 4 de Abril de 2002, tornaram imperioso que a OMS reflectisse sobre o seu papel e sobre as futuras orientações da sua actividade em Angola. Em colaboração com o Ministério da Saúde e outros parceiros, a OMS teve de proceder à análise dos seus novos desafios e responsabilidades, quanto ao apoio a prestar ao país no contexto das circunstâncias actuais.

Desse processo de consulta resultou a definição da Estratégia de Cooperação da OMS com o País (CCS), como quadro de referência para a actividade da OMS em Angola, a médio prazo (2002-2005). Através das áreas preferenciais propostas neste documento, a OMS pretende alargar a sua estratégia de intervenção na cooperação, para melhor responder aos actuais desafios e necessidades do país. A reflexão estratégica sobre como poderá a Organização melhorar e cumprir o seu papel de cooperação com Angola tem em conta o seu mandato específico, a sua capacidade técnica e a competência para complementar as actividades dos parceiros e outros intervenientes.

Este documento traduz o resultado de um longo processo de participação e diálogo, no qual intervieram o Ministério da Saúde; os Ministérios do Planeamento, da Família e dos Géneros, e da Reintegração Social; outros participantes do Governo de Angola; e o Governo Provincial, entre outros. ONG nacionais e internacionais e parceiros da colaboração bilateral (Suécia, Estados Unidos, Itália, Noruega, União Europeia e França, para indicar só alguns) também contribuíram para o processo. Reuniões internas de reflexão, encontros, retiros, seminários práticos e duas missões conjuntas com representantes dos três níveis da Organização, foram os principais instrumentos para reflectir sobre os contributos recebidos dos vários parceiros. A Declaração das Nações Unidas para o Milénio,¹ que é a tradução actual da Avaliação Comum dos Países da ONU (UNCCA) levada a efeito em 2001-02, foi também essencial para a preparação da CCS. Além disso, o Estudo sobre as Despesas com o Sector Social, implementado pela OMS, UNICEF e PNUD, em colaboração com a Organização Internacional para a Migração e os Ministérios das Finanças, Saúde e Educação em 2002, foi fundamental para os resultados obtidos através do exercício da CCS.

Dada a difícil fase de transição que o país está presentemente a atravessar, é de grande importância encarar com alguma flexibilidade tanto os resultados do exercício da CCS como este documento, deixando-o aberto a revisões, sempre que necessário. Vários factores sugerem que tanto as políticas nacionais como as respostas dos

¹ Declaração do Milénio, Cimeira do Milénio, Nova Iorque, 6-8/9/2000. Resolução A/RES/55/2, 8/9/2000.

doadores não podem ser lineares. Entre esses factores mencionam-se o ritmo da consolidação da paz, o processo nacional de reconciliação, o aumento da segurança, o regresso e reinstalação das populações refugiadas e deslocadas e a reintegração ou integração dos militares da UNITA na sociedade civil e nas Forças Armadas Nacionais. Assim, a implementação desta estratégia representa um enorme desafio.

Este documento foi preparado pela OMS e os seus parceiros ao longo de um período de 18 meses, entre Setembro de 2001 e Fevereiro de 2003, sendo uma síntese das opiniões expressas durante esse exercício. A sua intenção é redefinir o papel e as prioridades da OMS para o quadriénio 2002-2005.

2 GOVERNO E POPULAÇÃO : SAÚDE E DESAFIOS PARA O DESENVOLVIMENTO

2.1 Do conflito civil ao desenvolvimento sustentável

Com breves intervalos de paz incerta, a história recente de Angola caracteriza-se por quase quatro décadas de guerra devastadora. Depois de o país ter sido terreno de confrontos entre os blocos politicamente opostos da “Guerra Fria”, foram os grandes interesses financeiros, internos e externos, que alimentaram e sustentaram a guerra.

O legado desse passado teve um forte impacto em todos os sectores da sociedade e nas vidas da maioria dos angolanos. Na última década, a intensidade da guerra provocou grandes deslocamentos de populações, o que acelerou o processo de urbanização e veio agravar a situação social. A despeito da enorme riqueza natural do país, os principais indicadores do desenvolvimento humano colocavam Angola entre os países mais desfavorecidos do mundo. Em 2001, Angola ocupava o 146º lugar no Index do Desenvolvimento Humano.² No mesmo ano, a OMS atribuía a Angola o 181º lugar no Index do Sucesso dos Sistemas de Saúde.³ Segundo dados oficiais,⁴ a alfabetização dos adultos é de 66,8% e o acesso a abastecimento adequado de água é de 61,6%; têm acesso a água potável 46,4% da população urbana e 22% dos rurais.⁵ Quanto ao Relatório do Desenvolvimento Humano,⁶ em 1999 a esperança de vida à nascença era de 46 anos para os homens e 43 para as mulheres.

Em muitas províncias, a grande intensidade do conflito armado resultou em enormes movimentos de populações, que saíram das zonas inseguras para as capitais de província. Em finais de 2001, a ONU e o Governo de Angola calcularam que os mais de quatro milhões de pessoas internamente deslocadas representavam quase um terço da população total do país. Nos últimos meses, a migração para as cidades e o número de deslocados nos campos continuaram a aumentar, o que impôs novos constrangimentos às agências que prestam ajuda, bem como aos residentes dessas zonas. As necessidades vitais das populações deslocadas criaram um enorme fardo para os residentes, forçados a contribuir com os seus magros recursos. As primeiras avaliações efectuadas pelo Ministério da Saúde e parceiros denunciaram as condições desastrosas em que essas pessoas se encontram.⁷ Há níveis elevados de malnutrição grave e os efeitos da falta de acesso a

² Relatório do Desenvolvimento Humano, PNUD, 1991.

³ OMS, Desempenho Geral dos Sistemas de Saúde, Relatório da Saúde no Mundo, 2001.

⁴ INE, Inquérito ao Multi-indicator Cluster (MICS) 2001.

⁵ Ministério da Energia e Água, Direcção-Geral da Água, ‘Estratégia e Plano de Desenvolvimento do Sector de Águas - Abastecimento de Água e Saneamento; Reunião Metodológica e de Balanço do Sector de Água e Saneamento’, Luanda, 13-16 Fevereiro de 2001.

⁶ PNUD, Relatório do Desenvolvimento Humano 2001: Pôr as novas tecnologias ao serviço do desenvolvimento humano, Nova Iorque, 2001.

⁷ Rápida Avaliação das Áreas de Acolhimento das Famílias, Junho de 2002, MOH, OMS, UNICEF, FNUAP.

Outro factor de agravamento, com impacto no regresso e reinstalação das populações deslocadas, é a presença de minas terrestres, que dificultam muito a produção agrícola e a prestação dos serviços de saúde. Angola está considerada como o país com maior número de minas terrestres no mundo. Calcula-se⁸ que 35% do território nacional esteja infestado por sete milhões de minas. Os dados oficiais referem que 963 pessoas (das quais 403 morreram) foram vítimas de acidentes com minas, em 2000.

Em Junho de 2002, segundo os cálculos da OCHA⁹ quanto à dimensão da população vulnerável, os factos eram os seguintes:

- (a) cerca de 1,9 milhões de pessoas, vivendo em áreas acessíveis antes do acordo de paz de 4 de Abril, encontravam-se em situações muito difíceis;
- (b) outro milhão de pessoas vulneráveis estavam instaladas nas áreas recentemente acessíveis;
- (c) cerca de 390.000 ex-quadros da UNITA foram instalados em Áreas de Acolhimento de Famílias; 457.492 pessoas, segundo o UNHCR,¹⁰ tinham sido registadas como refugiadas em 2001, vivendo actualmente na Zâmbia, República Democrática do Congo e Namíbia;
- (d) a elevada prevalência do HIV (cerca de 20%), que se verifica actualmente nos países que acolheram refugiados angolanos durante anos, deve ser combatida, com destaque e estratégias especiais. A situação social e humanitária é grave, nos campos e também nas cidades, incluindo Luanda, onde os refugiados têm pouco acesso a alimentos e muito pouco acesso a serviços básicos.

O recente Tratado de Paz, assinado a 4 de Abril de 2002, franqueou a porta a novas oportunidades e, ao mesmo tempo, veio criar novos desafios ao país e a toda a comunidade internacional. Embora este não seja o primeiro acordo de paz, muitos observadores entendem que o actual cenário político e militar mudou radicalmente em 2002, desde que o cessar-fogo entrou em vigor, sugerindo claramente uma perspectiva de paz duradoura.

2.2 Demografia geral

Angola caracteriza-se por uma variedade de grupos étnicos, culturas e tradições, línguas nacionais e comportamentos. O último censo geral do país teve lugar em 1970, com um total da população de cerca de 5.673.000 e uma densidade de

⁸ Avaliação Comum e Estratégia da ONU para os Países (UNCCAS), Luanda, Abril de 2002, p 11.

⁹ ONU, Operações Humanitárias em Angola, Junho de 2002.

¹⁰ UN, Avaliação Comum e Estratégia da ONU para os Países (UNCCAS), Luanda, Abril de 2002, p 10.

4,55 habitantes por km²¹¹ Os cálculos actuais da população¹² indicam cerca de 14,6 milhões, com uma densidade média de 11,7 habitantes por km². Outros cálculos recentes do PAV nacional confirmam uma população total de cerca de 14,5 milhões.¹³

2.3 Situação económica

A par do declínio ou estagnação de muitos sectores da economia, o crescimento da indústria petrolífera tem-se destacado no período pós-independência. O sector do petróleo tornou-se a principal fonte de receitas da exportação e a maior fonte de receitas fiscais do governo. Em 2001, o sector do petróleo representou 61% do PIB.

Em média, as despesas do governo entre 1997 e 2001 corresponderam a 48,9% do PIB. O aumento da produção de petróleo, que alcançou 900.000 barris por dia, proporcionou ao governo grandes receitas, que ultrapassaram os 3 mil milhões de dólares EUA em 2001.¹⁴ Daí resultou que Angola teve um dos mais altos rácios de despesa governamental face ao PIB, entre os países africanos. Por outro lado, a grande dependência do petróleo torna o país vulnerável às flutuações no seu preço. O predomínio do sector petrolífero no conjunto do PIB (57% em 2000) é motivo de preocupação, dados os efeitos negativos que este sector teve no emprego e em outras áreas de produção. Na realidade, num país onde a agricultura é a garantia de sobrevivência da maioria da população, em 2001 a produção de cereais não chegou a cobrir 50% das necessidades do país. Esta situação é ainda agravada pela percentagem de terra arável que está actualmente infestada com minas terrestres.

Apesar da exploração de novos poços de petróleo e da produção crescente de diamantes, o crescimento do PIB (3,3% em 2001)¹⁵ foi inferior ao que se esperava (ver Quadro 1) e a dívida externa, mantendo-se acima dos 10 mil milhões de dólares EUA, continua a ser motivo de preocupação. Em 2000, o PIB *per capita* situava-se entre os mais baixos da região africana austral e oriental, ultrapassando apenas os da Tanzânia, Malawi e Moçambique.¹⁶ Comparado com outros países da região, o crescimento do PIB em Angola em 2000 ultrapassou o do Lesoto e Zimbábue, onde a inflação foi superior à dos países vizinhos.

¹¹ Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2002-05, Dez 2001, Quarta versão, MOH.

¹² Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2002-05, Dez 2001, Quarta versão, MOH.

¹³ Plano Alargado de Vacinação, Cálculo da população em 2001, Luanda, Junho de 2001.

¹⁴ Gov. Angola/OMS/PNUD/UNICEF/IOM, Financiamento público dos sectores sociais em Angola, 2002 p.2.

¹⁵ Angola, Avaliação Comum dos Países, 2002, p. 15.

¹⁶ Angola, Perfil do país, The Economist Intelligence Unit, Fevereiro de 2002.

Quadro 1: Angola: Dados gerais da economia, 1997-2001

	Fonte	Unidade	1997	1998	1999	2000	2001
População	INE	Milhares \$	12.262	12.630	13.009	13.400	13.808
PIB a preços actuais	FMI	Milhões \$	7.675	6.445	6.088	8.864	9.472
PIB <i>per capita</i>	CCA	\$	590	495	468	661	686
Inflação (anual, Luanda)	INE	%	148	135	32	268	116
Taxa de câmbio média (oficial)	BNA	Kz/\$	0,23	0,39	2,84	10,2	22,1
Taxa de câmbio média (paralela)	BNA	Kz/\$	0,30	0,61	3,16	10,6	23,9
Preço médio do petróleo	FMI	\$/ barril	18,6	11,9	17,6	27,1	23,0

Fonte : Governo de Angola/OMS/PNUD/UNICEF/IOM, Financiamento público dos sectores sociais em Angola, 2002, p 2.

2.4 Governação, reforma do sector público e redução da pobreza

Os principais mecanismos formais por meio dos quais os detentores do poder respondem perante a população são os sistemas eleitoral e parlamentar. A Constituição, revista em 1991-92, prevê eleições presidenciais de 5 em 5 anos e eleições legislativas em cada 4 anos, no âmbito de um sistema político pluralista que possibilita a competição aberta entre partidos rivais. Entretanto, condições de insegurança impediram, desde 1992, a realização de novas eleições presidenciais e legislativas. O regresso da UNITA à guerra em fins de 1992 impediu mesmo a conclusão das eleições presidenciais desse ano e os mandatos, quer do Presidente, quer da Assembleia Nacional, foram prolongados por razões de segurança.

Entre eleições, é à Assembleia Nacional que cabe a função constitucional de fazer com que o governo responda pelos seus actos. O Presidente da República tem poderes executivos, presidindo ao Conselho de Ministros e partilhando o poder executivo com o Primeiro Ministro. Na realidade, o papel do Presidente é superior ao deste, já que nos últimos três anos não houve Primeiro Ministro. Cabe ao Parlamento aprovar leis, incluindo o Orçamento Geral do Estado, mas não decretos-leis ou decretos, que são da competência do Conselho de Ministros. O governo publica decretos-leis sob autorização legislativa, concedida pela Assembleia Nacional. Esta tem também o direito de questionar os ministros e de obter, das instituições governamentais, toda a cooperação necessária para o desempenho das suas funções. A estratégia que está em preparação, e que pretende abordar a reforma da administração pública numa vasta perspectiva, pode entender-se como um caso de “negociação e mediação”, na procura de vias para a solução de desafios que se traduzirão directamente no bem-estar das populações, em equidade, justiça social, crescimento económico, etc.¹⁷

¹⁷ MAPESS; Estudo sobre a Macro-Estrutura da Administração Pública Angolana: Uma abordagem preliminar; Programa de Reforma Institucional e Modernização Administrativa; CDI/MAPESS; Maio, 2000.

O sector da educação iniciou um processo de reforma estrutural, por meio de uma nova lei aprovada em 2001.¹⁸ O seu objectivo é modernizar o sistema de ensino.¹⁹ Estão em curso acções para melhorar a eficácia das despesas públicas, com implicações na reformulação da estrutura orçamental. Por exemplo, o Programa de Reforma dos Serviços Administrativos pretende reduzir em 20% os funcionários públicos. O Orçamento do Estado para 2002 compromete o governo face a uma maior disciplina fiscal e monetária, incluindo medidas para gerar novas receitas através do imposto de valor acrescentado (IVA) e a modernização do sistema alfandegário.

Terminou, em 2001, o Programa Monitorizado (SMP), com o FMI. Os seus objectivos eram promover a estabilidade macroeconómica, aumentar a transparência das operações do sector público e iniciar a implementação de reformas estruturais críticas. O SMP incluía ainda uma política de re-distribuição do orçamento do estado para os sectores sociais, com base numa estratégia para aliviar a pobreza que ajudaria a orientar as políticas e os gastos governamentais com os grupos sociais mais vulneráveis. Contudo, na última missão do FMI, foi observado que, apesar dos progressos conseguidos, a implementação dessas medidas tinha sido insuficiente.²⁰

A nível sub-nacional, o poder está concentrado nos 18 governos de província, sobretudo nos seus governadores, nomeados pelo Chefe de Estado. Desde a década de 90, os Governos de Província têm conseguido, à custa dos ministérios centrais, a descentralização de responsabilidades administrativas, do nível central para o provincial (Decreto 17/99, Decreto-Lei 29/00, Decreto 27/00). A alteração mais importante foi a integração das extensões dos ministérios nos governos provinciais. Os seus directores são agora directamente nomeados pelo governador da província, perante quem respondem, e as suas dotações orçamentais estão integradas no orçamento da província (Decreto 2/00 de Maio de 2002). Embora não tenha ocorrido uma descentralização fiscal significativa, o maior papel dos governos de província na execução fiscal levou à criação de unidades de gestão do orçamento; a negociação dos seus orçamentos é directamente feita pelo governador da província junto do Ministério das Finanças, sem a interferência dos ministros sectoriais. Isto criou uma situação face à qual as extensões dos ministérios não têm possibilidade de proceder a planeamentos ou programações significativos de âmbito sectorial, sobretudo no que respeita aos serviços sociais básicos, como os cuidados primários de saúde, que são agora da total responsabilidade do governo da província.

¹⁸ Governo de Angola, Lei nº 13/01: Lei de Bases do Sistema Nacional de Educação, Diário da República, nº 6, 31 de Dezembro de 2001.

¹⁹ Vinyales L. O. Financiamento público dos sectores sociais em Angola, UN/Princípio, Luanda, 2002.

²⁰ IMF, Angola: Conclusões preliminares da missão do FMI, Fundo Monetário Internacional, 14/Agosto/2001.

O desafio actual consiste em conseguir que os ministros sectoriais possam desempenhar um papel eficaz no planeamento e orçamentação de âmbito sectorial. Isso garantirá que os governos de província e a administração municipal cumpram as suas obrigações no tocante às políticas e modelos nacionais. A nível sub-provincial, os 163 municípios e as 532 comunas correspondem a departamentos funcionais dos governos de província. A transferência de responsabilidades do nível central para o provincial não foi acompanhada da introdução de órgãos eleitos, a nível de província, o que resultaria em maior responsabilização do governo provincial face às populações sob a sua autoridade. Além disso, esta descentralização da autoridade e responsabilidade ocorreu num contexto em que os recursos humanos, as capacidades institucionais e os mecanismos centrais de inspecção estavam debilitados na maioria das províncias. Durante o conflito, deu-se um êxodo de funcionários do governo para a capital, Benguela e Huíla²¹, mais acentuado nos níveis superiores. Segundo um censo efectuado em 1998,²² 73% dos técnicos superiores e 42% dos quadros médios de todas as profissões estavam fixados em Luanda.

O Instituto Nacional de Estatística calcula que 68% da população esteja presentemente a debater-se com a pobreza, com 26% destes a viver em pobreza objectiva.²³ Ao longo dos anos, os inquiridos em zonas urbanas acusaram um aumento do nível da pobreza, devido ao afluxo de pessoas deslocadas para as cidades e à escassez de oportunidades de emprego, sobretudo no sector formal. O prolongamento da guerra não é o único factor que explica a deterioração das condições de vida; as altas taxas de inflação (com grande impacto no poder de compra dos assalariados), a taxa de desemprego e a menor oferta de lugares no funcionalismo público também concorreram para esta situação catastrófica.

Quanto à problemática dos sexos, os indicadores revelam que as mulheres têm qualidade de vida, níveis de alfabetização e oportunidades económicas inferiores às dos homens.²⁴ Um estudo do Instituto Nacional de Estatística²⁵ revelou que a escolarização ainda não atingiu 16% dos homens e 46% das mulheres. Das mulheres rurais, 66% eram analfabetas. Muitas mulheres têm acesso a trabalho não qualificado, sobretudo no sector informal (onde dois terços da actividade são ocupados por elas). Entre os Membros do Parlamento, as mulheres rerepresentam só 16%, e apenas 13% são membros do governo. Na função pública, as mulheres ocupam 40% do quadro.²⁶

²¹ ONU, Angola: Os desafios do após-guerra, CCA, 2002.

²² MAPESS, Perfil dos Recursos Humanos da Administração Pública, Luanda, Fevereiro, 1999.

²³ Ministério do Planeamento; 'Estratégia interina de redução da pobreza', Fevereiro, 2001.

²⁴ ONU, Angola: Os desafios do após-guerra, CCA, 2002.

²⁵ INE, /Resultados dos indicadores Múltiplo, MICS2,2001, Folha de Informação rápida/, Abril 2002.

²⁶ Angola, CCA, 2002.

O país iniciou, há um ano, a elaboração de um Programa Estratégico Provisório para a Redução da Pobreza, que ainda se encontra em fase de consultas. A saúde e a educação são os dois sectores chave que este 1º PRSP considera como os sectores estratégicos a privilegiar com programas específicos, para reduzir a pobreza no país.

2.5 Perfil sanitário

O nível de saúde dos angolanos, tal como os principais indicadores o espelham, encontra-se entre os piores do mundo. A taxa de mortalidade infantil foi calculada, em 1995, nos 1.300 para 100.000 nados vivos,²⁷ e outras estimativas colocam-na nos 1.850.²⁸ Em 2001, a mortalidade infantil foi de 150 por cada 1.000 crianças com idade inferior a 1 ano e a mortalidade entre os menores de 5 anos foi calculada em 250 por 1.000 crianças²⁹ (Quadro 2).

²⁷ OMS/UNICEF/FNUAP, Mortalidade materna em 1995: Cálculo OMS, UNICEF, FNUAP; Genebra, 2001.

²⁸ MINSA, Plano Estratégico Nacional de Saúde Reprodutiva, Luanda, 2002.

²⁹ INE, Resultados dos Indicadores Múltiplos, MICS2,2001, Folha de Informação rápida, Abril 2002.

Quadro 2: Indicadores relacionados com a saúde

Indicadores sanitários e sociais	Por milhar	%
Taxa de mortalidade infantil	150	
Taxa de mortalidade nos menores de 5 anos	250	
Malnutrição global		30,5
Malnutrição global aguda		42,2
Acesso a abastecimento de água potável		61,6
Acesso a saneamento adequado		59,4
Acesso a cuidados pré-natais		65,6
Prevalência do uso de métodos contraceptivos		6,2
Cobertura de partos com assistência institucional		44,7
Consumo de sais iodados		34,9
Suplemento de vitamina A nas crianças <5 anos		33,8
Suplemento de vitamina A nas mulheres grávidas		25,8
Taxa de aleitamento materno em exclusividade		13,6
Cobertura vacinal da DPT 3		33,9
Cobertura vacinal do sarampo		53,4
Cobertura vacinal da polio 3		63,2
Cobertura vacinal do BCG		68,8
Cobertura vacinal do TT nas crianças <5 anos		62,2
Uso de sais de reidratação oral na diarreia		39,9
Cuidados de protecção no domicílio em caso de diarreia		7,0
Recurso a serviços de cuidados de saúde em caso de diarreia		58,0
Uso de redes mosquiteiras		10,8
Uso de serviços de cuidados antipalúdicos em caso de paludismo		63,0
Saber como evitar a infecção por HIV (mulheres 15-49 anos)		17,4
Distinguir ideias erradas sobre o HIV/SIDA		14,3
Ter conhecimentos sobre a transmissão vertical do HIV		47,1
Mulheres com atitudes discriminatórias face às PLWHA		43,5
Mulheres que sabem onde fazer o teste do HIV		22,8
Mulheres que fizeram o teste do HIV		1,8

Fonte: MICS 2001 – INE, Novembro 2001.

É importante sublinhar que estes indicadores, sendo súmulas nacionais, podem eventualmente “esconder” grandes variações entre áreas geográficas e em relação aos grupos populacionais mais vulneráveis. A informação mais actualizada sobre malnutrição e mortalidade, em algumas zonas do país, proveio de avaliações rápidas feitas pelo Ministério da Saúde e a OMS nos últimos meses. Embora se tenham registado grandes variações, segundo a área onde o inquérito foi feito ao grupo alvo, os resultados apontam para níveis de malnutrição e mortalidade acima do limiar de alerta e, em certos casos, do nível de emergência. Em muitas das Áreas de Acolhimento de Famílias, onde famílias da ex-UNITA foram instaladas em Junho de 2002, verificaram-se níveis alarmantes de malnutrição aguda.

A vulnerabilidade do país manifesta-se pela frequente ocorrência de epidemias devidas aos maus sistemas de saneamento e abastecimento de água, na presença de poucos programas de prevenção, incluindo um baixo nível de cobertura vacinal de rotina. Ao longo dos últimos anos, Angola enfrentou vários surtos: poliomielite em 1999, com 1.117 crianças afectadas; meningite, com 1.263 casos e 152 óbitos até Outubro de 2002,³⁰ e sarampo em várias províncias, com 7.000 a 15.000 óbitos por ano.³¹

O sistema nacional de informação, que inclui os sistemas de vigilância epidemiológica e que, de momento, ainda funciona de modo deficiente, só tem capacidade para apreciar e monitorizar a gravidade do estado de saúde das populações. Quanto a endemias, e segundo as fontes disponíveis, o paludismo é a principal causa de morbidade, com 40% das crianças a morrer nos primeiros cinco anos de vida e 25% da mortalidade materna associados a problemas do paludismo. Nos hospitais, a taxa de mortalidade ronda os 15 a 30%. Quanto à de cuidados e 50% dos internamentos.³² Segundo os relatórios, as doenças respiratórias agudas e as diarreicas são as segundas causas mais comuns de morbidade e mortalidade. No conjunto, e de acordo com a recente avaliação efectuada nas províncias pelo Ministério da Saúde e os parceiros, estas três doenças são responsáveis por cerca de 70% de todos os casos de morbidade e 60% do total de casos de mortalidade. Até ao presente, foram notificados no país cerca de 21.000 casos de tuberculose (TB), sendo disgnosticados cerca de 7.000 novos casos anualmente. Em termos reais, estes números são um cálculo por defeito da incidência da TB, porque a rede sanitária é incapaz de despistar todos os doentes do tracto respiratório e evita fazê-lo, por ainda não dispor nem de medicamentos anti-TB, nem da estratégia do tratamento sob observação directa de curta duração (DOTS). Das 1.463 unidades de saúde existentes nas províncias, só 4% (54) implementaram a DOTS.³³

Factores como a destruição em massa da rede sanitária, deterioração do tecido económico-social, grandes movimentos populacionais e o HIV/SIDA e doenças correlacionadas, todos estão na origem do agravamento do estado de saúde do povo angolano. Alguns destas factores explicam igualmente a pouca capacidade dos serviços para detectar e tratar outras doenças, incluindo a lepra e a tripanossomíase. A informação disponível sobre as tendências da infecção por HIV/SIDA aponta para um crescimento exponencial das taxas de prevalência, sobretudo nas mulheres grávidas e nas que sofrem de infecções sexualmente transmitidas. Segundo um inquérito realizado em 2001 junto de mulheres grávidas, a prevalência do HIV rondava 8,6% , comparados com 3,4% em 1999. Inquéritos a profissionais do sexo, em 1999 e 2001,

³⁰ CPDE/DNSP; Boletim Epidemiológico semanal 42, 2002.

³¹ MINSA, DNSP, Departamento de Higiene e Epidemiologia, OMS, UNICEF; Plano Estratégico para a redução da mortalidade por Sarampo em Angola, 2002-2005, Outubro 2002.

³² MINSA, OMS; Análise da situação da saúde: Províncias de Malange, Huambo, Luanda 2002 (projecto).

³³ MINSA/Direcção-Geral de Saúde Pública, Plano Estratégico do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (NTP) 2003-2007, Luanda, Agosto de 2002.

mostraram igualmente um rápido aumento na prevalência, de 19% para 32,8%. A situação do HIV/SIDA pode-se deteriorar grandemente e acelerar a transmissão, devido à grande mobilidade de populações que continua a verificar-se, com o restabelecimento da paz e a abertura das fronteiras internacionais. Além disso, a pandemia é agravada pelos limitados conhecimentos sobre esta doença, a baixa disponibilidade de aconselhamento e tratamentos anti-retrovirais, e o grande número de transfusões de sangue resultantes de traumatismos e lesões devidos à guerra, minas terrestres e parasitoses.

Segundo dados oficiais,³⁴ cerca de 65% das unidades de saúde foram destruídas durante a guerra. Muito equipamento foi roubado e outro estragou-se por falta de manutenção, em especial nas zonas periféricas. Entre as províncias, há grandes variações quanto à média das populações servidas pelos centros de saúde, com a Província de Cabinda a apresentar o melhor rácio – 9.400 pessoas por centro – e a Província do Bié o pior, com cerca de 460.000 por centro. Seis províncias têm um rácio acima dos 80.000 habitantes por centro de saúde.³⁵ A ênfase nos cuidados primários de saúde é demonstrada pela média nacional de 0,7 camas hospitalares para 1.000 habitantes, um número baixo, mas não muito diferente do de outros países da região. Contudo, em termos de distribuição, a concentração destes recursos na capital afecta a média nacional, na medida em que a falta de camas a nível periférico pode estar mal reflectida na média nacional. O alargamento da rede em função de critérios demográficos e das carências, agora possível graças à maior segurança, corrigirá estas distorções e conseguirá uma maior equidade no acesso aos serviços. Este será um dos grandes desafios para o Ministério da Saúde e os seus parceiros no sector sanitário.

Os outros indicadores do Quadro 2 reflectem as dificuldades que o sistema sentiu para responder às carências da saúde no contexto da guerra. Todos os programas foram gravemente afectados pelo conflito. No sector da saúde, o único programa que conseguir seguir o seu plano foi a erradicação da polio. Dos mais de 1.000 casos de polio em 1999, o país só registou um caso em 2000, outro em 2001 e, até à data, nenhum em 2002.

Este enorme sucesso deve-se ao forte empenhamento político e liderança do Ministério da Saúde, à boa organização por parte dos intervenientes nacionais, tanto a nível central com provincial, e à acção positiva dos parceiros (OMS, UNICEF, Rotary International, USAID, CDC Atlanta, CORE, Reino Unido, Holanda e as ONG em geral).

³⁴ MINSA, Diagnóstico da situação da rede sanitária, Vol.1; Cap.V: Estado de conservação das unidades sanitárias, Luanda, 1999.

³⁵ PNUD, Relatório do Desenvolvimento Humano-Angola, Luanda 1997.

2.6 Financiamento da saúde

Segundo um estudo sobre as despesas com o sector social, levado a efeito pela OMS, UNICEF e PNUD em 2001, as despesas com o sector da saúde entre 1997-2001 variaram entre 31 milhões Kz em 1997 e 5.483 milhões Kz em 2001. Os dados não podem ser comparados ano a ano, devido às altas taxas de inflação nesse período. Contudo, no Quadro 3, as tendências reflectem os números percentuais dos sectores sociais no âmbito da despesa total do Estado, usando as duas fontes de dados disponíveis para o valor total da despesa (SIGFE e FMI). O dados do SIGFE, que não incluem a despesa coberta por outras fontes, mostram que o peso conjunto dos sectores sociais se fixou nos 20% a 30% da despesa, no período em análise. Contudo, o ano de 1999 apresentou uma percentagem muito menor, de 12,9%. Isso reflecte um grande aumento nas despesas com a defesa e a ordem pública, relacionadas com o reacender do conflito armado em finais de 1998. Em 2000, houve uma recuperação na parte que coube aos sectores sociais na despesa do Estado, a qual cresceu para 24,0% em 2000 e 26,3% em 2001. A inclusão da despesa coberta por outras fontes nos números da despesa total resulta num peso significativamente mais baixo dos sectores sociais, oscilando entre 6% a 19%. Em 1999, a parte da despesa total correspondente aos sectores sociais (incluindo os gastos cobertos por outras fontes) baixou, como aconteceu com o sector da educação, para somente 1,8%, antes de recuperar logo a seguir, em 2000 para 3,3% e em 2001 para 5,4%.³⁶

Quadro 3: Dotação percentual dos sectores sociais na despesa do Estado, 1997-2001 (por funções, excluindo a amortização da dívida)

	% da despesa total, incluindo a despesa coberta por outras fontes					% da despesa total, excluindo a despesa coberta por outras fontes				
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
Educação	7,5	14,9	6,6	9,2	9,0	4,0	6,1	3,0	4,3	6,4
Saúde	5,2	8,0	3,8	7,1	7,7	2,8	3,2	1,8	3,3	5,4
Segurança Social e Previdência	5,4	4,0	1,5	4,3	3,6	2,8	1,6	0,7	2,0	2,5
Habituação e Serviços Comunitários	3,5	1,3	1,0	3,3	4,1	1,8	0,5	0,5	1,5	2,9
Cultura	0,3	0,0	0,0	0,0	1,9	0,1	0,0	0,0	0,0	1,3
Sectores sociais	21,8	28,2	12,9	24,0	26,3	11,5	11,5	6,0	11,1	18,5

Fonte: SIGFE, MINFIN, IMF, 2002 – Governo de Angola/OMS, UNICEF, PNUD, IOM, Financiamento Público dos Sectores Sociais em Angola, 2002.

Apesar de o preço do petróleo ter recuperado no ano seguinte, as despesas continuaram num nível baixo em 1999, devido ao reacender da guerra. No entanto, o aumento nas receitas do petróleo, que atingiram um máximo histórico em 2000, e a maior prioridade orçamental conferida aos sectores sociais, resultaram em aumentos substanciais na despesa com estes sectores, em 2000 e 2001. Estas tendências foram evidentes, tanto na educação como na saúde. O Quadro 4 revela a grande dimensão da despesa coberta por outras fontes, embora tivesse havido uma redução em 2001.

³⁶ Governo de Angola/OMS, UNICEF, PNUD, IOM, Financiamento Público dos Sectores Sociais em Angola, Luanda, Agosto de 2002.

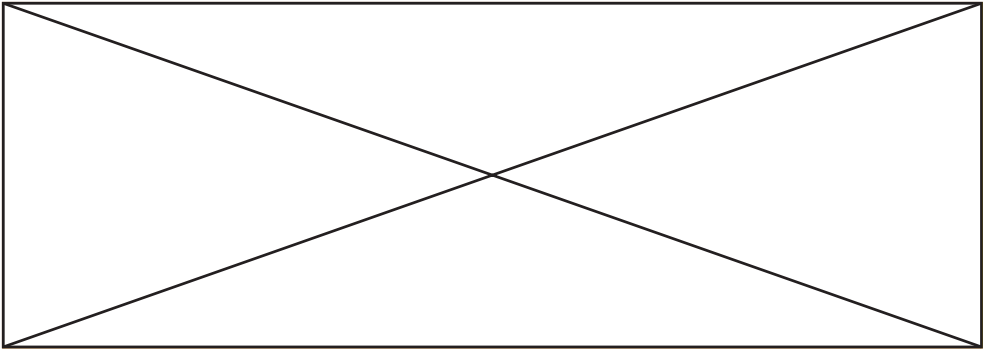
Quadro 4: Sector social executado, 1997-2001 (por funções, excluindo a amortização da dívida)

	Despesa (milhões de dólares EUA)					Despesa per capita (\$ EUA)				
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
Educação	168	131	142	222	281	10,2	10,7	16,2	19,9	
Saúde	117	70	83	172	238	9,4	5,4	6,3	12,6	16,9
Segurança Social e Previdência	120	36	32	104	111	9,6	2,5	2,4	7,6	7,9
Habituação, urbanismo e serviços comunitários	78	12	21	80	126	6,2	0,9	1,6	5,9	9,0
Cultura	6	-	-	-	59	0,4	-	-	-	4,2
Sub-total dos sectores sociais	489	249	279	579	816	39	19	21	42	57
Total da despesa (dados SIGFE)	2.242	881	2.163	2.409	3.106	183	70	166	180	225
Total da despesa (dados FMI)	4.244	2.169	4.677	5.213	4.412	339	168	352	381	313

Fonte: SIGFE, MINFIN, IMF, 2002 – Governo de Angola/OMS, UNICEF, PNUD, IOM, Financiamento Público dos Sectores Sociais em Angola, 2002.

No período de 1997 a 2001, a despesa do Estado com a saúde foi de 3,3%, enquanto que a média dos países SADC foi de 7,2% (ver Figura 1). Do total para o sector da saúde, mais de 50% foram destinados ao nível secundário e a unidades centrais. Esta política deveu-se, em parte, à deterioração da rede primária e à concentração dos profissionais nos hospitais, por motivos de segurança. Quanto às grandes linhas orçamentais, os salários do pessoal correspondiam a mais de 40% do total, sendo menos de 10% destinados ao investimento. Não se conhecem quebras na despesa com a aquisição de medicamentos. O nível de implementação foi muito restrito (entre 40% e 55% em 2000), embora indicações recentes apontem para um progresso em relação ao passado. Com base em outros dados, as indicações sugerem que a dotação financeira do governo aumentou recentemente: em 2001 foram orçamentados 270 milhões de dólares EUA, correspondendo a cerca de 20 dólares *per capita*, ao que se deve somar a ajuda internacional. A concentração dos recursos no sistema de referência, que implica maiores gastos; a má capacidade de gestão (também denunciada pela reduzida implementação do orçamento); e o predomínio dos programas de emergência (que exigem medidas extraordinárias, seja qual for o custo), explicam por que motivo o financiamento do sector é insuficiente para corresponder às necessidades. Do ponto de vista comparativo, no entanto, este financiamento não é desprezível, embora ainda não se traduza em resultados substanciais do sistema.

Figura 1: Dotação percentual da despesa do Estado com a saúde nos países da SADC, 1997-2001



Fonte: SIGFE, MINFIN, IMF, 2002 – Governo de Angola/OMS, UNICEF, PNUD, IOM, Financiamento Público dos Sectores Sociais, 2002.

2.7 Reformas do sector da saúde

A reforma do sector da saúde está em curso, em simultâneo com a descentralização da autoridade e do orçamento, directamente do Ministério da Saúde para os hospitais de cuidados terciários, os institutos e os hospitais provinciais.³⁷ Desde 2001, todas as responsabilidades pela gestão e pelo orçamento foram retiradas do Ministério da Saúde e transferidas para as direcções hospitalares.

Da descentralização resultaram Direcções Provinciais de Saúde, dependentes dos governos de província. O Director Provincial de Saúde é nomeado directamente pelo governador da província, como supervisor directo. A dotação orçamental para a saúde integra-se agora no orçamento do governo provincial, sem que o Ministério da Saúde participe na sua elaboração ou execução. O planeamento e programação dos cuidados primários de saúde de âmbito sectorial são agora da plena responsabilidade dos governos de província.

2.8 Recursos humanos para a saúde

Quanto ao desenvolvimento e re-distribuição dos recursos humanos para abranger as zonas mais remotas do país, está em curso uma revisão da política de recursos humanos, para corrigir distorções no perfil do pessoal. Na área da formação, tomaram-se medidas no ano findo para implementar as actividades do Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para 1997-2007. As principais componentes, em fase de estudo e elaboração, são as seguintes:

³⁷ Decreto n.º 27/00 sobre 'Paradigma de Regulamento dos Governos das Províncias e das Administrações dos Municípios e das Comunas'.

- (a) racionalização do sistema de formação,³⁸ nomeadamente no que se refere à rede de instituições escolares, que devem melhorar a qualidade do nível de ensino-aprendizagem, de acordo com o quadro da saúde;
- (b) formação contínua ou em serviço,³⁹ por meio da definição de uma estratégia para o desenvolvimento profissional dos funcionários do Ministério da Saúde;
- (c) formação em gestão.⁴⁰

2.9 Desafios: problemas chave da política de saúde e perspectivas actuais

A capacidade do sector da saúde para satisfazer as necessidades e responder à solicitação de serviços tem estado muito limitada. São muitos os factores que limitam a capacidade do governo para formular políticas sanitárias passíveis de implementação, adaptadas às carências e compatíveis com os recursos disponíveis. A competição com outros sectores, principalmente a Defesa, tem deixado recursos insuficientes para a saúde. Os recursos limitados da ajuda externa, a fragmentação do sistema e a falta de mecanismos de coordenação também têm responsabilidades. A instabilidade política e militar, a destruição de unidades de saúde, a inadequada capacidade de gestão (sobretudo a nível periférico) e a concentração dos profissionais da saúde nas principais capitais de província (sobretudo em Luanda), são factores determinantes, responsáveis pela debilidade do sistema de saúde. Salários reduzidos e custos de vida elevados desmotivam os profissionais da saúde, o que se reflecte na falta de pessoal a nível periférico e na baixa qualidade dos serviços de saúde aí prestados. Por outro lado, uma percentagem muito pequena da população com melhores condições económicas pode aceder a cuidados de saúde em clínicas privadas, nas principais zonas urbanas. Várias clínicas privadas surgiram rapidamente em zonas sub-urbanas, prestando cuidados de qualidade questionável, que nunca foram avaliados. Tudo isto se traduz em acesso limitado aos cuidados, para grande parte da população.

Partindo dos factores referidos acima, é possível identificar os principais desafios e as novas oportunidades para o sector da saúde, no contexto da paz. Estes factores reclamam uma imediata expansão dos serviços para, em termos de cuidados de saúde, responder às necessidades das pessoas que, de repente, passaram a ter melhor acesso a eles.

Análise do sistema de saúde

Nesta fase de reforma da saúde e de reestruturação do sistema, são muito necessárias uma análise do sistema, uma política e uma economia da saúde. Será também essencial recorrer às experiências dos países que passaram por reabilitações e reconstruções

³⁸ Implementação do “Novo” Sistema de Formação em Saúde, projecto, MOH, Março de 2002.

³⁹ Estratégia do Programa de Formação Permanente, MOH, Fevereiro de 2002.

⁴⁰ Consultoria sobre Formação em Gestão, MOH, Setembro de 2001.

semelhantes, para acelerar as mudanças. É muito provável que a ajuda externa desempenhe um papel importante, complementando os esforços do país. Por isso, é necessário que os parceiros participem no processo de definir as prioridades e as modalidades de implementação, para se evitar mais tarde um agravamento da actual fragmentação e para potenciar a eficácia no uso dos recursos. Novas modalidades de coordenação e novos instrumentos de gestão para a ajuda externa poderão resultar numa melhor alocação e uso dos escassos recursos financeiros. Embora seja prematuro estar a prever uma abordagem de âmbito sectorial para Angola, a actual fragmentação da ajuda por projectos mal coordenados e ineficientes exige uma melhor canalização dos fundos externos que complementam as verbas do governo. Deste ponto de vista, as exigências e condições actuais podem ser avaliadas para testar formas parciais de gestão orçamental e/ou de fundos comuns para algumas linhas orçamentais que, aliadas ao reforço da capacidade de gestão, também podem contribuir para o ajustamento dos actuais desequilíbrios no processo de descentralização.

Intensificar intervenções e serviços

Como patamar mínimo, toda a população deve ter acesso a intervenções intensificadas e de âmbito alargado e a um pacote mínimo de serviços preventivos e curativos. Uma coordenação eficaz dos recursos adicionais orientará os intervenientes e os novos parceiros para as áreas onde as necessidades são maiores, usando em comum políticas e directivas sanitárias normalizadas. A análise da situação, aliada a instrumentos de monitorização e avaliação, garantirão directivas, mais eficiência e maior impacto.

Reconstrução da rede sanitária

A reconstrução da rede sanitária vai exigir uma avaliação, uma concepção renovada e um esforço concertado durante um período longo. Só com planos concebidos a nível provincial, que integrem uma política sanitária robusta e recursos humanos e financeiros adicionais, será possível reconstruir um sistema de saúde viável. As actividades preparatórias (levantamento da rede, equipamento, transportes, pessoal, ONG, etc) necessárias aos planos de reconstrução não devem esperar, já que se corre o risco de haver agências a implementar projectos em áreas que não tenham prioridade. Deve ser dada prioridade às instalações laboratoriais, para se criarem padrões de avaliação de qualidade na epidemiologia e no tratamento de casos.

Redistribuição do pessoal

Tendo em conta a elevada concentração de médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde na capital (Quadro 5), é necessário estimular a redistribuição do pessoal pela periferia, recorrendo a incentivos que estão a ser preparados pelos Ministérios da Saúde e das Finanças. A nova política, aliada a melhores condições de trabalho e mais segurança, pode resultar numa nova organização dos serviços de saúde a nível periférico. Encontrar o equilíbrio certo junto das ONG locais e internacionais também garantirá, a longo prazo, um melhor desempenho e um reforço de capacidades.

Quadro 5: Recursos humanos no sector da saúde, Angola

Área	Médicos	Enfermeiros	Outros	Total
Luanda	471	4.974	4.094	9.539
Outras províncias	185	11.192	4.372	15.749
Total	656	16.166	8.466	25.288

Fonte: MOH, Direcção de Recursos Humanos, Re-conversão das Carreiras Especiais - 'Mapa Estatístico' n° 5, Junho 2001.

3 AJUDA AO DESENVOLVIMENTO

3.1 Evolução geral dos fluxos da ajuda para Angola

Durante a segunda metade da década de 70 e ao longo da de 80, Angola recebeu ajuda substancial da União Soviética, Cuba e outros estados do bloco oriental. Foi pequena a ajuda recebida dos países ocidentais, com excepção da Suécia. A situação mudou radicalmente no início dos anos 90. Em 1990-91, houve um súbito declínio no apoio dos aliados soviéticos e deu-se um estreitamento das relações com os grandes países industriais, nomeadamente os Estados Unidos, que reataram as relações diplomáticas com Angola em 1993.

O colapso do Processo de Paz de Bicesse e a dramática deterioração da crise humanitária, durante a guerra de 1992-94, suscitaram um aumento na ajuda humanitária e reforçaram a presença das ONG internacionais. A ONU aumentou o seu envolvimento nesse mesmo período. Após o Protocolo da Lusaka, em 1994, os doadores e parceiros da implementação reorientaram parcialmente a sua actividade no sentido da reabilitação e da recuperação; no entanto, a instabilidade do processo de paz não permitiu a concretização desse ciclo.

Em Bruxelas, na Mesa Redonda da Conferência de Doadores organizada em 1995, conjuntamente pelo Governo de Angola, União Europeia e PNUD, foi feito um apelo solicitando 900 milhões de dólares EUA para implementar o Programa de Reabilitação Comunitária e Reconciliação Nacional. Este, no entanto, foi afectado por uma implementação deficiente e pelo colapso do processo de paz, em 1998. Desde então, muitos doadores têm limitado a sua ajuda às actividades humanitárias. No conjunto, as tendências do fluxo da ajuda durante a última década acusaram um aumento em meados de 1995, a que se seguiu uma diminuição no fim da década. Segundo os dados da Comissão de Apoio ao Desenvolvimento da Organização para a Cooperação Económica e o Desenvolvimento, as receitas líquidas da ODA para Angola alcançaram uma média anual de 297 milhões de dólares EUA em 1990-93 e de 447 milhões em 1994-96, tendo depois baixado para uma média de 359 milhões em 1997-99. Ao longo desta década, Angola recebeu um total de 3,6 mil milhões de dólares EUA, dos quais 59% foram desembolsados por doadores bilaterais e 41% por doadores multilaterais. Os maiores doadores bilaterais, no período de 1990-99, foram a Suécia, Itália, Espanha, EUA e Portugal, cada um contribuindo com mais de 200 milhões de dólares EUA; os maiores doadores multilaterais foram a União Europeia (628 milhões), o Programa Mundial para a Alimentação (334 milhões) e o Banco Mundial (219 milhões).

3.2 Ajuda externa para o sector da saúde

No ano 2000, um estudo do fluxo da ajuda dos doadores⁴¹, feito pela União Europeia, Comissão Europeia, Noruega e EUA, revelou que 47% da ajuda externa se destinou à ajuda alimentar. O mesmo estudo mostrou que a saúde, com 14% do total bruto da AOD, foi o segundo mais importante sector financiado pelos doadores, com um total de 43,8 milhões de dólares EUA.

Em 2000, a ajuda externa para a saúde alcançou 24% do total dos recursos públicos para o sector (182,7 milhões de dólares EUA). De facto, os doadores complementaram de modo substancial o papel do governo em algumas províncias. No litoral e nas zonas de leste, os doadores cobriram cerca de um terço da despesa com a saúde enquanto que, no interior, contribuíram com quase metade da despesa.⁴²

Uma análise mais pormenorizada, a nível de província, revela que a contribuição dos doadores ultrapassou os 50% em sete províncias: Bengo, Bié, Huambo, Kuando Kubango, Kuanza Norte, Malange e Uíge. Na realidade, metade das províncias receberam mais de 40% de financiamento externo para o sector da saúde. O Quadro 6 mostra os contributos da ajuda, por três zonas: litoral, interior e leste. A zona litoral inclui as províncias do Bengo, Benguela, Cabinda, Kuanza Sul, Luanda, Namibe e Zaire. As províncias do interior são Bié, Cunene, Huambo, Huíla, Kuanza Norte, Malange e Uíge. A zona leste abrange o Kuando Kubango, Lunda Norte, Lunda Sul e Moxico. Foi acrescentada ao quadro outra categoria de despesas, o nível central, que corresponde às despesas com o Ministério da Saúde, institutos centrais autónomos e hospitais nacionais. O nível central não foi caracterizado como zona geográfica por falta de dados.

Quadro 6: Contribuições do Governo e dos doadores para a saúde, 2000^a

Região	Saúde			% do total dos doadores
	Despesa (\$ '000)			
	Governo	Doadores	Total	
Litoral	32 660	15 250	47 910	32
Interior	16 639	16 078	32 718	49
Leste	5 773	3 373	9 146	37
Nível Central ^b	83 864	9 145	93 009	10
Total	138 936	43 847	182 783	24

a/ Os dados dos doadores limitam-se ao ODA desembolsado pelos Estados-Membros da União Europeia, Comissão Europeia, Noruega e EUA.

b/ Incluindo Ministérios, órgãos centrais autónomos e institutos da saúde e educação de âmbito nacional.

⁴¹ Fluxo da Ajuda para Angola: Panorâmica. Delegação da Comissão Europeia em Angola, 2001.

⁴² Governo de Angola/OMS, UNICEF, PNUD, IOM, Financiamento Público dos Sectores Sociais em Angola, Luanda, Agosto de 2002

3.3 Parcerias nos programas da saúde

Normalmente, os fundos da ajuda externa são canalizados pelo Ministério das Finanças, Ministério da Saúde, Agências da ONU e ONG. Os principais parceiros (Quadro 7) para a saúde são a União Europeia, USAID, Suécia, Holanda, Itália, França, Espanha, Portugal, Reino Unido, Japão, o Banco Mundial e as Agências do Sistema das Nações Unidas, bem como a rede das ONG, tanto internacionais como nacionais.

Quadro 7: Parceiros para a saúde em Angola, Novembro de 2002

Parceiro	EHA	PAV	HIV	MAL	TB	DSD	HHRR	MPS	TRYP	DES
EUA	X	X	X	X		X		X		
CCD Atlanta		X	X							
Itália	X		X	X	X	X				
Espanha										
U. Europeia	X					X	X			
Suécia	X	X						X		
Reino Unido		X								
Noruega	X									
Bélgica			X						X	
Holanda	X									
França					X				X	
Portugal	X						X			
UNICEF	X	X	X	X		X		X		
FNUAP	X		X				X	X		
PSI			X	X						
IMF	X	X								
SC-UK	X	X								
OCHA	X									
Oxfam				X						X
MSF	X		X	X						

Fonte: OMS Angola, Novembro de 2001

A implementação directa do programa pelas ONG internacionais é uma resposta à necessidade de anular a falha quanto à existência das competências técnicas adequadas, a nível do país, e ao acesso a zonas remotas ou difíceis. Um dos desafios consiste em fazer com que os parceiros da implementação adiram de modo mais sustentado à política nacional de saúde, evitando a fragmentação das intervenções. Ainda se sente a necessidade de garantir uma maior participação das ONG nacionais e de outras entidades da sociedade civil na implementação do programa.

3.4 Mecanismos e instrumentos de coordenação

A recente melhoria no acesso a populações que dantes não eram atingidas (mais de um milhão de novos beneficiários) e a existência de vastas zonas de acesso ainda difícil aumentaram a necessidade de dar prioridade máxima aos mecanismos de coordenação. O Ministério da Saúde deparou-se com algumas dificuldades, depois

da descentralização, pelo que não dispõe de uma definição clara de princípios e métodos que informem as directrizes a nível nacional. Também se verifica que muitos parceiros internacionais mostram não compreender o papel de liderança que cabe ao Ministério da Saúde. A competição entre os parceiros, em termos de liderança e visibilidade, também cria obstáculos a que o Ministério da Saúde assuma um verdadeiro papel de coordenação.

Em termos de cultura, é necessário proceder a mais experiências e modalidades que abranjam todos os parceiros envolvidos, quanto à análise e aos processos de decisão sobre os temas da saúde. Ainda recentemente, com a criação da Comissão de Coordenação Inter-Agências para a aplicação do Fundo Mundial (GFAHMT), o país está a proceder a experiências sobre o modo de coordenar vários métodos de trabalho, com a participação activa de muitos parceiros. A ausência de uma política governamental de coordenação e a falta de um Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, aprovado e discutido com os parceiros para a saúde (embora exista um projecto preparado pelo Ministério da Saúde, com o apoio da OMS e da União Europeia), são alguns dos grandes desafios e prioridades estratégicas que terão impacto no papel da OMS, nos próximos anos. Estes instrumentos são necessários para criarem a necessária plataforma de reforço e para complementarem e potenciarem a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde⁴³. O processo de descentralização e a criação de Direcções Provinciais de Saúde, enquanto unidades com orçamento independente, contribuirão decisivamente para a Estratégia de Redução da Pobreza⁴⁴.

Alguns mecanismos de coordenação estão já implementados. No tocante a operações humanitárias, o Ministério da Reintegração Social assume a coordenação através do Grupo de Coordenação Humanitária, que inclui a OMS, OCHA, FNUAP, UNICEF, PNUD, WFP, agências bilaterais e ONG. O Governo criou também a Unidade Técnica de Coordenação da Ajuda, encarregada de receber e coordenar a ajuda humanitária concedida a Angola. Esta unidade pertence ao Ministério da Reintegração Social e dá sobretudo apoio administrativo às ONG. O Subgrupo Humanitário para a Saúde e Nutrição, presidido pelo Ministério da Saúde, inclui membros dos Ministérios da Educação e da Administração e Território, dos Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas, UNICEF, OCHA, alguns doadores e ONG internacionais e locais. À OMS cabe o papel específico de facilitador técnico.

No âmbito da estrutura administrativa das Nações Unidas, existe um grupo de Directores de Agências, o qual não tem estado muito activo desde 2001. Sob a liderança do OCHA, o Grupo Técnico (formado pelas Nações Unidas e as ONG) tem o encargo específico de coordenar uma resposta eficaz às crises humanitárias. Outro grupo específico que integra as Nações Unidas e as ONG encarregadas dos problemas de saúde e nutrição, com base nas carências humanitárias, está em actividade há vários

⁴³ Decreto nº 3/91 de Janeiro de 1991.

⁴⁴ Estratégia de Redução da Pobreza, 2001-2003, Ministério do Planeamento, Fevereiro de 2001.

anos sob a liderança da OMS e da UNICEF. Este grupo esteve muito activo durante os Processos de Apelo Consolidado, no período de 2000-2002, tendo-se também empenhado na análise intermédia de cada um dos últimos três anos e na monitorização do projecto de implementação da actividade das ONG no sector da saúde. O grupo foi ampliado a partir de Julho de 2002, com a formação de um “bloco” específico para a saúde pública, sob a liderança da OMS, ao lado de sub-componentes para nutrição, água e saneamento, dirigidas pela UNICEF. Este mecanismo tem contactos de coordenação com o Ministério da Saúde, recolhendo dados de interesse público sobre os parceiros envolvidos, os projectos e o respectivo impacto.

Para apoiar as Agências das Nações Unidas, mas no âmbito do Ministério da Saúde, foi criado um grupo inter-agências, o Grupo Temático para o HIV/SIDA. Este grupo reúne delegados de vários ministérios do Governo de Angola, as Nações Unidas, ONG e PLWHA, para criar uma plataforma que assuma a luta contra o HIV/SIDA em Angola.

Para reduzir a mortalidade materna e infantil, há estruturas específicas de coordenação e redes nacionais que lidam com temas de saúde específicos do paludismo, tuberculose, saúde reprodutiva e AIDI. São conhecidas por Coordenação dos Serviços Pediátricos de Luanda. Outras estruturas de coordenação, não específicas da saúde, mas ocupando-se também de temas a ela associados, foram criadas no seio das ONG, tanto nacionais como internacionais. A Comissão das ONG Internacionais (cerca de 80) chama-se CONGA; a comissão das ONG de Angola e a organização das ONG nacionais chama-se FONGA (Forum das ONG de Angola). O órgão executivo da CONGA é um Grupo de Ligação, formado por 18 ONG e pelo Presidente. Ambas as estruturas são nomeadas segundo um sistema rotativo.

Em Outubro de 2002, o Conselho de Ministros aprovou a criação de uma Comissão Nacional para a SIDA e Doenças Endémicas, sob a tutela do Presidente da República. Esta comissão tem órgãos a nível provincial, dirigidos pelos governadores, e uma Comissão Técnica a nível do Ministério. Além da equipa-país das Nações Unidas, formada pelos Directores das Agências das Nações Unidas, existem outros mecanismos para coordenar os doadores. A nível nacional, os quadros de coordenação foram temporariamente organizados pelo Governo de Angola, em harmonia com os Documentos Provisórios da Estratégia de Redução da Pobreza.

4 PROGRAMA ACTUAL DA OMS PARA O PAÍS

Angola foi admitida como Estado-Membro da OMS em Maio de 1976. Em 1990, com o acordo oficial do Governo de Angola, foi nomeado um Representante Residente, a quem cabia dirigir a Representação da Organização Mundial de Saúde em Luanda.

A Representação da OMS em Angola depara-se com o desafio de uma operação que, em Outubro de 2002, tinha 105 funcionários no terreno e um orçamento de 20 milhões de dólares EUA para o biénio 2002-2003. Tem necessidade de recorrer a parceiros, em especial ONG, para implementar, em conjunto com o Ministério da Saúde, estruturas que dêem resposta às metas previstas. Após uma análise da situação e das estratégias prioritárias, este documento pretende propor ajustamentos, do ponto de vista administrativo e operacional. Eles porão a Representação da OMS em Angola ao serviço da população, sem duplicar as actividades do Ministério da Saúde e dos seus parceiros e, ao mesmo tempo, lutarão por criar o ambiente indispensável para se conseguir um impacto eficaz, em termos de reduzir a morbilidade e a mortalidade no país.

4.1 Principais áreas de actividade da OMS e orçamento para o país

O Orçamento Programa para 2002-2003, incluindo os compromissos assumidos até Novembro de 2002, distribui os recursos financeiros por áreas seleccionadas, como mostra o Quadro 8. Estes recursos são, em parte, directamente implementados pela OMS, pelo Ministério da Saúde ou por ONG.

Quadro 8: Áreas de actividade e orçamento, OMS/Angola, 2002-2003 (\$ EUA)

Programa	Orçamento confirmado
Funcionamento da Representação no País (COO)	1.254.000
Vacinação (incl. Polio) (IVD)	11.000.000
Preparação e Resposta a Situações de Emergência (EHA)	4.280.000
Paludismo (MAL)	2.500.000
HIV/SIDA (HIV)	970.000
Tuberculose (TUB)	250.000
Prevenção, Erradicação e Controlo das Doenças Transmissíveis, incluindo Lepra e e AIDI (CPC)	1.070.000
Desenvolvimento Sustentável (HSD)	300.000
Organização dos Serviços de Saúde (OSD)	490.000
Promoção da Saúde e Saúde Mental (HPR)	180.000
Tornar a Gravidez mais Segura (MPS)	400.000
TOTAL DO ORÇAMENTO CONFIRMADO	22.694.000

Fonte: OMS Angola, Novembro de 2002.

Nota: O Orçamento 2002-03 contém compromissos até 31/Outubro/2002. Assim, não inclui os recursos para as situações de emergência e acção humanitária no ano de 2003. Também não inclui os recursos da Sede e do Escritório Regional para subsidiar o apoio técnico à Representação no país. Não inclui o custo de 8 funcionários internacionais e 40 nacionais, pagos com contributos para a Iniciativa de Erradicação da Polio, geridos directamente pela Sede.

A evolução dos recursos do orçamento ordinário alocados à Representação da OMS em Angola acusou um modesto aumento de 2.295.000 dólares EUA no biénio 1998-99 para 2.752.000 em 2000-2001 e para 3.400.000 no biénio 2002-2003. Os fundos de outras fontes subiram de uma média de 1 milhão de dólares EUA por ano, até 1999, para cerca de 10 milhões no ano de 2002. Apesar do rápido aumento dos recursos orçamentais, a taxa de absorção da OMS em Angola também tem aumentado rapidamente nos dois últimos anos, de 20% do orçamento planeado na primeira metade de 2000, para 90% em 2002.

4.2 Áreas preferenciais dos parceiros e principais doadores

O aumento e a rápida aceleração da promessa e transferência de recursos podem ser encarados como uma consequência lógica de a Iniciativa Mundial de Erradicação da Polio ter considerado Angola como um dos países mais problemáticos, entre os que ainda não alcançaram o nível de Certificação de um Mundo Livre da Polio (50% dos fundos de outras fontes provém do orçamento da polio). É reconhecido que os doadores confiam na Organização e estão empenhados em manter o seu apoio, face aos sucessos conseguidos até ao presente.

Os principais doadores que contribuíram com fundos para a OMS Angola, nos últimos 3 anos, são a USAID, CCD Atlanta, Reino Unido, Rotary Internacional e Holanda, para a erradicação da polio; USAID, para o paludismo; Suécia, Noruega, Reino Unido e Itália, para a acção humanitária; Itália e CCD Atlanta para o HIV/SIDA e Bélgica para a tripanossomiase. Estas áreas de preferência foram também responsáveis por fundos de outras fontes, necessários em Angola nos anos 2000-2002.

4.3 As extensões da OMS e a distribuição do pessoal

Foi genericamente acordado, entre a OMS e o Ministério da Saúde, usar o Programa da Polio (com uma dotação correspondente a 50% do orçamento geral) como porta de acesso à saúde pública. Os esforços apontavam, em especial, para a Vigilância Integrada das Doenças.

Nos dois últimos anos, a OMS teve de reestruturar as suas operações em 17 províncias do país. Actualmente, há pessoal técnico em 18 extensões provinciais. O seu principal objectivo é apoiar os governos de província na Vigilância Integrada das Doenças. A sua presença física nas instalações da Direcção Provincial de Saúde possibilita uma total coordenação com as várias estruturas e funções. Além disso, garante que não haja duplicação de sistemas durante a implementação. Seis dos funcionários são altamente qualificados, competentes e com experiência em saúde pública, proporcionando supervisão e monitorização adicionais às províncias da periferia.

A OMS tem mantido o seu papel de aconselhamento técnico a nível provincial, para apoiar os governos provinciais na área da saúde. A Organização presta um apoio consistente ao planeamento, organização dos serviços de saúde, vigilância, supervisão e avaliação. Este esforço conjunto tem dado à OMS uma melhor compreensão do sector da saúde e permite-lhe identificar melhor os factores essenciais para melhorar as condições sanitárias de Angola. Os fundos são normalmente orçamentados e processados através da OMS/Genebra e canalizados para a OMS/Angola através do Escritório Regional Africano.

4.4 Recrutamento de pessoal

No ano 2000, a Representação da OMS em Angola tinha um total de 17 funcionários, sete dos quais eram profissionais (dois internacionais) e dez eram pessoal de apoio. Em Novembro de 2002, a Representação no país tinha atingido os 102 funcionários, incluindo 76 técnicos e 26 funcionários de apoio (sobretudo administrativos, da logística, secretárias e condutores) Dos 76 funcionários técnicos, 15 eram internacionais e 61 nacionais (ver Quadro 9).

Quadro 9: Distribuição dos funcionários técnicos pelos programas, OMS Angola

Programa	Total	Internacionais
Funcionamento da Representação no País (COO)	2	2
Vacinação (Polio) (IVD)	34	10
Preparação e Resposta a Situações de Emergência (EHA)	12	2
Paludismo (MAL)	5	1
HIV/SIDA (HIV)	2	-
Tuberculose (TUB)	1	-
Prevenção, Erradicação e Controlo das Doenças Transmissíveis incluindo a Lepra, e AIDI (CPC)	2	-
Desenvolvimento Sustentável (HSD)	1	-
Organização dos Serviços de Saúde (OSD)	1	-
Promoção da Saúde e Saúde Mental (HPR)	1	-
Tornar a Maternidade mais Segura (SM)	-	-
TOTAL DOS FUNCIONÁRIOS TÉCNICOS	77	15

Fonte: OMS Angola, Novembro 2002.

4.5 Papel do Escritório Regional e da Sede

Para desenvolver os programas de colaboração do sector da saúde, estão planeadas pela Representação da OMS, com o apoio do Ministério da Saúde, missões técnicas do Escritório Regional e da Sede. Estas missões apoiam o país na análise da situação, recolha de dados, directrizes, normas, e na implementação de programas técnicos específicos da área da saúde. Elas ajudam a Representação da OMS e o Estado-Membro a não perder de vista as prioridades para a região; permitem a partilha de lições aprendidas noutros países, nas várias vertentes técnicas; são importantes para a elaboração das estratégias nacionais e asseguram o necessário apoio técnico ao país.

4.6 Pontos fortes, problemas e perspectivas

Resumem-se a seguir os pontos fortes da cooperação técnica entre a OMS e Angola. As boas parcerias existentes, formadas com o Governo de Angola, a sociedade civil e os parceiros em geral, deram à Representação da OMS um sólido conhecimento da dinâmica política, social, sanitária e humanitária de Angola. Esta é a base que permite definir e formular um quadro estratégico para o sector da saúde. A Representação da OMS, ao orientar-se para a definição, monitorização e reforma da política sanitária nos últimos cinco anos, lançou as bases para o desenvolvimento do apoio humanitário e para directrizes estratégicas sustentáveis. Aliando um bom sistema de gestão, maior acesso à informação, parcerias para a saúde, investimento em advocacia para acelerar a mobilização de recursos técnicos e financeiros, estes factores benéficos críticos deverão garantir o sucesso na reconstrução do país, com incidência no desenvolvimento a longo prazo. A descentralização da Representação da OMS, da capital para as 18 províncias, criou uma sólida presença actuante no terreno, permitindo uma melhor compreensão dos problemas locais, maior eficácia no apoio ao país através das Direcções Provinciais de Saúde e resultados de boa qualidade nos programas de saúde partilhados com parceiros. A presença, a nível do Escritório Regional e da Sede, de suporte técnico e de programas e pessoal de apoio, ajudará a alcançar resultados positivos.

Foram identificados vários pontos fracos. O acesso restrito às áreas de reinstalação tem atrasado a aplicação do Pacote Mínimo de Cuidados de Saúde e afectado as taxas de mortalidade infantil e materna. Será necessário um Plano de Acção à Distância, em parceria com todos os parceiros pertinentes, para abranger todo este vasto país, sobretudo as zonas mais remotas.

A falta de uma abordagem claramente planeada e organizada pode resultar em oportunidades perdidas para o reforço do sistema de saúde angolano. Dever-se-á ter em conta um melhor uso do apoio técnico do Escritório Regional e da Sede, para garantir a integração das iniciativas.

Será necessário melhorar os conhecimentos dos funcionários da Representação sobre os programas mundiais e regionais e as estratégias da OMS. Dever-se-á alimentar uma nova cultura proactiva dos funcionários da Representação, dando-lhes uma formação orientada, que incida nas estratégias institucionais da OMS, nas suas funções essenciais e no conteúdo programático da sua actividade. Isso possibilitará uma rotina mais sistemática e organizada.

A descentralização para as extensões foi acompanhada por uma lenta, ou nula, implementação de mecanismos administrativos consistentes (criação de contas *imprest* – sistema contabilístico – e outros instrumentos para a gestão dos recursos) e de

meios operacionais (radio, *e-mail*, veículos, etc). Devem-se, pois, analisar e assegurar as necessárias condições administrativas, que possam sustentar as novas características da operação e a estrutura e distribuição do pessoal, a nível de país.

A falta de continuidade na presença dos funcionários, devida a interrupções dos contratos durante vários meses, põe em risco o sucesso. A gestão dos contratos e de recursos para o alargamento do pessoal deve assegurar a continuidade das acções. Ao mesmo tempo, o desequilíbrio entre o número de técnicos e dos funcionários de apoio (presentemente, quatro para um), obriga os técnicos a desempenharem funções de secretariado e logística, normalmente destinadas ao pessoal auxiliar. Isso resulta em ineficácia da actividade técnica.

Deve ser recrutado mais pessoal auxiliar, para o equilibrar com o grupo técnico e para que haja o devido apoio às actividades operacionais. A falta de pessoal auxiliar de apoio, sobretudo para a administração e a logística, põe em causa uma análise completa e adequada dos documentos financeiros e o controlo de operações relacionadas com armazenagem, transporte, manutenção, distribuição de bens e inventário. Em resumo, a descentralização e o aumento dos recursos financeiros virão reforçar as operações. Um aumento no número do pessoal auxiliar, com sessões de formação incidindo nos procedimentos operacionais; instalações maiores; melhor equipamento, e com melhor manutenção, são aspectos a considerar sem demora.

Apesar dos pontos fracos acima referidos, é evidente que a Representação da OMS em Angola tem conseguido redefinir o seu papel e, ao mesmo tempo, reforçar as parcerias com o Ministério da Saúde e os intervenientes no sector da saúde. Além disso, o Escritório Regional e a Sede têm dado um grande apoio ao novo papel que cabe à Representação, ao avançar para um maior desenvolvimento da política financeira e para a acção no terreno. Isso traduziu-se numa taxa mais eficaz de implementação do orçamento (cerca de 80% do total dos fundos disponíveis).

5 ESTRATÉGIA INSTITUCIONAL DA OMS

A OMS tem estado – e ainda está – a passar por uma fase de mudança no seu método de trabalho, com o objectivo último de conseguir um melhor desempenho no apoio aos Estados-Membros, para que vençam os desafios essenciais nos sectores da saúde e do desenvolvimento. Este processo de mudança organizativa tem, como enquadramento geral, a Estratégia Institucional da OMS⁴⁶.

5.1 Objectivo e missão

A missão da OMS continua a ser “a obtenção, por todas as pessoas, do mais alto nível possível de saúde” (Artigo 1 da Constituição da OMS). A Estratégia Institucional e o Quadro Político para a Cooperação Técnica com os Estados-Membros da Região Africana sublinham as medidas chave por meio das quais a OMS pretende dar o máximo contributo possível à saúde no mundo e, em especial, na Região Africana. A Organização pretende reforçar a sua liderança técnica, intelectual e política no sector da saúde, bem como a sua capacidade de gestão para satisfazer as necessidades dos Estados-Membros.

5.2 Novos centros de interesse

A Estratégia Institucional da OMS destaca as seguintes respostas da OMS ao ambiente mundial em mutação:

- (a) adoptar uma abordagem mais vasta à saúde, no contexto do desenvolvimento humano, da acção humanitária e dos direitos humanos, sublinhando em especial as ligações entre a saúde e a redução da pobreza;
- (b) assumir um papel mais importante na criação de um consenso nacional e internacional mais vasto sobre a política, estratégias e as directivas para a saúde, promovendo e aplicando a investigação, os saberes e as competências;
- (c) orientar uma acção mais eficaz para a melhoria a saúde e a redução das iniquidades quanto aos seus resultados, negociando cuidadosamente parcerias e catalisando as actividades de outros;
- (d) criar uma cultura organizacional que estimule o pensamento estratégico, a influência global, prontidão na acção, redes criativas e inovação.

⁴⁶ OMS EB105/3. Estratégia Institucional para o Secretariado da OMS.

5.3 Orientações estratégicas

Com base nestes novos centros de interesse, a OMS instituiu quatro orientações estratégicas para o seu contributo à promoção da saúde das populações e à luta contra a saúde precária. Estas orientações estratégicas, que estão interligadas, proporcionam um vasto enquadramento para a acção técnica do Secretariado:

- (a) reduzir o excesso de mortalidade, morbilidade e incapacidades, especialmente entre as populações pobres e marginalizadas;
- (b) promover estilos de vida saudáveis e reduzir os factores de risco para as populações;
- (c) criar sistemas de saúde que melhorem equitativamente os produtos da saúde, correspondam aos anseios legítimos das populações e sejam financeiramente justos;
- (d) criar e possibilitar uma política e um enquadramento institucional no sector da saúde e promover uma real presença da saúde nas políticas para o desenvolvimento social, económico e ambiental.

5.4 Funções essenciais

A tipologia das funções essenciais da OMS, apresentada abaixo, baseia-se nas vantagens comparativas da Organização em todos os níveis :

- (a) articular uma política consistente, ética e de base factual com posições de advocacia;
- (b) gerir a informação, avaliar as tendências e comparar o desempenho dos sistemas de saúde; definir a agenda para a investigação e o desenvolvimento e estimulá-los;
- (c) catalisar a mudança por meio de apoio técnico e político, estimulando a acção e ajudando a construir uma capacidade nacional sustentável no sector da saúde;
- (d) negociar e sustentar parcerias a nível nacional e mundial;
- (e) definir, validar, monitorizar e facilitar uma adequada implementação de normas e directivas;
- (f) estimular o desenvolvimento e a experiência de novas tecnologias, instrumentos e directrizes para o controlo das doenças, a redução dos riscos, a gestão dos cuidados de saúde e a prestação de serviços.

5.5 Prioridades mundiais e regionais⁴⁷

Para ser mais eficiente e eficaz nas suas intervenções, a Organização seleccionou um número limitado de prioridades de nível mundial, nas quais incidirá durante este quadriénio (2002-2005). As prioridades mundiais seleccionadas com base nesses critérios foram: paludismo, HIV/SIDA e tuberculose; doenças não transmissíveis (cancro, doenças cardiovasculares e diabetes); tabaco; saúde materna; segurança alimentar; saúde mental; sangue seguro; e sistemas de saúde.

A Região Africana da OMS⁴⁸ depara-se com enormes desafios relacionados com a saúde. O Escritório Regional decidiu centrar a sua atenção em 12 prioridades, intimamente relacionadas com as 11 prioridades mundiais, mas adaptadas ao contexto regional. São as seguintes: HIV/SIDA; tuberculose; paludismo; saúde materna; saúde das crianças e adolescentes; reforço dos sistemas de saúde; segurança do sangue; acção humanitária e situações de emergência; promoção da saúde; controlo das doenças não transmissíveis, incluindo a saúde mental; e pobreza e saúde.

5.6 Tornar a OMS mais eficiente a nível de países

A concretização da Estratégia Institucional da OMS variará segundo os países. Tendo em conta os desafios específicos de cada país nas áreas da saúde e do desenvolvimento, a participação de outros parceiros externos, a actual actividade da OMS no país e com ele, bem como os enquadramentos políticos mundial e regional, a OMS procurará manter o equilíbrio entre as suas principais funções a nível de país. Isso significa que a Organização actuará mais como conselheira, intermediária e catalisadora e que só se envolverá em implementações de rotina no caso de iniciativas específicas, claramente identificadas, e numa perspectiva temporal limitada. Foi delineada uma tipologia operacional das funções da OMS a nível de países, com base nas funções fulcrais referidas acima.

São estas as funções específicas da OMS a nível de países :

- (a) apoiar as implementações de rotina a longo prazo;
- (b) catalisar a adopção de estratégias e inovações técnicas; adaptar as directrizes às características do país e promover a sua implementação em larga escala;
- (c) apoiar a investigação e o desenvolvimento, a experimentação de políticas e a elaboração de directrizes; estimular a monitorização do desempenho do sector da saúde; e avaliar e prever as tendências;
- (d) partilhar a informação, as opções e posições genéricas de natureza política, as directrizes e modelos, o estudo de casos e de boas práticas, e a advocacia;
- (e) dar aconselhamento político e técnico específico e de alto nível; servir de intermediário e árbitro; exercer influência na política, na actividade e nas despesas do governo e dos parceiros para o desenvolvimento.

6 AGENDA ESTRATÉGICA: PRINCIPAIS ÁREAS ESTRATÉGICAS SELECIONADAS

6.1 Reforçar o sistema nacional de saúde

Facilitar a elaboração e disseminação de uma Política nacional e de um Plano Estratégico Nacional para o sector da saúde, graças a uma articulação integrada com os parceiros nacionais e internacionais que operam neste sector.

Este exercício pretende reestruturar o Ministério da Saúde e apoiá-lo com um sistema de instrumentos para a criação de novas políticas e para o planeamento e a monitorização. A riqueza da experiência adquirida em Angola por todos os intervenientes no sector da saúde, nos anos recentes, será benéfica para a preparação de políticas e estratégias nacionais durante a actual fase de transição no país.

A OMS é considerada por muitos parceiros como uma entidade neutra, técnica e super partes. Desempenha um papel catalítico para facilitar o diálogo entre todos os parceiros do sector da saúde. Além de assumir a presidência do processo, a OMS é igualmente a unidade operacional que tem a seu cargo a plena coordenação de todos os intervenientes.

Orientar o Ministério da Saúde para uma administração geral eficaz. Apoiar uma metodologia abrangente para analisar os problemas da saúde com os parceiros. Criar um espaço aberto de diálogo, respeitando o direito de o país decidir sobre a sua própria política de saúde.

Nesta fase de transição, uma administração geral eficaz por parte do Estado só pode ser conseguida se existir, no país, um empenhamento evidente e se houver a manifestação de uma clara vontade de criar uma verdadeira parceria. Ao mesmo tempo, nesta fase de multiplicação dos esforços (dado o aumento nos recursos disponíveis, típico de uma fase pós-conflito) os parceiros para a saúde devem ser congregados, desde o início, à volta de ideias de colaboração no sector da saúde.

Uma componente chave para reforçar a administração geral do país é a existência de peritos nacionais no Ministério da Saúde, capazes de gerir e monitorizar os problemas prioritários relacionados com a saúde da população angolana. É necessário que o sistema nacional de saúde seja avaliado e reestruturado, de acordo com as novas

⁴⁷ OMS: Programa Geral de Trabalho 2002-2005

⁴⁸ Actividade da OMS na Região Africana, Quadro Estratégico para 2002-2005.

características demográficas do país. O Pacote Mínimo de Cuidados de Saúde deverá ser universalmente disponibilizado e monitorizado, para que a sua cobertura aumente na medida dos recursos disponíveis. Nesta fase, durante a qual o Ministério da Saúde terá de reassumir a apropriação do sector da saúde, a OMS ajudará a consolidar um sentido claro do rumo a seguir, elaborando e disseminando directrizes e normas relacionadas com o sistema de saúde. A OMS apoiará o Ministério da Saúde na negociação com os parceiros, para analisar criticamente as estratégias e actividades actuais e definir os caminhos futuros. Os peritos do Ministério da Saúde analisarão e decidirão sobre a situação actual do sector da saúde, segundo critérios de exequibilidade, importância, eficácia, cobertura, vulnerabilidade e sustentabilidade.

Em coordenação com os outros parceiros, a OMS analisará as lições colhidas noutros países que se encontrem a braços com um conflito prolongado, ou a sair dele. Os desafios chave são a macro-análise e o macro-planeamento da saúde. Ao mesmo tempo, deve ter-se em conta uma gestão hospitalar assente em indicadores baseados no desempenho, para melhorar o sistema de referência e prestar os tratamentos especializados, necessários para as doenças de alta tecnologia.

Ajudar o país a recuperar da longa guerra civil, graças à transição para o desenvolvimento a longo prazo

Ao longo de mais de 30 anos de guerra, o sistema de saúde foi afectado por uma enorme deficiência na distribuição de unidades e de profissionais da saúde a nível periférico. A partir do Protocolo de Luena em Abril de 2002, com o cessar das hostilidades, o sistema começou a poder concentrar-se em garantir um melhor acesso da população angolana aos serviços de cuidados primários de saúde.

O ónus do sistema de saúde face à população, na fase de recuperação, está primeiro numa melhor gestão dos casos (diagnóstico e tratamento das doenças) para o sector da população ainda altamente vulnerável, que sofre de malnutrição aguda, paludismo e parasitose. As mulheres grávidas e as crianças não vacinadas das populações recentemente deslocadas, ou vindas de municípios antes controlados pela UNITA, são um alvo especial durante os primeiros meses da transição.

Prestar os cuidados essenciais a estes grupos vulneráveis na primeira fase após o conflito e reintegrar os funcionários da saúde das zonas antes controladas pela UNITA, são aspectos da máxima importância para construir a paz e a estabilidade. O reforço do sistema de saúde será conseguido graças a vários recursos e intervenções, incluindo os programas de controlo das doenças, embora se considere que o papel mais importante da OMS, na fase de transição, seja o de apoiar o Ministério da Saúde no seu papel de liderança do sector.

A melhoria do acesso aos serviços de Cuidados Primários de Saúde terá em conta a reais necessidades das várias populações que coexistem em Angola, após o conflito. A resposta deve ser orientada e implementada de modo específico para as populações, dadas as diferenças nos ambientes onde elas lutam pela sobrevivência. Devem ser considerados três grupos populacionais: as novas populações nas zonas antes controladas pela UNITA, as populações que estão a regressar e a instalar-se de novo (com especial atenção aos deslocados internos e aos refugiados) e as populações “estáveis”. As áreas antes controladas pela UNITA não têm serviços sociais básicos e precisam de que os profissionais de saúde recebam novamente formação e sejam reintegrados no Serviços Nacional de Saúde. A OMS estudará os problemas técnicos que poderão facilitar essa integração. Também as zonas de reinstalação necessitam de uma rede sanitária de transição, para assegurar os serviços mínimos até que seja instalado um sistema estável. Para garantir que os refugiados vejam as suas necessidades de base rapidamente satisfeitas, o desafio está em que os serviços e a rede de saúde estejam no local antes de as pessoas regressarem às terras de origem. As populações residentes estão a sofrer numerosos problemas: falta de pessoal, de equipamento e de formação; má gestão; e um sistema de referência inoperante.

Na fase de transição, a OMS implementará grandes estratégias visando os problemas fulcrais. A OMS organizará e apoiará, a nível de província e no Ministério da Saúde, uma base de dados das carências, a partir de avaliações técnicas, para assegurar o acompanhamento das necessidades de emergência das populações internamente deslocadas e das novas populações, durante a reinstalação. Em parceria com as entidades pertinentes, será implementado um pacote mínimo de cuidados de saúde para as populações internamente deslocadas, os retornados e as populações que estão de novo acessíveis. Uma avaliação do sistema de saúde (instalações, problemas de gestão, equipamento médico, abastecimentos, recursos humanos e sistema financeiro) deixará o Ministério da Saúde mais bem posicionado para reestruturar e reconstruir o sistema de saúde. A reintegração e formação dos profissionais de saúde das zonas antes controladas pela UNITA contribuirá para a estabilização e a paz.

Reforçar as instituições a nível de província

As Direcções Provinciais de Saúde serão reforçadas, com vista à a gestão dos problemas fulcrais da saúde. Em Angola, o processo de descentralização ainda não está terminado e as Direcções Provinciais de Saúde ainda não são órgãos com orçamento próprio⁴⁹. Por isso, os planos para a saúde podem mudar segundo as prioridades definidas pelo Gabinete do Governador, onde se processa a afectação do orçamento para o sistema de saúde.

Através da Representação em Luanda e das extensões a nível provincial, a OMS irá :

⁴⁹ Governo de Angola/OMS/PNUD/UNICEF/IOM, Financiamento Público dos Sectores Sociais em Angola, 2002

- (i) recolher, analisar e partilhar informações; e recorrer à investigação operacional para obter melhores dados para o processo de tomada de decisões sobre a vigilância epidemiológica, bem como indicadores relacionados com o desempenho e com estudos de Saberes, Atitudes e Práticas;
- (ii) reforçar as capacidades das Direcções Provinciais de Saúde para a definição, planeamento, monitorização e avaliação de prioridades, usando a investigação operacional no controlo de qualidade,
- (iii) criar mecanismos para uma sólida supervisão e monitorização, orientados para a integração e a aceleração da implementação do programa;
- (iv) apoiar o Ministério da Saúde e os parceiros no processo de distribuição dos recursos humanos, incidindo na definição de elementos para melhor distribuir os profissionais a nível de província;
- (v) apoiar os parceiros na análise da situação e planear intervenções, agindo sempre em ligação com o Ministério da Saúde, a nível central e provincial;
- (vi) implementar e dar formação em investigação operacional a nível de província, para uma melhor compreensão dos resultados e impactos, e reorientar as estratégias operacionais em conformidade.

Usar uma abordagem integrada ao sistema

Será mais fácil conseguir cuidados primários de saúde com qualidade, eficácia e sustentabilidade, se os programas da saúde forem integrados. Uma análise participativa das carências da população e dos recursos disponíveis no país ajudará a definir o pacote mínimo de cuidados de saúde. Devem ser consideradas as perspectivas não-médicas, para complementar a dimensão curativa do sistema de saúde, com ênfase na promoção e prevenção, de modo a conseguir um impacto real nos factores determinantes da saúde, relacionados com a boa saúde e o bem-estar, começando com os grupos mais vulneráveis. A OMS apoiará o Ministério da Saúde na integração dos programas de erradicação da polio, paludismo, HIV/SIDA, tuberculose, lepra e controlo de situações de emergência.

Apoiar o Ministério da Saúde na monitorização da implementação de normas, directivas e planos.

Uma das mais inquietantes preocupações em Angola consiste em monitorizar a aplicação de normas e directivas e implementar decisões e planos. A OMS e o Ministério da Saúde definirão prioridades nessas áreas e elaborarão em conjunto instrumentos e mecanismos de monitorização.

6.2 Implementar programas prioritários

Usar a saúde como um instrumento estruturante nas estratégias de redução da pobreza

Tendo em conta as características extraordinárias da transição do país para o desenvolvimento a longo prazo, a OMS deve dar atenção especial à confirmação factual de quais as políticas, estratégias e intervenções do sector da saúde que podem ter maior impacto na redução da pobreza em Angola. A população beneficiária deve ser chamada a participar, a nível comunitário.

No espírito das recomendações regionais, a OMS apoiará, através das ONG locais, o desenvolvimento de micro-projectos integrados na comunidade, incluindo educação, água e saneamento, suprimentos médicos, micro-crédito, etc. Essas iniciativas podem também servir para quantificar a relação custo-impacto e para aprender lições sobre como as repetir, em caso de sucesso.

Privilegiar os programas de saúde de áreas especiais

A OMS considera que a educação, os géneros, os cuidados às pessoas internamente deslocadas e refugiados e a luta contra o HIV/SIDA são áreas especiais. O Ministério da Saúde actuará em íntima colaboração com outras agências intervenientes, em especial UNICEF e FNUAP, na promoção de comportamentos sem risco nas práticas sexuais, combatendo ao mesmo tempo a discriminação das Pessoas que Vivem com HIV/SIDA e a violência contra as mulheres.

As pessoas internamente deslocadas, os reinstalados e os retornados são grupos prioritários a privilegiar, na análise e resposta do sector da saúde. As questões pertinentes dizem respeito aos pacotes mínimos de cuidados e a um maior acesso aos CPS, incluindo a vacinação, por parte dos internamente deslocados. A luta contra o HIV/SIDA, num país onde a infecção por HIV quase triplicou em dois anos, é uma preocupação de primeira linha que marca presença em todas as actividades relacionadas com a saúde. É evidente que a educação, a problemática dos géneros, as pessoas internamente deslocadas e o HIV/SIDA estão intimamente ligados. A OMS dedicar-lhes-á políticas e actividades, com especial incidência nessa ligação.

Áreas Técnicas prioritárias seleccionadas pela OMS para o período de 2002-2005

As estratégias referidas acima serão poderosas orientações estratégicas, por meio das quais se implementarão as seguintes áreas técnicas prioritárias, seleccionadas para o período de 2002-05 :

- (i) **Desenvolvimento dos sistemas de saúde:** A reforma da saúde incluirá: a Política Nacional de Saúde e as suas estratégias; o sistema financeiro e o seu desempenho, mecanismos de gestão e indicadores; a organização dos serviços de saúde (rede nacional da saúde, sistema de referência, pacote mínimo de cuidados, pacote da nutrição); medicamentos e equipamentos essenciais, incluindo protocolos, distribuição e sistema de monitorização (ARV, etc); o Sistema de Informação Sanitária, incluindo a vigilância integrada das doenças; o Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos (formação inicial e em serviço, integração do pessoal de saúde dos territórios ex-UNITA e redistribuição do pessoal pelos níveis central e de província).
- (ii) **Prevenção e Controlo das Doenças Transmissíveis:** Em Angola, um dos principais desafios será manter e reforçar o PAV, incluindo a Iniciativa de Erradicação da Polio e o Controlo do Sarampo; o Programa de Luta contra o HIV/SIDA; O Movimento para Fazer Recuar o Paludismo; o Controlo da Tuberculose, com implementação da DOTS nas 18 províncias; o Programa de Eliminação da Lepra; o alargamento a todas as províncias da Estratégia da AIDI; o Programa da Tripanossomiase; o Programa de Controlo da Oncocercose; o Controlo da Esquistossomiase.
- (iii) **Saúde Reprodutiva:** Na área da saúde reprodutiva, a Iniciativa Tornar a Gravidez mais Segura será gradualmente alargada a todas as províncias do país.
- (iv) **Situações de Emergência e Acção Humanitária:** A componente de base da acção humanitária será a estabilização das populações durante o processo de retorno e reinstalação. As componentes técnicas serão: a implementação de uma base de dados nos níveis nacional e provincial, como instrumento para a preparação e resposta às epidemias; a prestação de um Pacote Mínimo de Cuidados de Saúde e Nutrição; a reintegração do pessoal sanitário das ex-zonas da UNITA no Sistema Nacional de Saúde; e a luta contra o HIV/SIDA nos locais onde ocorre o processo de retorno e reinstalação das populações deslocadas e dos refugiados. Serão implementadas actividades de Controlo de Qualidade da Água nos locais de reinstalação, de acordo com os recursos disponíveis.
- (v) **Promoção da Saúde:** Proceder-se-á à Promoção da Saúde, acompanhada de advocacia e da integração, nas actividades de Saúde do Ambiente e Desenvolvimento Sustentável, dos programas de saúde a nível de província. A Iniciativa África 2000, Cidades Saudáveis; o tratamento dos lixos hospitalares e as iniciativas de base comunitária são as componentes específicas deste esforço da OMS.

6.3 Parcerias e mobilização de recursos

Dar poder à sociedade civil para fazer advocacia junto do governo e dos parceiros internacionais

É necessário conferir mais poder à sociedade civil angolana, para que assuma uma participação real no processo negocial respeitante às orientações para a saúde no país. Verbas de arranque e instrumentos técnicos ajudarão a criar experiências e

capacidades em grupos como a Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto, igrejas, ONG e associações nacionais e empresas privadas. Esta estratégia garantirá que alguns grupos da sociedade civil se tornarão reais interlocutores do Governo de Angola na actualização das estratégias nacionais para a saúde. Um problema que exige atenção é o reforço de capacidades para o planeamento estratégico, a partir de uma análise da situação.

Dada a grande produtividade do país em petróleo, diamantes e madeiras, o sector privado está a expandir a sua esfera de acção, tendo incluído a saúde comunitária entre as suas metas. A OMS apoiará o Governo de Angola no esforço de fazer advocacia junto do sector privado, no sentido de reconhecer o potencial já existente, em termos de experiências de financiamento e de acções técnicas visando a saúde das comunidades e o melhor acesso à prestação de serviços de saúde.

Formar parcerias com doadores e reconhecer áreas de vantagem comparativa

Os actuais compromissos e planos da comunidade dos doadores são conhecidos, compreendidos e partilhados por todos os parceiros, sob a liderança do Ministério da Saúde. Em conjunto com outras Agências, a OMS ajudará a promover melhor uma avaliação partilhada do mapa dos esforços dos doadores. Além disso, a OMS analisará com os doadores as políticas e estratégias sectoriais para o país, para detectar de que modo cada parceiro, ou aliança de parceiros, poderá melhor ajudar o Ministério da Saúde a implementar acções visando as metas e objectivos planificados para o sector.

Procuram-se, no âmbito das actividades e estratégias seleccionadas pela OMS e o Governo de angolano, sinergias entre o Governo de Angola, as agências bilaterais, multi-laterais e as ONG, que consolidem a visão por uma saúde melhor. Uma pergunta que a OMS deverá suscitar em Angola, nos próximos anos, é a seguinte: Que intervenientes e que critérios ajudarão melhor a criar o novo sistema de saúde angolano, em sintonia com o Governo de Angola ?

Podem-se harmonizar os interesses dos doadores com vista a um melhor entendimento da situação e, assim, facilitar a afectação de recursos financeiros e técnicos às prioridades. A OMS facilita o espaço de diálogo entre os doadores e o Governo de Angola, assegurando a presença de um terceiro interveniente: a sociedade civil.

Uso de uma abordagem multi-sectorial

Neste período de transição, só se conseguirá uma estratégia abrangente para a saúde com a participação dos ministérios que, directa ou indirectamente, apoiam actividades relacionadas com o sector da saúde.

São eles o Ministério das Finanças, do Planeamento, da Mulher e Família, da Cultura e Educação, da Juventude e Desportos, da Reintegração Social e da Administração do Território. Especificamente em relação ao Ministério das Finanças, é necessário fazer advocacia e proceder a estudos sobre as implicações de uma melhor saúde, com os cenários propostos para diversos investimentos em saúde, e preparar indicadores para medir o desempenho do sistema de saúde nos seus três níveis. Estas actividades devem decorrer em conjunto com o estudo de quais as estratégias que terão maior impacto na saúde das populações e devem basear-se nelas. A esse respeito, um estudo levado a cabo em Angola, com o apoio da OMS, pode ajudar a definir as orientações financeiras estratégicas para o sector da saúde.

7 IMPLICAÇÕES PARA A OMS DA AGENDA ESTRATÉGICA

7.1 Implicações de carácter organizativo

- (a) melhor coordenação e integração entre as várias áreas de actividade da Representação no País, delegando claramente mais autoridade para a tomada de decisões e a administração nos Directores das Áreas Técnicas, a nível de país (Representação no país);
- (b) maior descentralização do planeamento e uso dos recursos do gabinete central da Representação em Luanda para as extensões a nível provincial, de modo a assegurar maior flexibilidade e oportunidade na resposta às necessidades locais (Representação no país);
- (c) maior integração e coordenação entre os três níveis da Organização, com uma clara definição das responsabilidades entre a Sede e o Escritório Regional. As missões técnicas dos dois níveis devem sempre fazer coordenação com a Representação, garantindo as exactas prioridades identificadas pelo Governo angolano e fazer planos com antecedência, para garantir a qualidade dos resultados. (Representação, Escritório Regional, Sede);
- (d) tendo em conta a crescente necessidade de uma implementação em devido tempo, uma maior delegação de autoridade é vital para o Representante (Escritório Regional e Sede);
- (e) dado o volume das actividades exigidas, é necessário reforçar a vertente administrativa da Representação, para garantir a responsabilização e uma boa administração em geral;
- (f) face à dimensão da operação, deveria ser criado um posto de Director da Operação do Programa, com funções de vice-Representante (Representação e Escritório Regional);
- (g) é necessário aumentar o Apoio Técnico ao país, criando postos internacionais e mantendo as missões técnicas de curto prazo para as prioridades seleccionadas, incidindo na política de saúde, planeamento e sistemas de informação (Sede, Escritório Regional);
- (h) a política de pessoal deve ser revista, no sentido de tornar o trabalho para a OMS mais atraente. Com a criação de novas modalidades de contratação, idênticas às da OMS e de outras Agências das Nações Unidas, a qualidade dos funcionários aumentaria enormemente (Escritório Regional e Sede);

- (i) as estratégias de recolha de fundos devem ser melhoradas nos três níveis da Organização, incluindo a criação de mecanismos para a transferência directa para a Representação de recursos de outras fontes provenientes de doadores, desde que estejam implementadas directrizes e normas claras (Representação no país, Escritório Regional).

7.2 Recursos humanos

- (a) há necessidade de pessoal especializado, de momento não abrangido pelas operações em curso (economia da saúde, política e planeamento familiar, recuperação da rede nacional de saúde, etc.);
- (b) importa aumentar a presença física dos funcionários da OMS nas instalações do Ministério da Saúde, contribuindo para o reforço da capacidade institucional nacional (representação no país);
- (c) são necessários cursos e actividades de formação no domicílio para os funcionários da OMS (Sede, Escritório Regional e Representação no país).

7.3 Recursos financeiros

- (a) será necessário financiamento adicional, fora do orçamento do país, para responder aos desafios do novo contexto da reconstrução de Angola, em especial para os contratos com parceiros/ONG visando a implementação de actividades (Sede, Escritório Regional e Representação no país);
- (b) para assegurar a continuidade dos contratos e o sucesso da descentralização da cooperação técnica a nível de província, deve ser melhorada a mobilização de recursos, especialmente a nível de país, e instituída uma boa prática negocial com os doadores, a propósito dos custos operacionais;
- (c) devem-se monitorizar os custos operacionais relacionados com a dimensão da missão : veículos, área administrativa e equipamento, etc.

8 CONCLUSÃO

A Agenda Estratégica para o período de 2002-2005 está sobretudo virada para o reforço de orientações claras, por meio um diálogo construtivo entre os parceiros nacionais e internacionais do sector da saúde.

Os desafios da reconstrução e descentralização devem ser orientados tendo em conta as seguintes dinâmicas: a nova concepção da rede sanitária; a prestação de um pacote básico de saúde a toda a população, começando pelos grupos mais vulneráveis; a reintegração dos funcionários da saúde das áreas ex-UNITA e a ameaça colocada pelo crescimento exponencial na difusão do HIV/SIDA, revelado pelos estudos da OMS/Ministério da Saúde.

Para reforçar as capacidades do Ministério da Saúde e satisfazer melhor as necessidades do país em geral e das suas populações, de acordo com as prioridades estratégicas definidas no Capítulo 6, é necessário melhorar as capacidades de trabalho da Representação da OMS. Isso dar-lhe-á a possibilidade de responder com eficácia às expectativas do governo, parceiros e populações do país, promovendo a participação, transparência e responsabilização na elaboração da Política Nacional de Saúde e do seu Plano Estratégico.

A implementação da Estratégia Institucional da OMS deve incidir na informação sanitária e em parcerias para a saúde, para criar uma base a partir da qual o processo de decisão política possa ter sucesso. É também necessário que exista um mecanismo de seguimento das estratégias e actividades seleccionadas, que permita avaliar correctamente o impacto das decisões tomadas.

É necessário passar da abordagem vertical, orientada para as doenças, para a abordagem de uma política e estratégia para o desenvolvimento. Esse deve ser um instrumento sistemático na reconstrução dos sectores sociais angolanos, especificamente do sector da saúde. A implementação de estratégias e a descentralização para as extensões nas províncias implicam uma maior delegação de autoridade a nível de país e exigem mecanismos claros que reforcem a implementação do programa e garantam plena responsabilidade.

É imperioso criar condições de sustentabilidade para as actividades que a Representação da OMS apoia, destinadas a facilitar a transição da fase de emergência para a de desenvolvimento a longo prazo. As populações locais devem participar nas políticas e actividades de promoção e reforço orientadas para a descentralização. Estas iniciativas do sector da saúde devem começar a partir dos grupos historicamente desfavorecidos.

À luz destas observações, a OMS identificou, em vários níveis, parceiros que é necessário atrair para a visão estratégica, para que com eles se garanta o sucesso deste plano. É forçoso vencer o desafio das sinergias conjuntas e da implementação de políticas e serviços de saúde, para o bem estar do povo angolano.

REFERÊNCIAS SELECCIONADAS

1. Actividades na Região Africana: Quadro Estratégico para a Região Africana 2002-05, AFR/MDC/01.1. Harare, WHO/AFRO, Julho de 2001.
2. Programa Geral de Trabalho 2002-2005, GPW/2002-2005, OMS, Genebra 2001.
3. OMS, Consecução de um Sistema Geral de Saúde, Relatório da Saúde no Mundo, 2001
4. Avaliação Rápida nas Zonas de Acolhimento de Famílias, Junho 2002, Ministério da Saúde, OMS, UNICEF, FNUAP.
5. OMS/UNICEF/FNUAP, Mortalidade Materna em 1995: Cálculos da OMS, UNICEF e FNUAP; OMS, Genebra, 2001.
6. Governo de Angola/OMS/PNUD/UNICEF/IOM, Financiamento Público dos Sectores Sociais em Angola, 2002.
7. Declaração do Milénio, Cimeira do Milénio, New York, 6-8/Set/ 2000. Resolução A/RES/55/2, 8 de Setembro de 2000.
8. Relatório do Desenvolvimento Humano, PNUD, 1991.
9. PNUD, Relatório do Desenvolvimento Humano 2001: Pôr as tecnologias ao serviço do desenvolvimento humano, New York, 2001.
10. PNUD, Relatório do Desenvolvimento Humano-Angola, Luanda 1997.
11. FMI, Angola: Conclusões Preliminares da Missão do FMI, 14/Agosto/2001.
12. Angola: Desafios do pós-guerra, Avaliação Comum do País, ONU, Abril de 2002, Luanda.
13. ONU, Operações Humanitárias em Angola, Junho de 2002.
14. Governo de Angola/OMS/PNUD/UNICEF/IOM, Financiamento Público dos Sectores Sociais em Angola, 2002.
15. Vinyales,L.; O financiamento público dos sectores sociais em Angola, UN, Luanda, 2002.
16. MINSA, Plano Estratégico Nacional de Saúde Reprodutiva, Luanda, 2002.
17. MINSA,DNSP,Departamento de Higiene e Epidemiologia,OMS,UNICEF; Plano Estratégico para a redução da mortalidade por Sarampo em Angola, 2002-2005, October 2002.

18. MINSA, OMS; Análise da situação de saúde: Províncias de Malange, Huambo, Luanda, 2002.
19. MINSA/Direcção Nacional de Saúde Pública, Plano Estratégico do Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose (NTP) 2003-2007, Luanda, Agosto 2002.
20. MINSA, Diagnóstico da situação da rede sanitária; Vol. 1; Cap.V: Estado de conservação das unidades sanitárias, Luanda, 1999.
21. CPDE/DNSP; Boletim Epidemiológico semanal week 42, 2002.
22. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2002-05, 4ª versão, MOH, Luanda, Dez 2001.
23. Plano Alargado de Vacinação, Cálculo da população em 2001, MOH, Luanda, Junho de 2001.
24. Decreto n.º 27/00 on 'Paradigma de Regulamento dos Governos das Províncias e das Administrações dos Municípios e das Comunas'.
25. Implementação do "Novo" Sistema de Formação em Saúde, projecto, MOH, Março de 2002.
26. Estratégia do Programa de Formação Permanente, MOH, Feb 2002.
27. Consultoria sobre Formação em Gestão, MOH, Set 2001.
28. 'Lei de bases do Sistema Nacional de Saúde', Agosto/1992, Decretos 39/83 e 2/85.
29. Estratégia Interina de Redução da Pobreza, 2001-2003, Min. Planeamento, Fevereiro de 2001.
30. Decreto nº 3/91 da Republica de Angola de 19 de Janeiro de 1991.
31. Min. Energia e Água, Direcção Nacional da Água, 'Estratégia e Plano de Desenvolvimento do Sector de Águas – Abastecimento de Água e Saneamento; Reunião Metodológica e de Balanço do Sector de Água e Saneamento', Luanda, 13-16 February 2001.
32. MAPESS; Estudo sobre a Macro-Estrutura da Administração Pública Angolana: Uma abordagem preliminar; Programa de Reforma Institucional e Modernização Administrativa; CDI/MAPESS; May, 2000.
33. MAPESS, Perfil dos Recursos Humanos da Administração Pública, Luanda, February, 1999.
34. Governo de Angola, Lei nº 13/01: Lei de Bases do Sistema Nacional de Educação, Diário da República, nº 6, 31 Dezembro de 2001.

35. Estratégia Interina de Redução da Pobreza, 2001-2003, Min. Planeamento, Fevereiro/2001, Luanda
36. MICS 2001, Resultados do Inquérito de Indicadores Múltiplos, Folha de Informação Rápida, Instituto Nacional de Estatísticas, Abril, 2002 Luanda.
37. Angola: Perfil do País, The Economist Intelligence Unit, Fevereiro de 2002.
38. Panorama dos Fluxos da Ajuda para Angola: Delegação da Comissão Europeia em Angola, 2001.
39. WHO EB105/3. Estratégia Institucional para o Secretariado da OMS.
40. OMS : Programa Geral de Trabalho 2002-2005.
41. Actividades da OMS na Região Africana, Quadro Estratégico 2002-2005.

ANEXO 1 LISTA DOS PRINCIPAIS PARTICIPANTES QUE CONTRIBUÍRAM ESTRATÉGIA DE COOPERAÇÃO COM ANGOLA

I. Governo de Angola

1. Ministro da Saúde
2. Vice- Ministro da Saúde – Saúde Pública
3. Vice- Ministro da Saúde – Hospitais
4. Secretaria Geral, Ministério da Saúde
5. Chefe de Gabinete do Planeamento, Ministério da Saúde
6. Directores de Programas, Ministério da Saúde
7. Vice-Ministro do Planeamento
8. Vice-Ministro da Educação
9. Ministro da Família e Géneros
10. Elemento de Ligação ao PNUD

II. Governo da Província de Luanda

1. Governador
2. Vice-Governador para os Assuntos Sociais
3. Director de Saúde
4. Arquitecto

III. Missões Diplomáticas

1. Embaixador da Noruega
2. Embaixador da Suécia
3. Embaixador do Reino Unido
4. Conselheiro da Embaixada Portuguesa
5. Director de Projectos da USAID
6. União Europeia: Conselheiro para a Saúde

7. *Cooperação Italiana – Embaixada da Itália*

IV. Agências Internacionais

1. UNICEF, Representante
2. FNUAP, Representante
3. PNUD, Representante e Conselheiro Residente
4. OCHA, Director de Unidade
5. WFP, Nutricionista
6. OMS, AFRO/TCC
7. OMS, EHA/HQ
8. OMS, AFRO/PPE

V. ONG

1. Acção contra a Fome
2. ACF
3. AFRICARE
4. CARE International
5. CONCERN
6. COSV
7. GOAL
8. CRC
9. IPMP
10. MDM
11. MSF Holanda
12. MSF Suíça
13. PSI
14. Save the Children

ANEXO 2 PROCESSO DE ELABORAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE COOPERAÇÃO COM ANGOLA (PORTUGUÊS): ESQUEMA DAS REUNIÕES DE CCS – ANGOLA

DATA		ACTIVIDADE	PARTICIPANTES
Ano	Mês		
2001	28/Abril a 5/Maio	Reunião inter-regional de orientação sobre a CCS – Tunísia	HAS/PPE/CLT/WR Angola
	Setembro	28ª Reunião do Programa Regional – Harare: Processo de Avaliação da CCS p/ países da Região	DPM/TCC/Representantes da OMS: Angola, Burkina Fasso, Congo, Etiópia, R. D.Congo, Chade, Zâmbia
	30/Setembro a 7/Outubro	Primeira missão CCS a Angola / AFRO-Genebra	Dr Kadri Tankari – TCC/AFRO/ Dr. Alessandro Colombo – EHA.Genebra/ Dr. Bernardino Cardoso – PPE/AFRO
	30/Setembro	Reunião da missão CCS com equipa técnica em Angola	Missão CCS /WR. Angola/Equipa técnica de Angola
	1 – 2/Outubro	Reunião com Min. da Saúde para analisar os principais elementos do processo de CCS	Dra. Albertina Hamukwaya – Ministra da Saúde e Dr. José Van-Dúnem – Vice-Ministro da Saúde/Missão CCS / WR Angola/Equipa técnica de Angola
	3 – 4/Outubro	Reunião c/ representantes do Governo para analisar os principais elementos do processo de CCS	Sr. Aníbal Rocha – Governador da Província de Luanda, Dr. Simão Paulo - Vice Governor/ Equipa do Governo Provincial /Sr. Severino de Morais, Vice – Ministro do Planeamento/ Equipa técnica do Min. Saúde /Missão CCS /WR Angola/ Equipa técnica de Angola
	3 – 4/Outubro	Reunião com Missões Diplomáticas para analisar os principais elementos do processo de CCS	Embaixadores da Noruega, Suécia, Reino Unido/Conselheiro da E. Portuguesa, Director do Programa da USAID / Conselheiro da UE para a Saúde / Missão CCS/WR Angola/ Equipa técnica de Angola

DATA		ACTIVIDADE	PARTICIPANTES
Ano	Mês		
	5/Outubro	Reunião c/ Min. Saúde para identificar os principais desafios e ver como melhorar a cooperação	Ministro e Vice-Ministro da Saúde, Directores Nacionais, Directores de Programas/FAA/Missão CCS/WR Angola/ Equipa técnica de Angola
2002	20 – 21/Fevereiro	Reunião Regional da CCS – Harare	
	23/Outubro	Reunião c/ Min. Saúde para analisar os resultados da 1ª Missão CSS	Vice-Ministro da Saúde, Directores Nacionais, Directores de Programas/ Missão CCS/WR Angola/ Equipa técnica de Angola
	20 – 26/Abril	Segunda Missão CCS AFRO-Genebra	Dr Kadri Tankari – TCC/AFRO/ Dr. Alessandro Colombo – EHA.Geneva/ Dr. Bernardino Cardoso – PPE/AFRO
	23/Abril	Reunião para discussão das estratégias com o Min. da Saúde	Dra. Albertina Hamukwaya – Ministra da Saúde; Dr José Van-Dúnem – Vice-Ministro da Saúde, Directores Nacionais, Directores de Programas/ Missão CCS/WR Angola/ Equipa técnica de Angola
	23/Abril	Reunião para discussão das estratégias com Doadores	OMS/Embaixada da Noruega/Cooperação Italiana/OCHA/ PNUD/FNUAP Embaixada Portuguesa/ Missão CCS/WR Angola/ Equipa técnica de Angola
	24/Abril	Reunião para discussão das estratégias com ONG	PSI/IPMP/GOAL/CONCERN/ Save the Children/ACF/MDM/COSV/ CARE International / AFRICARE/ICRC/ Missão CCS/WR Angola/ Equipa técnica de Angola
	Maio	Retiro da OMS – análise da CCS com todo o pessoal no país	WR Angola / Equipa técnica Angola/ Funcionários Angola
	14 – 15 Outubro	Reunião de aprovação e revisão de documentos da CCS – Harare	Representantes de Angola/Gana / Quénia/ Tanzânia/MDM/AFRO
	19 – 21 Novembro	Retiro da OMS – Última versão apresentada ao pessoal da Representação e delegados do Min.Saúde	Dr Lutumba, Gabinete de Planeamento, WR Angola/ Equipa técnica Angola/Funcionários Angola

DATA		ACTIVIDADE	PARTICIPANTES
Ano	Mês		
	29/Novembro	Documento CCS apresentado ao AFRO	WR Angola / Equipa técnica Angola
	10/Dezembro	Comentários e sugestões do AFRO	Dr Kadri Tankari – TCC/AFRO/ Dr. Alessandro Colombo – EHA.Genebra/ Dr. Bernardino Cardoso – PPE/AFRO
	10/Dezembro a 7/Fevereiro	Revisão do documento, inclusão dos contributos do AFRO	WR Angola / Equipa técnica Angola
2003	7/Fevereiro	Última discussão do projecto c/ Min. Saúde	Ministra e Vice-Ministro da Saúde/ WR Angola/ Equipa técnica Angola
	10/Fevereiro	Versão final apresentada ao AFRO	Dr Kadri Tankari – TCC/AFRO / Dr. Alessandro Colombo – EHA.Genebra/ Dr. Bernardino Cardoso – PPE/AFRO