
A TRAJETÓRIA DOS CUIDADOS DE SAÚDE EM ANGOLA: DE ALMA-ATA A ASTANA

Luis Bernardino¹

1. Professor e Chefe do Departamento de Pediatria (1980-2003); Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto, Luanda; Director do Hospital Pediátrico David Bernardino (1992-2012); luisbernardino.1@gmail.com;

Resumo

Em Angola, o Sistema de Saúde nunca teve uma matriz estrutural materializando o conceito de Cuidados Primários de Saúde nem teve uma estratégia abertamente dirigida à base e à periferia do sistema. Não obstante, os Decretos de 2003 e 2010 definiram, respectivamente, a estrutura de uma rede hierarquizada de Saúde, e a necessidade de priorizar o nível periférico, municipal do Sistema de Saúde, considerado (*sic*) “*a espinha dorsal dos Cuidados de Saúde*”. Contudo, a prática de reservar às estruturas centrais os aspectos metodológicos, ficando a execução entregue aos órgãos provinciais (aliada a uma progressiva deterioração do desempenho do Ministério da Saúde), criou um grande hiato entre as decisões políticas e o seu cumprimento no terreno, convertendo em retórica grande parte da política de saúde do país. Os grandes problemas de saúde e doença eram relegados aos Serviços de Urgência dos grandes Hospitais, que registavam, sobretudo em crianças, um número alarmante de óbitos e uma progressiva deterioração do seu desempenho. Paralelamente, os grandes investimentos, feitos no topo da pirâmide de saúde e na capital e centros urbanos, eram decididos pelos órgãos centrais; desta forma, todo o sistema foi-se deteriorando, sem investimento nas estruturas da periferia e no pessoal de base. A proliferação da medicina privada respondeu às grandes faltas e à grande demanda; e a população, mesmo a mais carente, paga do seu bolso a maioria das despesas de saúde. Como consequência, os índices de saúde infantil, materna e esperança de vida em Angola são muito insatisfatórios, mesmo comparados com os dos outros países da África Subsaariana – e no atual ambiente, não se vislumbra qualquer esforço de repensar o financiamento e a implementação do Sistema Universal de Saúde considerado nos objetivos da Saúde Sustentada para 2030.

Palavras-chave: Angola. Sistema de Saúde. Cuidados Primários de Saúde. África Subsaariana.

Abstract

In the Angolan Health System we don't find a structural core inspired in the Primary Health Care philosophy, neither is apparent a strategy targeting directly the base and the peripheral level. Notwithstanding, the legislation approved in 2003 and 2010 defined, respectively, a structured and hierarchical health net, and the principle of prioritizing the peripheral or municipal level of care, which was considered the “*Health Service dorsal spine*”(sic). However the practice of ascribing a rather methodological role to the central agencies and putting the onus of execution on the provincial level (allied to a deteriorating performance of the Ministry of Health) created, as a consequence, a great gap between the political decision and its accomplishment in the field, and converted in great

part to rhetoric the national policy on Health. The great problems of health and disease were relegated to the Casualty Departments of the big Hospitals, where the number of deaths, mainly children, was staggering and its standard of performance declining each day. In parallel, great investments made in the top of the health pyramid, in the capital and urban centers, were decided at central level, whereas the Health System, as a whole was deteriorating for lack of investment and financing on structures and personnel. Responding to great shortages and demands by the population at large, the agents of private medicine had an exponential growth, so that even the poorest pay out of pocket the necessities imposed by ill health. As a consequence, health indicators on child and maternal health and life expectancy in Angola are very unsatisfactory, even as compared to the other Sub-Saharan countries, and in the present situation no sign is visible of any attempt to re-think financing and implementing the Universal Health Care contained in the Sustained Health objectives for 2030.

Keywords: Angola. Health System. Primary Health Care. Sub-Saharan Africa.

ANTES DE ALMA-ATA

Antes da Declaração de Alma-Ata, em 1978¹, houve a independência de Angola, em 1976; e, antes disso, a Saúde da Angola colonial. Nos anos 1970, já as ideias de Maurice King, na Uganda², e David Morley³, na Nigéria, circulavam e influenciavam ações pontuais dentro dos postulados de King: tratar perto, tratar cedo, tratar com poucos custos e prevenir... prevenir.

O regime da jovem República Angolana pretendia-se socialista, o que prefigurava o caráter equitativo, universal do sistema que Alma-Ata iria conceitualizar dois anos depois, e que constituiu, para os idealistas dos primeiros anos, um terreno fértil para um espontaneísmo generoso:

- o Aprovação legislativa para as práticas de planeamento familiar e anticoncepção;
- o Criação de uma rede de saúde extra-hospitalar em Luanda;
- o Promoção e tentativa de formação dos Promotores de Saúde⁴;
- o Organização de campanhas de vacinação antipólio baseadas nas escolas;
- o Formação nas técnicas de hidratação oral;
- o Tentativas de adotar uma política de medicamentos essenciais;
- o Criação e difusão da carta de crescimento e vacinação infantil.

DE ALMA-ATA A 1992

Sob a influência das ideias de Alma-Ata, houve iniciativas de criação de uma estrutura consultiva e de coordenação de vários Ministérios, que, juntamente com o Minis-

tério da Saúde, cuidasse dos condicionantes ambientais e nutricionais realçados pela abordagem dos Cuidados Primários de Saúde (CPS)

Com o decorrer do tempo, não houve consequências práticas e estruturais dessa iniciativa, verificando-se antes ações setoriais no Sistema de Saúde, com a assistência da Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e da Agência Sueca de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (SIDA):

- Reforço e sustentabilidade do programa nacional de vacinação, alargamento do programa (apoio da Aliança Mundial para Vacinas e Imunização – Gavi e da OMS);
- Programas de vigilância nutricional, segurança alimentar e combate à malnutrição (criação de Centros Terapêuticos de Nutrição, com apoio do Unicef);
- Iniciativas de educação para a Saúde;
- Descentralização da assistência obstétrica em Luanda (CAOI) e tentativa de descentralização pediátrica (CAPEL) apoiadas pela Cooperação Sueca;
- Adoção da abordagem IMCI (em português, AIDI, Assistência Integrada das Doenças Infantis), com formação de várias centenas de paramédicos em Luanda e nas províncias;
- Campanhas nacionais de vigilância e vacinação, posteriormente integradas na estratégia de erradicação da poliomielite (apoio OMS, Rotários, entre outros).

A maioria das ações foram do tipo funcional e de formação: não houve substancial reforço estrutural dos centros de saúde nem preocupação de projetar ou reforçar uma eventual rede sanitária hierarquizada.

1992-2002: A DESESTATIZAÇÃO DA SAÚDE E A CRIAÇÃO DA ECONOMIA DE MERCADO

A deterioração do Sistema e dos Indicadores de Saúde – em grande parte determinada pela guerra civil – e a evolução nacional e internacional conduziram, paralelamente às iniciativas de Paz, à alteração do paradigma político e econômico, que a aprovação da Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde (1992)⁵ consagrou no que respeita ao Setor da Saúde. O Diploma, além de reafirmar as linhas essenciais de organização do Sistema de Saúde, insere modalidades de pagamento:

- Autorização de prática médica remunerada em estabelecimentos privados;
- Taxas Moderadoras nas instituições públicas;
- Pagamento no Serviço de Saúde, em situações especiais;
- Paralelamente, adotam-se mecanismos de gestão descentralizadores, que combatem as grandes distorções de uma má planificação.

Essa legislação sancionava uma situação de fato que já decorria pela grande insatisfação com o sistema público, e conseqüente recurso a medicinas paralelas e alternativas, que tinham os seus custos⁶.

O CUSTO DA MEDICINA PARA A MAIORIA DA POPULAÇÃO

Num inquérito realizado em 1998 em quatro províncias de Angola apurou-se:

- 75% da população que esteve doente no período estudado não tinha recursos financeiros próprios que pagassem a despesa incorrida com a doença.
- Teve que recorrer a vários estratagemas como: ajuda familiar; empréstimos; venda ou hipoteca de bens; ou mesmo redução de compra de alimentos.

Júlia Vaz Grave

O DECRETO Nº 54/03⁷: DEFINEM-SE AS ESTRUTURAS E FUNÇÕES DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Este decreto tinha como objetivo geral regulamentar as unidades sanitárias do Sistema Nacional de Saúde (SNS) definindo os níveis de cuidados, o conceito de área de Saúde (que, como é expresso, corresponde ao município) precisando a necessidade de hierarquização e referência e contrarreferência.

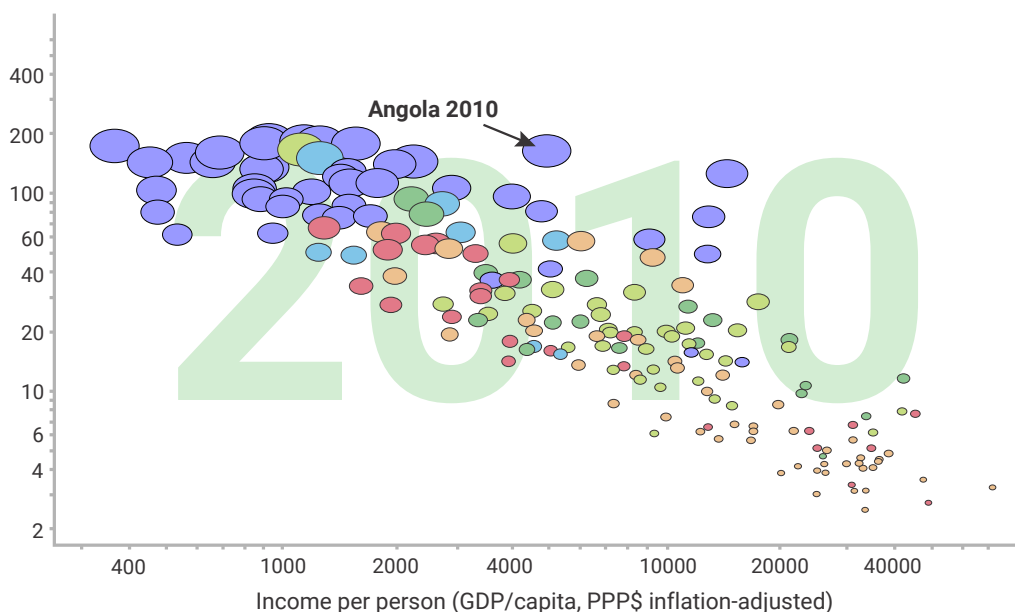
Tardiamente (já decorridos 15 anos da Declaração de Alma-Ata), coincidindo com a instauração da Paz em 2002, é dado particular relevo às áreas de Saúde, definindo os Postos de Saúde I e II e os Centros de Saúde (CS), entre os quais, CS de Referência, que fazem a transição para o Hospital Municipal.

Mais de três quartos do Decreto são consagrados a definir com considerável detalhe os pacotes de serviços dentro das Áreas de Saúde, e a composição e funções do pessoal a nível dos Centros e Postos de Saúde.

2003-2010

- A estratégia aprovada em 2003 não é executada no terreno;
- Há uma evolução insatisfatória dos cuidados de saúde apesar do fim da guerra e do "boom" do petróleo;
- O aumento da oferta da medicina privada leva à criação de uma assistência "two tiers" (de dois níveis).

O “Gapminder” de Hans Rosling: em uma linha de correlação negativa entre a mortalidade de menos de 5 anos e o PIB per capita, Angola aparece muito acima da tendência, como país em que o aumento do PIB não se acompanha de uma diminuição da M<5.



Fonte : Gapminder Foundation Site

2008-2010: TENTATIVA DE DINAMIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE, COM ÊNFASE NA PERIFERIA

O Decreto Presidencial nº 262/10⁸ visa relançar o SNS

Este Decreto, datado de 24 de novembro de 2010, aparece como uma reação a esta desfavorável situação.

Regista que 60% da população se encontra abaixo do nível da pobreza, dos quais 26% em pobreza extrema; embora, com um PIB por habitante de US\$ 5.385, Angola tenha subido consideravelmente na lista dos 182 países, passando para a 101ª posição. Reconhece-se que as melhorias possibilitadas pela Paz de 2002 na produção, nas comunicações e na reconstrução não se acompanharam das melhorias necessária na Saúde (as taxas de mortalidade infantil e mortalidade materna, a malnutrição infantil, a baixa esperança de vida). Pelo que se impõe o “*renascimento do Sistema Nacional de Saúde (SNS)*” (sic).

É feita uma análise objetiva e exaustiva dos problemas de saúde e refere-se a evolução da oferta dos recursos humanos. Os principais problemas de Saúde identificados são: débil cobertura sanitária (apenas 40% da população), recursos insuficientes e mal geridos.

Art. 6.1.1 “A organização e melhoria da gestão no âmbito da reforma do sistema de saúde, baseado na estratégia dos cuidados primários de saúde constitui a espinha dorsal sobre a qual as restantes intervenções de saúde irão encontrar o suporte necessário [...]”

A revitalização do sistema municipal de Saúde, onde os cuidados primários de Saúde ocupam um lugar prioritário, “é a pedra basilar do Sistema Nacional de Saúde (SNS), devendo ser assegurado um financiamento sustentável a este nível”

A SITUAÇÃO NO TERRENO EM 2010-2020

O Decreto Presidencial nº 262/10 continha uma boa análise de situação, mas pouco mais fazia que enunciar princípios gerais e verdades consagradas à volta da estratégia de “municipalização da Saúde”. Seguem-se, em 2011, leis definidoras das tarefas das autoridades municipais e da obrigatoriedade de as administrações provinciais reservarem para as administrações municipais 26% do seu orçamento para a Saúde. Esses detalhes não parecem ter-se acompanhado do devido respaldo financeiro, limitando-se a dar poder financeiro a quadros municipais não preparados (ver adiante o estudo de caso de saúde municipal).

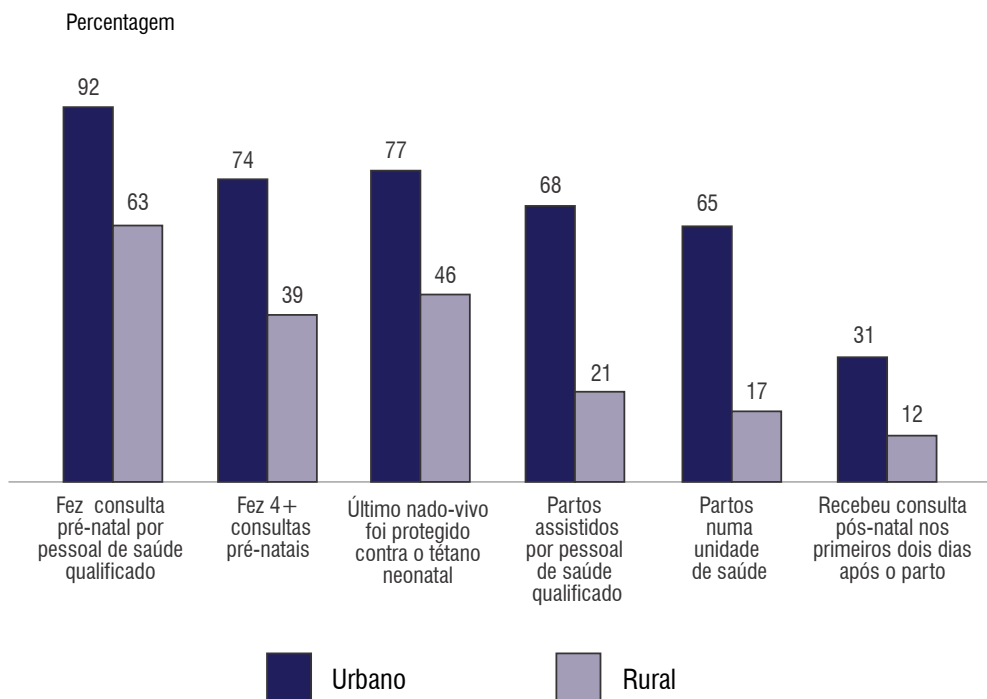
Não é anunciado um reforço em meios humanos, materiais e financeiros.

É o tipo de governação a que já nos habituou o Executivo Angolano em vários setores da vida nacional:

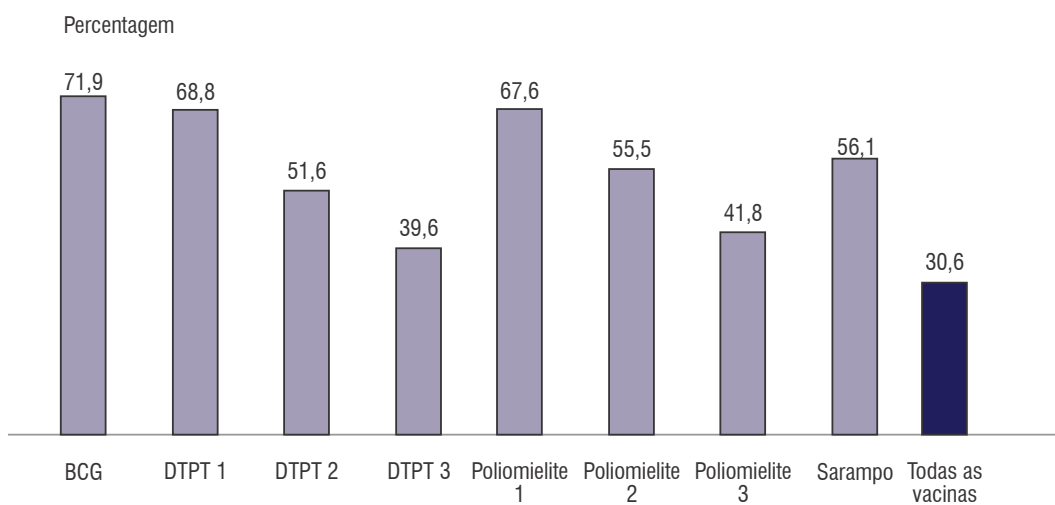
- Elaboração de leis com alguma qualidade e fundamentação
- Apresentação pública em intervenções e seminários
- Falha e mesmo fracasso na concretização no terreno das políticas anunciadas
- Falta de avaliação retrospectiva e incapacidade (deliberada ou não) de medir o impacto das políticas adotadas, substituída por análises auto congratulatórias infundamentadas

Vejam-se os números em 2011-2016: apenas 21% de partos assistidos em meio rural, apenas 30,6% de crianças completamente vacinadas até aos 23 meses, uma alta mortalidade em menores de 5 anos.

Consultas pré-natais, assistência ao parto e consultas pós-parto



Cobertura vacinal das crianças de 12-23 meses por tipo de vacina



Fonte: MCIS

Comparação da TM <5 entre os países com mais mortalidade no mundo e entre os países da CPLP

Países com maior M<5 anos no mundo		M<5 anos nos países da CPLP	
Somália	180	Angola	161
Mali	178	Guiné-Bissau	150
Burkina Faso	176	Moçambique	135
Serra Leoa	174	São Tomé e Príncipe	80
Haiti	165	Cabo Verde	36
Chade	163	Brasil	19
Angola	161	Portugal	4

Fonte: UNICEF, 2011

NOS ÚLTIMOS QUTRO ANOS, EXACERBARAM-SE TENDÊNCIAS PREOCUPANTES NA GESTÃO DA SAÚDE

Nas mudanças observadas no governo de Angola a partir de 2016, há que destacar como fator positivo o aumento em 2018 para 7,4% da fração do Orçamento de Estado atribuída à Saúde (decidida na Assembleia Nacional, mas não cumprida no exercício orçamental do Governo), ainda não o mínimo de 10% proposto pela OMS, mas bem acima dos valores que até então eram praticados... e voltam presentemente a sê-lo..

Infelizmente, a nova gestão da Saúde manteve e mesmo agravou as práticas dos Ministros anteriores, sendo relevante a ausência de uma visão dos grandes problemas de Saúde de Angola, e conseqüente ignorância e desinteresse pela prática dos CPS (problemas pontuais de nível terciário de maior visibilidade política mereceram o centro das atenções e ações). Em conseqüência:

- Observa-se um declínio de ações de programas de planeamento familiar, imunização, combate à malária. As estimativas recentes indicam um aumento de 48% de incidência de casos de malária e de 72% do número de mortes¹⁰.
- Embora Angola tivesse sido declarada país livre de pólio em 2015, ressurgiram os casos de pólio derivado da vacina, o que se deve à fragilidades da rede fixa de vacinação.
- Angola, apesar da baixa prevalência histórica, está longe de cumprir os 90/90/90 na estratégia de luta contra o SIDA (aids), tendo-se registado o aumento de 29% de mortes por VIH; a transmissão vertical mãe-filho em Angola é de 27,8% (média regional de 9,2%)¹⁰.
- Angola é um dos países do mundo com maior incidência de tuberculose, o 11º no que respeita à incidência conjunta de tuberculose e SIDA (aids), tendo registado um

- aumento do número estimado de casos em 19%, e em 17% o número de mortes¹⁰.
- Há tendência de priorizar as despesas no topo: nos últimos dois anos, foi anunciada a construção de seis grandes hospitais em Luanda e nas províncias, com verbas avançadas no total de mais de US\$ 1 bilhão (por ajuste direto).
 - Prioridade à custosa qualificação (dezenas de milhões de dólares) do Sanatório de Luanda, em lugar de reanimar o “dot” à periferia.
 - Recentemente, foi anunciada a instalação de dois “hospitais de campanha” no valor de US\$ 19 milhões, denotando o “agorismo” e a falta de planificação.
 - Reação à pandemia pela criação de estruturas paralelas (provisórias) para internamento e diagnóstico, sob dependência central, em lugar de, com as grandes verbas disponibilizadas, fortalecer estruturalmente os hospitais nos respectivos setores de infecciologia (o intensivismo de qualidade é praticamente deixado ao setor privado). Nessas verbas, não se incluiu a proteção devida ao pessoal de Saúde, que foram induzidos, por mais de um ano, a reduzir as suas prestações no SNS a 50% e menos¹¹.

Os marcadores de saúde em Angola em 2018 ainda são desfavoráveis, mesmo comparativamente aos outros países subsaarianos

População	30.810.000
Nº anual de nascimentos	1.257.000
Menores de 18 anos	16.457.000
Menores de 5 anos	5.553.000
Mortalidade de menores de 5 anos	97.000 (9ª maior do mundo)
	77 por 1000
Mortalidade infantil	52 por 1000
Mortalidade neonatal	28 por 1000
Esperança de vida	61 anos

Estudo de Caso

Estado da Medicina Municipal – Município da Conda,
Cuanza Sul – Estudo de Caso, 2010



- Na Comuna capital do município (com uma população actual estimada de 100 mil habitantes) não havia centros de saúde públicosⁱ, apenas postos de tratamento particular, pelo que o único recurso público é a urgência do Hospital Municipal.

i.Foi recentemente construído um Centro Municipal.

- Este foi visitado na estação das chuvas, com malária predominante;
- O Hospital Municipal tem só um médico que não estava presente (sábado);
- Há apenas um enfermeiro em efectividade;
- No pátio do Hospital há mais de uma dezena de

crianças deitadas no chão com soros em curso, ou catéters inseridos, ou aguardando injeção i.m., estando as enfermarias superlotadas.



O tratamento é feito a todos com quinino endovenoso. As doses registadas parecem correctas mas é naturalmente impossível ao único enfermeiro assegurar o ritmo correcto das 3 administrações diárias.

Comentário

Um exemplo de escasso recursos humanos e falta de normas de tratamento, que conduzem a práticas de tratamento dispendiosas em tempo e dinheiro e com maior sofrimento para as crianças, que podiam, quase todas, fazer a medicação oral ambulatória.

Estado da Medicina Rural – Comuna da Cumbira, Município da Conda, Cuanza Sul – Estudo de caso, 2014



- Posto/Centro de saúde inaugurado em 2012 na comuna de Cumbira, município de Conda, no Cuanza Sul
- Contrasta o edifício entre as casas de adobo da aldeia
- Tem um consultório com equipamento considerável, uma enfermaria de 6 camas e sala de partos.

Visita de 2014

- Nunca se fizeram partos
- Apenas uma vez por semana passa um enfermeiro de outra unidade que vê alguns doentes

2021

- o Centro está encerrado há já algum tempo.

Estado da Medicina Urbana (Luanda) Estudo de caso, 2021

- Doente de 70 anos, perdeu oficina mecânica em Luena durante a guerra (1977) e veio para Luanda, onde ainda habita numa moradia no bairro de Alvalade. Está, há muito tempo, desempregado, a esposa tem incapacitação física, e é a filha mais velha, mãe só, que tem trabalhado como contabilista em várias empresas, que mantém a casa e os seus 3 filhos. É diabético tratado com insulina lenta.
- Em maio, sente-se fraco e vai a uma clínica privada do bairro (Clínica de Alvalade).
- A família encontra níveis muito altos de glicemia ao fim do dia e recorre à urgência de um grande hospital terciário da zona (Prenda), onde o tratamento é corrigido, mas por falta de camas, é aconselhado a ir para casa e voltar. Fica dois dias a fazer soro em casa administrado por um enfermeiro.
- O doente queixa-se agora de fadiga e cansaço, e os níveis de glicemia estão nos dois extremos. A família recorre a uma clínica privada no Miramar. O RX em papel, de má qualidade, sugere derrame na base esquerda e lesões de broncopneumonia no terço superior direito. Aconselhado internamento, o que é feito em uma clínica "cubana", onde está há 2 dias, mas os médicos não encontram melhoria e aconselham internamento em CI.
- Procura o BU do HAB (Hospital Terciário Universitário), onde é mantido no BU, e ao fim de 24 horas é feito um 3º teste para covid-19 que desta vez dá positivo. Recusam a alimentação da família, que não pode contactar o doente, assim como a insulina comprada, com o comentário de que 'O doente tem glicemia baixa'. O doente grita, está agitado, diz que tem fome e é transportado para a enfermaria de Covid na zona económica (a alguns quilómetros de distância), onde, ao que parece, chega cadáver.

Comentários dos Cuidados em Meio Urbano

- O relato é baseado na informação da família e pode conter algumas inexatidões. Contudo, é óbvio que:
- Não existe, mesmo na capital do país, uma rede pública de Cuidados de Saúde configurando os dois níveis (Centro de Saúde-Hospital Municipal), pelo que os doentes ficam limitados, mesmo em cuidados ambulatoriais, a:
 - Recorrer à medicina privada:
 - Clínicas pequenas e grandes da cidade do alfalto;
 - Pequenas clínicas, Centros e Postos de Saúde nos bairros, muitos dos quais geridos apenas por enfermeiros;

- Recorrer aos Serviços de Urgência dos Hospitais Gerais e Terciários ou dos poucos Hospitais Municipais e Centros de Saúde com Urgências.
- É óbvio que as inúmeras Clínicas privadas que têm proliferado não assumem os doentes (por questões financeiras) e praticam uma péssima medicina, assim como os BU dos hospitais: manter, ao longo deste caso a Insulina lenta (fornecida pela família) em lugar de uma monitorização fina passando para Insulina rápida, como é mandatório, é um exemplo).
- Fica patente a má gestão da pandemia ao criar zonas de internamento longe dos hospitais, quebrando a continuidade de tratamento, e afastando os doentes das famílias, com transporte de doentes críticos que, como neste caso, pode ser fatal.

DISCUSSÃO

Em Angola, embora tenham sido postos em prática vários componentes dos CPS, tal como definidos em 1978 na Conferência de Alma-Ata, não transparece, ao longo dos 43 anos transcorridos desde então, que a filosofia dos CPS tenha constituído uma matriz para a estruturação do Sistema de Saúde, ou para as prioridades estratégicas em favor de um Serviço de Saúde equitativo, universal, e dando ênfase aos cuidados de proximidade,

Em consequência, apesar da favorável evolução financeira proporcionada pelos seus apreciáveis recursos naturais, Angola tem registado indicadores de saúde, nomeadamente infantil e materna, dos mais desfavoráveis, mesmo quando comparados com outros países da África Subsaariana.

O esforço feito pelos legisladores, sobretudo após o fim da guerra civil em 2003, para definir uma rede de Saúde que pudesse, no terreno, implementar a estratégia dos CPS esbarrou em duas condições adversas:

- Uma, de natureza política, própria de um estado centralizador e autoritário, em que as decisões da cúpula política se fundamentavam menos em considerações técnicas e científicas e na auscultação da sociedade civil, privilegiando pareceres superficiais, ignorantes, quando não demagógicos e oportunistas, preocupados em criar fatos políticos, ganho pessoal e propaganda para o regime junto da reduzida massa crítica nacional, mas que, a longo prazo, afastaram o Estado da boa governação.
- Outra, de natureza administrativa, que limitava a papel de certas instituições centrais a definições metodológicas de decisões que, no caso dos CPS, eram deixados para execução dos órgãos provinciais, com menos “*know how*” para decidir as

prioridades e menos verbas, gastas em geral sem visão e de uma forma circunstancial e rotineira. Ao mesmo tempo, registava-se uma crescente inoperacionalidade dos mecanismos de coordenação, supervisão e execução dos órgãos do Ministério da Saúde

Veja-se o caso da Direção-Geral da Saúde (DGS), e como este órgão, definido pela lei como um órgão executivo central do Ministério da Saúde, acaba por ter um papel relativamente menor na execução da política de Saúde:

- A DGS define metodologias, e trabalha com agência internacionais como o Banco Mundial e o Fundo Global, mas a execução dos programas dessas agências, que procuram aplicar a estratégia dos CPS, é minimamente confiada aos órgãos no Ministério para execução no terreno, e antes entregues a agências internacionais e ONGs.
- Tem uma função de vigilância epidemiológica e informação estatística, cuja qualidade é muito afetada pelo fraco investimento nessa área e pelo nível insatisfatório de cuidados da rede periférica, que é incapaz de alimentar com qualidade o sistema.
- Tem funções de supervisão e inspeção, mas tem incapacidade de as cumprir por falta de verbas¹².
- O Relatório da DGS de 2018¹³ não pode senão apontar os constrangimentos e desafios em uma situação de incumprimento de 60% dos objetivos para uma Saúde Sustentada, deixando votos para a execução do que falta.

EM CONCLUSÃO

As perspectivas para Angola de poder usufruir de um Sistema de Saúde que sirva com eficiência e equidade a sua população, aproximando-se dos objetivos da Saúde Universal e Sustentada estão, portanto, dependentes da superação destes dois tipos de limitações:

- aumento das preocupações sociais do Estado, criação de um ambiente político mais democrático e transparente, com maior papel da sociedade civil, e promoção da investigação científica como base principal para as políticas a adotar
- adoção de medidas administrativas a nível do Ministério da Saúde, que, em vez de relegar para a periferia a execução dos CPS, façam o seu apetrechamento em fundos e recursos humanos e lhes deem o devido apoderamento a nível central, com a criação de uma Direção Nacional ou mesmo uma Secretaria de Estado para os CPS.

REFERÊNCIAS

1. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata. URSS;, 12 de Setembro de 1978.
2. King M. Medical care in developing countries: a primer on the medicine of poverty and a Symposium from Makerere. Nairobi: Oxford University Press; 1966.
3. Morley D. Pediatric Priorities in the Developing World. London: Butterworths & Co.; 1973. (publicado em Português no Brasil em 1980 pelas Edições Paulinas)
4. Manual do Promotor de Saúde, Direções Nacionais de Formação de Quadros, Ministério da Saúde, Luanda, 1979.
5. Angola. Lei nº 21-B/92, de 28 de agosto. Lei de Base do Sistema Nacional de Saúde. Diário Oficial da República Popular de Angola: 1ª série, n. 34; 28 ago. 1992.
6. Grave JV. Disponibilidade da População em pagar os serviços de saúde. Acta Médica Angolana. 2004;01:13-27.
7. Angola. Decreto nº 54/03, de 5 de agosto de 2003. Regulamento Geral das Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde. Diário Oficial da República Popular de Angola: 1ª série, nº 61; 5 ago. 2003.
8. Angola. Decreto Presidencial sobre Política Nacional de Saúde nº 262/10, de 24 de janeiro de 2010. Diário Oficial da República Popular de Angola: 1ª série, nº 222; 24 nov. 2010.
9. United Nations Children’s Fund. MICS, Multiple Indicators Cluster Survey. INE; 2016.
10. Fundo Global. Relatório de Auditoria: Subvenções do Fundo Global à República de Angola. Genebra: GF-OIG-20-003; 2020.
11. United Nations Children’s Fund. UNICEF , Levels and trends in child mortality, 2020. New York: UNICEF; 2020.
12. Relatório Síntese de Actividades da Direcção Nacional de Saúde, 2009 – 2015. Luanda; 2016.
13. Apresentação sobre “Os objectivos de Desenvolvimento Sustentado e Cobertura Universal de Saúde em Angola, 2018”, Dra. Isilda Neves, Directora Nacional de Saúde, apresentada em reunião no Ministério da Saúde; 2019.