



---

# SISTEMA DE SAÚDE DE ANGOLA: EVOLUÇÃO E DESAFIOS

---

*ÉVOLUTION ET DÉFIS DU SYSTÈME DE SANTÉ EN ANGOLA*

*ANGOLA'S HEALTH SYSTEM: PROGRESS AND CHALLENGES*

**Luís Sambo<sup>1</sup>**

**Raul Feio<sup>2</sup>**

---

1. Médico, PhD, Especialista em Saúde Pública, Investigador, Global Health and Tropical Medicine do IHMT-Universidade Nova de Lisboa, Portugal. Professor Convidado, Centre for Systems Studies, University of Hull, UK  
Telefones +244 937252440 e +351964456545. [sambo@nzila.net](mailto:sambo@nzila.net) Luanda, Angola; <https://orcid.org/0009-0005-1309-3896>

2. Médico, Diplomado em Medicina Tropical e Saúde Pública, IHMT, Lisboa. Especialista em Saúde Pública. Prof. Associado, Faculdade Medicina, Universidade Agostinho Neto, Angola. Telefone +244 923 364 552. [feirjlopes@gmail.com](mailto:feirjlopes@gmail.com). Luanda, Angola.

## Resumo

O Sistema de Saúde de Angola tem enfrentado desde 1975, desafios decorrentes da evolução dos contextos políticos, económicos e sociais e das transições demográfica, epidemiológica e nutricional. A Paz alcançada em 2002 trouxe impactos positivos para a sociedade e para os sistemas de saúde em particular. A população, estruturalmente jovem, aumentou cerca de seis vezes em 50 anos, e a taxa de urbanização, em torno de quatro vezes, com concentração no litoral e na capital, Luanda, acentuando as assimetrias regionais. Até a década de 1990, as doenças infecciosas, malnutrição e transtornos perinatais constituíam os principais problemas de saúde pública com forte impacto negativo na saúde materna e sobrevivência infantil. As determinantes da saúde e as mudanças dos estilos de vida têm modificado o perfil epidemiológico para um triplo fardo de doenças transmissíveis, não transmissíveis e lesões, em especial as da sinistralidade rodoviária e a persistência de surtos epidémicos recorrentes, que desafiam a capacidade de resposta e desempenho do sistema. O financiamento da saúde pelo Estado não tem atingido níveis aceitáveis em relação aos propostos pela União Africana, favorecendo despesas de saúde catastróficas nas famílias vivendo em contexto de pobreza multidimensional. As reformas têm favorecido o desenvolvimento de recursos humanos, em especial, médicos e enfermeiros e infraestruturas sanitárias, incluindo apetrechamento. Os investimentos centrados em infraestruturas hospitalares de nível terciário continuam a ser impulsionados até esta data com elevadas exigências em termos de tecnologia de ponta, pessoal especializado e elevados orçamentos de funcionamento que comprometem a eficiência e a efetividade do sistema. No âmbito dos cuidados de saúde primários, em particular nas atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças, os investimentos foram insuficientes, e em consequência, os ganhos em saúde foram preteridos, traduzindo-se em um índice de cobertura de saúde universal baixo e níveis de iniquidade significativos em relação às áreas rurais e suburbanas. Persistem fragilidades no processo de produção de bases factuais que comprometem a liderança e gestão do sistema de saúde, combinadas com determinantes desfavoráveis decorrentes da volatilidade económica, do gradiente social e das ameaças do meio ambiente. Os progressos alcançados na esperança de vida ao nascer, mortalidade infantil e mortalidade materna são ainda insuficientes ante as potencialidades do país, refletindo dissonância entre as políticas e a legislação por um lado e as realizações tangíveis por outro.

**Palavras-chave:** determinantes de saúde, política de saúde, sistema de saúde, transição em saúde, cobertura de cuidados de saúde, organização e gestão, financiamento da saúde, equidade em saúde, estado de saúde.

## Résumé

Le système de santé angolais fait face depuis 1975, aux défis découlant de l'évolution des contextes politiques, économiques et sociaux et des transitions démographiques, épidémiologiques et nutritionnelles. La paix obtenue en 2002 a eu un impact positif sur la société et sur le système de santé en particulier. La population, structurellement jeune, a augmenté en cinquante ans environ six fois et le taux d'urbanisation environ quatre fois, avec une concentration sur la côte et dans la capitale, Luanda, accentuant les asymétries régionales. Jusque dans les années 1990, les maladies infectieuses, la malnutrition et les troubles périnataux constituaient les principaux problèmes de santé publique avec un fort impact négatif sur la santé maternelle et la survie de l'enfant. Les déterminants de la santé et les changements des modes de vie ont modifié le profil épidémiologique vers un triple fardeau de maladies transmissibles, maladies non transmissibles et les blessures, notamment celles causées par des accidents de la route, et la persistance d'épidémies récurrentes, qui mettent à l'épreuve la performance et la capacité de réponse du système. Le financement de la santé par l'État n'a pas atteint des niveaux acceptables par rapport à ceux proposés par l'Union africaine, favorisant les dépenses de santé catastrophiques auprès des familles vivant dans un contexte de pauvreté multidimensionnelle. Les réformes ont favorisé le développement des ressources humaines, notamment des médecins et des infirmières, et des infrastructures de santé, y compris les équipements. Les investissements axés sur les infrastructures hospitalières de niveau tertiaire continuent à être entreprises jusqu'à présent, avec des exigences accrues en termes de technologie de pointe, de personnel spécialisé et de budgets de fonctionnement, que remettent en question l'efficacité et l'efficacité du système. Dans le cadre des soins de santé primaires, en particulier pour ce qui concerne la promotion de la santé et la prévention des maladies, les investissements ont été insuffisants et, par conséquent, les acquis en matière de santé ont été négligés, ce qui a entraîné un faible indice de couverture sanitaire universelle et des niveaux d'inégalité importants par rapport aux zones rurales et suburbaines. Des faiblesses persistent dans le processus de production des bases factuelles pour la prise de décisions, ce qui affaiblit le leadership et la gestion du système de santé, combiné à des déterminants défavorables qui découlent de la volatilité économique, du gradient social et des menaces environnementales. Les progrès réalisés en matière d'espérance de vie à la naissance, de mortalité infantile et de mortalité maternelle sont encore insuffisants compte tenu du potentiel du pays, reflétant une dissonance entre les politiques et législations d'une part et les réalisations tangibles d'autre part.

**Mots clés:** déterminants de la santé, politique de santé, système de santé, transition sanitaire, couverture des soins de santé, organisation et gestion, financement de la santé, équité en santé, état de santé.

## Abstract

The Angolan Health System since 1975, has been facing the challenges arising from the unfolding of political, economic and social contexts, and demographic, epidemiological and nutritional transitions. The Peace achieved in 2002 brought positive impacts on society and the health system in particular. The population, structurally young, increased in fifty years around six times, and the urbanization rate around four times, with concentration on the coast and in the capital, Luanda, accentuating regional asymmetries. Until the 1990s, infectious diseases, malnutrition and perinatal disorders constituted the main public health problems with strong negative impact on maternal health and child survival. Health determinants and changes in lifestyles have been modifying the epidemiological profile to a triple burden of communicable and non-communicable diseases and injuries especially those resulting from road-traffic accidents, and the persistence of recurrent epidemics, which challenge the performance and response capacity of the system. Health system public expenditure has not reached acceptable levels in relation to those proposed by the African Union, furthering catastrophic healthcare expenses for families living in a context of multidimensional poverty. The reforms have favored the development of human resources, especially doctors and nurses, and health infrastructure, including equipment. Investments focused on tertiary level hospital infrastructures continue to be driven to date with high demands in terms of cutting-edge technology, specialized personnel and high operating budgets that compromise the efficiency and effectiveness of the system. In the scope of primary health care, particularly in health promotion and disease prevention activities, investments were deficient and as a result, health gains were missed. The universal health coverage index is low and levels of health inequity significant in relation to rural and suburban areas. Weaknesses persist in the process of generating evidence for decision-making, which compromises the leadership and management function of the health system, combined with unfavorable determinants arising from economic volatility, the social gradient and environmental threats. The progress made in life expectancy at birth, infant mortality and maternal mortality is still insufficient given the country's potential, reflecting a dissonance between policies and legislation on the one hand and tangible achievements on the other.

**Keywords:** health determinants, health policy, health system, health transition, health care coverage, organization and management, health financing, health equity, health status.

## CONTEXTO

Desde 11 de novembro de 1975, quando se concretizou a emergência da República Popular de Angola como país soberano, a República de Angola<sup>1</sup>, é um estado unitário, que apesar do conflito militar que ocorreu até 2002, mantém as fronteiras definidas desde o período colonial. Com uma extensa superfície de 1.246.700 km<sup>2</sup> e 4.837 km de fronteira terrestre e 1.650 km de fronteira marítima, o país faz fronteiras terrestres com a República do Congo a norte, a República Democrática do Congo (RDC) a norte e ao nordeste, Zâmbia a leste, Namíbia a sul, e a oeste banhado pelo Oceano Atlântico.

Angola é Estado-Membro da Organização das Nações Unidas (ONU) e da União Africana desde 1976, e integra a Southern Africa Development Community (SADC) e a Communauté Economique des États de l'Afrique Centrale (CEEAC). Essa dupla inserção e interface entre a África Central e África Austral, associada à existência de vias de comunicação inter-regionais importantes (rodoviárias com a África do Sul-Namíbia-Angola-RDC, e ferroviárias com a Zâmbia-RDC-Angola através do corredor do Lobito) e vastas fronteiras terrestres, facilita a circulação de grandes fluxos populacionais e de bens que aumentam o risco de propagação transfronteiriça de doenças, e que implicam desafios específicos na vigilância epidemiológica e na aplicação do Regulamento Sanitário Internacional.

Angola é um país multicultural, multilíngue e multirracial de matriz bantu, cuja língua oficial é o português, falada por mais de 71% dos habitantes, tendo como línguas nacionais mais faladas o umbundo, kikongo, kimbundo e o chokwe. A religião católica é a mais praticada por cerca de 41% da população, seguida da protestante, por 38%<sup>2</sup>. A moeda nacional é o Kwanza (AOA), cuja taxa de câmbio em setembro de 2024 era de 1 USD = 925.90 AOA<sup>3</sup>. O país tem uma ampla diversidade morfológica, geológica, climatológica, pedológica e de vegetação<sup>4</sup>. Essa diversidade varia “desde o ultra deserto do Namibe, passando pelas áridas savanas das planícies costeiras, até uma transição biologicamente diversa na ingreme escarpa de Angola Ocidental”<sup>5</sup>.

Apesar dos progressos registados pelo programa de desminagem do país, persistem áreas delimitadas não desminadas, mas que não comprometem o potencial importante de solos aráveis e bacias hidrográficas ainda não exploradas. A infraestrutura colonial herdada foi profundamente abalada pelo êxodo maciço das lideranças e quadros técnicos, pelo contexto da Guerra Fria e outros desafios. O poder político emergente em 1975, que optou por um sistema unipartidário e economia de planeamento central, recorreu à cooperação internacional para recrutar o pessoal técnico necessário para assegurar o funcionamento do novo aparelho de Estado. Esse foi o modelo que prevaleceu até 1992, quando foi aprovada a Lei Constitucional da II República que definiu o “Estado

democrático, de direito” e enquadrou o exercício da “iniciativa privada e cooperativa no domínio da Saúde, previdência e segurança social”<sup>1</sup>.

Em 2024, a organização política e administrativa do país integrava 18 províncias que constituem o primeiro nível administrativo, geridas por Governadores Provinciais auxiliados por vice-governadores, nomeados pelo Presidente da República; 162 municípios no segundo nível administrativo, geridos por administradores municipais nomeados pelo Governador Provincial após consulta prévia com o Ministro da Administração do Território; e 559 comunas ao terceiro nível administrativo, geridos por administradores comunais nomeados pelos Governadores Provinciais, ouvido o Administrador Municipal. Uma nova divisão político-administrativa que entrará em vigor em 2025 foi promulgada recentemente, reajustando o país em 21 províncias, 326 municípios e 378 comunas<sup>6</sup>.

A liderança política tem sido assegurada, desde a independência, pelo partido Movimento Popular de Libertação de Angola (MPLA), em um processo evolutivo de mudanças político-institucionais que conduziram a uma “tripla transição: da guerra à paz, de um Estado autoritário de partido único a um Estado democrático multipartidário e de uma economia socialista de planeamento central para uma economia liberal de mercado” concretizadas com as primeiras eleições gerais multipartidárias em 1992<sup>7</sup>. Após as eleições gerais de 2017, o país conta com novo Presidente da República sob a vigência da nova Constituição da República de Angola<sup>8</sup>. A governação daí decorrente implementa medidas de desconcentração e delegação de competências do nível central para os Governos Provinciais e Administrações Municipais<sup>9</sup>.

No âmbito das mais recentes disposições legais, as intervenções em nível provincial e municipal no domínio da saúde são da competência do Governo Provincial e da Administração Municipal respectivamente, com a supervisão metodológica do Ministério da Saúde; acompanhada de uma transferência lenta de recursos humanos, financeiros e materiais. A modalidade de governação em vigor prevê o “princípio da descentralização político-administrativa” com a criação de órgãos autónomos do poder local, autarquias, constitucionalmente previstas, mas ainda em processo de discussão em nível parlamentar.

## **DETERMINANTES DO ESTADO DE SAÚDE DOS ANGOLANOS**

O impacto do conflito pós-independência, que decorreu com algumas intermitências até 2002 com o seu cortejo de destruição de infraestruturas, vítimas diretas, deslocação forçada de populações para fora das suas áreas habituais de residência e de trabalho, originou cerca de 4 milhões de pessoas deslocadas internas. Os efeitos indiretos

do conflito refletiram-se igualmente em comportamentos, atitudes e práticas individuais e sociais, com consequências na estruturação familiar, no sistema de saúde e em todos os outros determinantes da saúde. Nesse contexto, os transtornos da saúde mental, violência interpessoal e traumatismos por armas de fogo poderão estar associados aos efeitos indiretos do conflito armado.

O país enfrenta desafios sanitários associados à “volatilidade económica, vulnerabilidades sociais e riscos ambientais”<sup>10</sup>. Em *nível* macroeconómico o Plano de Desenvolvimento Nacional 2023-2027 prevê evolução da taxa de crescimento real do PIB de 3,05% em 2022 para 3,07% em 2027, e o do PIB per capita real de 1,613 milhares de kwanzas em 2022 para 1,616 em 2027<sup>11</sup>. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) estagnou nos últimos anos; os níveis de desemprego são de quase 32% em média, chegando a 60% entre os jovens; as taxas de informalidade são elevadas; e a inflação era de 20% no final de 2023, acompanhada de uma forte desvalorização da moeda local e de preocupações quanto a sustentabilidade da dívida<sup>10</sup>. Esse cenário económico impõe à sociedade, em especial às famílias mais vulneráveis, desafios críticos em nível da satisfação das necessidades básicas (alimentação, saúde e educação), contribuindo para o aumento do nível de pobreza monetária de 21,4% em 2000 para 31,1% em 2021 e multidimensional na ordem dos 54% em 2020<sup>12-15</sup>.

As vulnerabilidades sociais, na opinião de alguns autores, traduzem-se no facto de a

[...] população angolana ter no seu quotidiano as necessidades sociais e de saúde negligenciadas pela imposição da burocracia excessiva, dificuldades institucionais, ausência de políticas sociais efetivas, ou seja, uma realidade que exige a construção de propostas alternativas, políticas sociais efetivas, para melhoria da saúde e da qualidade de vida<sup>15,16</sup>.

As vulnerabilidades ambientais traduzem-se pela recorrência de eventos climáticos extremos que afetam as populações mais vulneráveis, causam danos materiais e comprometem os ganhos de saúde. As graves secas no sul do país, que estão na origem da insegurança alimentar, e a falta de água potável contribuem para o aumento da pobreza e da incidência de doenças de transmissão hídrica, doenças respiratórias agudas e doenças de transmissão vetorial, em detrimento da sobrevivência infantil em particular. Estudo referido pelo Banco Mundial concluiu que,

[...] num cenário consistente com os atuais compromissos climáticos, as crianças angolanas nascidas em 2020 estariam expostas a cerca de 10 vezes mais ondas de calor, cinco vezes mais perdas de colheitas e três vezes mais a eventos extremos em geral do que alguém nascido em 1960<sup>17</sup>.

Isso sugere que os serviços e programas de saúde de Angola integrem aspectos relativos aos riscos ambientais<sup>17</sup>.

## EVOLUÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE DOS ANGOLANOS

Angola, vive uma transição em saúde refletida na evolução dos indicadores demográficos, epidemiológicos e nutricionais. Em termos da transição demográfica, a população total passou de cerca 5,949 milhões em 1973<sup>18</sup> para perto de 24,9 milhões em 2014<sup>2</sup>, evoluindo a densidade demográfica de 4,8 para 20 habitantes por km<sup>2</sup> durante a qual se verificaram profundas alterações na distribuição da população na sequência dos fluxos populacionais induzidos pela insegurança provocada pelo conflito armado. Por exemplo, em relação ao total da população do país, entre 1973 e 2014, na região litoral (províncias costeiras de Cabinda a Moçâmedes/Namibe), a população passou de 29,3% a 53%; e em Luanda, capital do país, de 9,9% para 27,9% durante o mesmo período. A taxa de urbanização evoluiu de 16,8% em 1970 para 62,6% em 2014. A idade média da população em 2014 era de 20,6 anos, com 47,3% da população com idade compreendida entre 0 e 14 anos, e 2,4% com idade igual ou superior a 65 anos de idade.

Entre os principais indicadores demográficos obtidos no Censo de 2014 e projetados para 2024, destacam-se: aumento da taxa de crescimento natural de 2,9 para 3,0%; redução da taxa global de fecundidade de 5,5 para 5; redução da taxa bruta de mortalidade por mil habitantes de 9,2 para 7,1; e aumento da esperança de vida ao nascer de 60,9 para 63,4<sup>19</sup>. Em 2024, a população do país estava estimada em 35,121 milhões de habitantes de acordo com as projecções do Instituto Nacional de Estatística a partir do Censo de 2014.

A transição epidemiológica é caracterizada pela coexistência de um elevado peso de doenças infecciosas, malnutrição infantil, índices ainda elevados de mortalidade infantil, mortalidade materna e neonatal, tendência crescente das doenças crónicas não transmissíveis (nomeadamente hipertensão arterial, diabetes, cardiopatias, cancro, insuficiência renal), níveis preocupantes de traumatismos por sinistralidade rodoviária e violência; impulsionada pela migração da população dos meios rurais para as cidades, explosão demográfica, viagens transfronteiriças, adoção de novos padrões de consumo e comportamentos de maior risco.

A taxa de mortalidade das crianças com idade inferior a 5 anos melhorou de 274/mil NV em 1996<sup>20</sup> para 68/mil NV em 2015<sup>21</sup>; taxa de mortalidade infantil de 150/mil NV em 2001<sup>22</sup> para 44/mil NV em 2015<sup>21</sup>; e taxa de mortalidade neonatal passou de 35/mil NV em 2005 para 14/mil NV em 2015<sup>21</sup>. De 2001 a 2016, o rácio de mortalidade materna melhorou de 1.400 para 239/100 mil NV. O sistema de saúde mostrou-se, contudo, ainda vulnerável com ocorrências de epidemias de cólera, raiva, sarampo, malária, doença de Marburgo, dengue, febre amarela e covid-19. Durante a pandemia, o governo fez investimentos importantes, contudo insuficientes para alcançar as competências es-

senciais previstas no Regulamento Sanitário Internacional, nomeadamente em termos de coordenação e comunicação do ponto focal nacional, vigilância epidemiológica, capacidade de preparação e resposta, comunicação dos riscos e perigos relacionados com zoonoses, segurança alimentar, emergências químicas e radioativas, e participação das comunidades nas intervenções a favor da saúde.

A transição nutricional decorre do nível de segurança alimentar e das boas práticas em matéria de nutrição durante, principalmente, os primeiros mil dias de vida. O primeiro inquérito da pobreza multidimensional revelou que a nutrição contribuía para as privações em cerca de 13% nas áreas urbanas e 10% nas áreas rurais<sup>12</sup>. Os dados disponíveis mais recentes indicam que a prevalência de subalimentação em Angola é de 14%; a desnutrição crónica nas crianças com idade inferior a 5 anos é de 38%. Embora o governo tenha como prioridade a diminuição dos níveis de malnutrição da população por meio da melhoria das condições de acesso à alimentação, a implementação dessa política revela que a despesa pública para aumento da capacidade de produção agrícola foi de 4,5% em 2014 e 1,6% em 2016<sup>23</sup>.

As dez principais causas, por ordem decrescente, de mortalidade prematura, anos de vida perdidos (YLLs), verificadas em 2010 em relação a 1990 foram as doenças diarreicas agudas, malária, infeções respiratórias agudas, VIH/SIDA, malnutrição, transtornos neonatais, sinistralidade rodoviária, meningite, anomalias congénitas e sífilis<sup>24</sup>. Todas integravam as dez principais causas de mortalidade prematura em 1990, com exceção do sarampo, que desceu para 25ª causa em 2010, e VIH /SIDA, que passou de 24ª causa de 1990 para 4ª em 2010. As dez principais causas, por ordem decrescente de morte e incapacidade (DALYs), entre 2011 e 2021 foram: transtornos neonatais, malária (aumentou em relação a 2011), VIH /SIDA (aumentou em relação a 2011), covid-19, sinistralidade rodoviária, infeções respiratórias agudas, tuberculose, doenças diarreicas, anomalias congénitas e doenças cerebrovasculares (aumentaram em relação a 2011)<sup>25</sup>.

O sistema de informação em saúde e da vigilância epidemiológica em particular continua a ter problemas de qualidade dos dados primários, da oportunidade, cobertura e notificação, que comprometem a qualidade da resposta. Reconhece-se o valor dos investimentos feitos na formação em epidemiologia de campo, no laboratório de referência do Instituto Nacional de Investigação em Saúde (INIS) e do Centro de Investigação em Saúde de Angola (CISA), na introdução e expansão das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), do DHIS2, e experiências-piloto de telessaúde; para além dos apoios internacionais, especialmente da OMS, Centers for Disease Control and Prevention – CDC Atlanta e CDC África.

O país é vulnerável a epidemias por doenças de transmissão hídrica, como cólera; doenças de transmissão vetorial, como malária, febre amarela e dengue; zoonoses, como raiva, carbúnculo; e outras potencialmente epidémicas, como doença de Marburgo.

A baixa cobertura da vacinação de rotina e respostas insuficientes aos surtos anteriores levaram à circulação, ainda em 2024, do Poliovírus derivados vacinais do tipo 2, tanto em nível ambiental como humano<sup>26,27</sup>. As medidas tendentes a erradicar a dracunculose do território nacional continuam na província do Cunene<sup>28</sup>.

A malária tem sido a primeira causa de morbidade e mortalidade, contribuindo de forma significativa para a mortalidade infantojuvenil e materna, afetando a capacidade de trabalho da população em idade produtiva e contribuindo para o absentismo escolar<sup>29</sup>. Em 2018, o número de casos novos de malária foi de 4.022.217 (10.523 óbitos), 2020 com 7.186.716 casos (12,195 óbitos) e 2022 com 9.221.214 casos (12.474 óbitos)<sup>30</sup> – essa doença mantém-se endémica, com picos epidémicos sazonais, havendo registo de estirpes de plasmódio resistentes aos antipalúdicos habituais. Os objetivos gerais do plano estratégico de controlo da malária 2021-2025, de reduzir em 40% a morbidade por malária até 2025 (linha base 2020) e de reduzir em 50% a mortalidade por malária até 2025 (linha de base 2020), dificilmente serão atingidos, considerando a tendência da incidência nos últimos anos.

A infeção por VIH /SIDA apresenta uma tendência decrescente da incidência na população geral de 1,33/mil em 2010 para 0,52/mil em 2021; enquanto o número de pessoas vivendo com o VIH aumentou de 250 mil para 320 mil; e número de óbitos anuais associados ao VIH foi de 15 mil durante o mesmo período<sup>31</sup>. Em 2017, a cobertura de tratamento de grávidas seropositivas era de 40%, e a transmissão materno-fetal era de 20%, em um ambiente de seroprevalência relativamente baixa comparando com os países vizinhos da África Austral.

A tuberculose apresenta-se de forma grave sob o ponto de vista epidemiológico e do impacto em termos de mortalidade específica. O número de casos registados aumentou de 43,523 em 2007<sup>32</sup> para 68,268 em 2023<sup>33</sup>, e a taxa de incidência tem aumentado progressivamente de 207/100 mil habitantes em 2007<sup>32</sup> para 325/100 mil em 2023<sup>33</sup>. Os principais desafios relacionam-se com financiamento insuficiente, acesso irregular aos medicamentos antituberculosos, farmacoresistência aos medicamentos de 1ª e 2ª linha, coinfeção com o VIH e elevadas taxas de abandono do tratamento<sup>34</sup>.

Durante o biénio 2016-2017, a hipertensão arterial com 214.208 casos (517 óbitos) e 240,115 (718 óbitos) e a diabetes com 18.445 casos (403 óbitos) e 14.477 (470 óbitos) figuram entre as doenças crónicas de mais elevada incidência; enquanto os traumatismos por acidentes rodoviários com 7.253.646 casos (29.751 óbitos) em 2016 e

7.152.345 casos (25.451 óbitos) em 2017 figuravam como a segunda causa de mortalidade no país<sup>35</sup>. Os casos de cancro, atendidos no Instituto Angolano de Luta contra o Cancro (IACC), aumentaram de 813 em 2007 a 1.501 em 2022, com maior incidência, por ordem decrescente, no cancro da mama, colo do útero e pele não melanoma<sup>36</sup>.

## **SISTEMA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE**

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇOS**

A infraestrutura do Sistema Nacional de Saúde que transitou do período colonial foi-se ajustando à evolução e à complexidade do contexto político, económico e social do país a partir de 1975/76<sup>37</sup>. Inicialmente, a retração da infraestrutura herdada limitou ainda mais a cobertura sanitária, pois funcionou com recursos e capacidades essencialmente endógenas nas áreas abrangidas pelo conflito até 2002. A partir desse ano marcado pelo fim da guerra civil e declaração da paz, foi possível uma melhor combinação da governação e gestão dos recursos humanos, financeiros e tecnológicos nas unidades e programas de saúde; que contribuíram para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, em resposta aos desafios decorrentes da transição demográfica, epidemiológica e nutricional.

A Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde estabeleceu o princípio de promoção e garantia, por parte do Estado, do acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde. De acordo com a referida lei, o Sistema Nacional de Saúde integra fundamentalmente o Serviço Nacional de Saúde (SNS), que é constituído por “todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde e dependentes do Ministério da Saúde”; integrando ainda os sectores privados lucrativos e não lucrativos em interação com a medicina tradicional. A componente pública do sistema de prestação de cuidados, o SNS está estruturado em três níveis: primário, referente a cuidados de saúde primários; secundário, para a rede hospitalar polivalente; e terciário, respeitante à rede hospitalar diferenciada<sup>38</sup>.

A estruturação do SNS evoluiu de um modelo inicial centralizado, Delegações Provinciais de Saúde dependentes do nível central, para modelos desconcentrados com Direções Provinciais de Saúde, atualmente Gabinetes Provinciais de Saúde (Secretariado Provincial de Saúde em Cabinda) dependentes e nomeados pelos Governadores Provinciais. No nível provincial, os Ministérios das Finanças e o da Administração do Território estão também envolvidos, com competências delimitadas e definidas. Os sistemas municipais de saúde sob a coordenação técnica dos Chefes de Repartição de Saúde são geridos pelos administradores municipais, nomeados e subordinados aos Governadores

Provinciais. Um estudo sobre o processo de descentralização do SNS de Angola de 2000 a 2007 concluiu que foram registados avanços nomeadamente

[...] na passagem da dependência administrativa das direções provinciais e repartições municipais da saúde para os órgãos da administração local do estado e a autonomia administrativa e financeira dos hospitais centrais e gerais e parcialmente dos hospitais municipais<sup>39</sup>.

De acordo com a Política Nacional de Saúde, a saúde é um direito humano fundamental. O direito à assistência médica e sanitária na infância, na maternidade, na invalidez, na velhice e em qualquer situação de incapacidade de trabalho está garantido constitucionalmente a todos os cidadãos<sup>40</sup>.

Depois de 2012, a reconstrução das infraestruturas e a reativação dos serviços afetados pelo conflito resultaram da implementação da estratégia de desenvolvimento “Angola-2025” que prossegue continuada desde 2021 com a Estratégia Longo Prazo “ELP-Angola 2050”<sup>41</sup>. Com esta, alinha-se o Plano de Desenvolvimento Nacional em curso, o PDN 2023-2027, que foi precedido pelos PDN 2013-2017 e PDN 2018-2022.

O novo ciclo governativo, a partir de 2022, passou a enfrentar desafios decorrentes do ajustamento às mudanças do contexto, desde logo com o início da implementação da Estratégia de Longo Prazo-Angola 2050, que substituiu a Estratégia Angola 2025. O PDN 2023-2027, já em alinhamento com a Estratégia a Longo Prazo, está em curso, com uma anunciada mudança do sistema nacional de planeamento para 2025 e realização de novo censo da populacional marcado para setembro de 2024. Outrossim, existe legislação específica que regula o licenciamento e o exercício da atividade privada na prestação de cuidados de saúde, laboratórios, farmácias e ervanárias.

Os indicadores de infraestruturas de saúde melhoraram desde a independência nacional. Enquanto a população total do país aumentou de 5,949 milhões de pessoas em 1973 para 28,359 milhões de pessoas em 2017, o número total de camas no sector público aumentou durante o mesmo período de 9.471 para 18.985. Em 2012, o país contava com um total de 2.356 unidades de saúde, entre as quais 160 postos de saúde, 331 centros de saúde, 43 centros materno-infantis, 165 hospitais municipais, 25 hospitais provinciais, 20 hospitais centrais e 83 unidades de outras naturezas<sup>42</sup>. De 1988 a 2014, o número de unidades sanitárias aumentou do seguinte modo: hospitais nacionais e provinciais, de 26 para 39; hospitais municipais e centros de saúde, de 335 para 722; e postos de saúde, de 1.569 para 2.069<sup>37</sup>. O número de unidades de saúde privadas aumentou igualmente, sobretudo na capital, com a seguinte diferenciação em 2017: 120 clínicas privadas, das quais mais de 50% em Luanda; 885 consultórios médicos, dos quais 70% na capital; 307 gabinetes médicos de especialidade, entre os quais mais de 90% em Luanda; 126 laboratórios, dos quais mais de 60% em Luanda; e 941 postos de enfermagem, dos quais 45% na capital do país<sup>35</sup>.

As intervenções relacionadas com a promoção da saúde e prevenção da doença são asseguradas por Programas Nacionais de Luta contra doenças específicas, incidindo sobre as mais preocupantes sob o ponto de vista epidemiológico. Tais programas de saúde pública operam de forma vertical até o nível municipal, em que se integram nas estruturas dos cuidados de saúde primários e contam com financiamento misto do Estado e de agências de cooperação internacional. A estrutura de prevenção mais importante e atuante é o Programa Alargado de Vacinação (PAV ou vacinação de rotina), que, em conjunto com a aplicação da estratégia de Tratamento Integrado das Doenças da Infância (TIDI), constitui a principal alavanca para melhorar a saúde das crianças com idade inferior a 5 anos. Os níveis de cobertura vacinal de 2011 a 2022 decresceram de acordo com os dados seguintes: contra a tuberculose – BCG, de 74 % para 60 %; DTP3 (difteria-tétano-tosse convulsa), de 52% para 42%; sarampo, de 57% para 37%; e contra a poliomielite (POL3), de 50% para 41%<sup>43</sup>. Para além do programa de vacinação, na Direção Nacional de Saúde Pública, existem outras estruturas que atuam no sentido de garantir as intervenções referentes à prevenção das doenças e à promoção da saúde, visando melhorar os comportamentos, as atitudes e as práticas da população a favor da saúde.

O *Índice de Cobertura Universal de Saúde*, que integra os cuidados essenciais relativos à saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil, doenças infecciosas, doenças não transmissíveis, capacidade e acesso aos serviços, em Angola, foi de 36% em 2017, 40% em 2019 e 39% em 2021<sup>44</sup>.

## RECURSOS HUMANOS

A Força de Trabalho é a componente do sistema de saúde que garante a disponibilidade de pessoas com conhecimentos, competências e motivação para prestação de cuidados de saúde no sistema formal e informal, atuando em coordenação com as componentes encarregadas da infraestrutura e das tecnologias de saúde<sup>45</sup>. O direito dos cidadãos à saúde está constitucionalmente estabelecido, assim como o compromisso nacional em relação à Cobertura Universal da Saúde no âmbito dos ODS. Esse desiderato requer uma diversidade ampla de profissionais de saúde e outros trabalhadores de apoio, motivados, tecnicamente capacitados, ética e profissionalmente imbuídos de valores e princípios que dignifiquem a pessoa humana.

No contexto angolano, os seguintes momentos podem ser identificados na trajetória do desenvolvimento da força de trabalho em saúde, que se seguiu a fase colonial:

- I. Transição para a independência de maio 1974 a novembro 1975 – o êxodo súbito de profissionais de saúde durante o período comprometeu profundamente o

funcionamento da rede e serviços sanitários existentes, incluindo instituições de formação de profissionais de saúde;

- II. Enquadramento e otimização da força de trabalho nacional existente de 1975 a 1991 – foram recrutados alguns médicos, incluindo os provenientes das Forças Armadas Populares de Libertação de Angola (FAPLA), mas maioritariamente enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde de assistência rural e outros técnicos de saúde provenientes de vários sectores públicos e privados. Esta fase contou com o apoio das agências especializadas da ONU, em especial OMS e UNICEF, grupos de apoio provenientes da Suécia, Países Baixos e países socialistas, com destaque para Cuba e União Soviética. Nesse período, foram desenvolvidas as experiências estruturadas de enquadramento de agentes de saúde comunitários: os “promotores de saúde rurais”, “defensoras de saúde” e “parteiras tradicionais recicladas”, posteriormente descontinuadas à medida que eram substituídos por auxiliares de enfermagem e técnicos médios de saúde. Manteve-se o funcionamento ininterrupto da Faculdade de Medicina, e foi estruturada uma rede instituições de formação de técnicos de saúde – os Institutos Médios de Saúde – que substituíram progressivamente as Escolas Básica de formação de Auxiliares de Enfermagem, incluindo as vinculadas às confissões religiosas em Caluquembe e no Tchiulo<sup>46</sup>;
- III. Transição para multipartidarismo e economia de mercado – com o sector privado em expansão e competindo com o sector público, a fase de 2002 a 2008 correspondeu ao fim do conflito militar e foi marcada por enquadramento e integração dos profissionais de saúde provenientes das estruturas sanitárias da União Nacional para a Independência Total de Angola (UNITA) na força de trabalho do SNS, no quadro da Governo de Reconciliação e Unidade Nacional (GURN), em que a pasta da Saúde foi assegurada por quatro Ministros provenientes da UNITA;
- IV. Pós-pandemia da covid-19 de 2020 a 2022: – nessa fase, conjugaram-se o impacto negativo da pandemia sobre o sistema de saúde, a baixa da produção e do preço do petróleo e a consequente desaceleração económica; aos quais se juntou o regresso ao país de um número importante de profissionais da saúde ex-bolseiros; em um contexto de agravamento do custo de vida que concorreu para uma crise na função pública geral, e que se traduziu no sector da saúde, pelo duplo emprego, insatisfação das condições remuneratórias e de trabalho, baixa produtividade, paralisações e greves.

O Plano Nacional de Formação de Quadros (PNFQ) 2013-2020 previu, no domínio da saúde, a formação de mestres (240 em medicina, 27 em medicina dentária, 400 em

enfermagem e 49 em ciências farmacêuticas) e doutores (50 em medicina, 19 em medicina dentária, 100 em enfermagem e 14 em ciências farmacêuticas), tendo como principais estratégias o levantamento das instituições nacionais com potencialidades para o efeito, a reorientação da política nacional de bolsas de estudo, a fixação de prioridades específicas e a elaboração de um programa nacional de doutoramentos<sup>47</sup>. Recentemente, a Comissão Interministerial presidida pela Vice-Presidente da República redinamizou a implementação do PNFQ<sup>48</sup>.

No tocante à disponibilidade de recursos humanos para a saúde, estes têm, de modo geral, aumentado em número e diversidade desde a data da independência nacional graças a uma política e legislação que permitiu a formação e o recrutamento de profissionais de saúde e facilitou os passos no sentido da descentralização dos serviços de saúde, para melhorar a cobertura e a qualidade dos cuidados. A densidade de médicos em nível nacional aumentou de 0,7 para 2,2 por cada 10 mil habitantes de 1988 a 2022; a densidade de enfermeiros em nível nacional melhorou durante o mesmo período de 1 para 8,4 por cada 10 mil habitantes<sup>49,50</sup>; estando a força de trabalho especializada concentrada nos centros urbanos, nomeadamente na capital do país, onde se localizam as unidades de saúde de nível terciário e especializadas. Por exemplo, do total de 103.546 enfermeiros, dos quais 8,6% de nível superior, 87% de nível médio e 4,4% nível básico; 48% estão colocados em Luanda, 9,2% em Benguela, 9% no Huambo e os restantes pelas outras 15 províncias<sup>51</sup>.

O governo atual impulsiona investimentos centrados nas infraestruturas de saúde, em especial hospitais de nível terciário e secundário. O Ministério da Saúde<sup>52</sup>, por meio do recém-criado Instituto de Especialização em Saúde (IES)<sup>53</sup>, implementa o Plano Emergencial de Formação de Especialistas em medicina familiar, cirurgia, pediatria e ginecologia-obstetrícia. O IES também tem atribuições específicas na formação especializada de enfermagem<sup>54</sup> e restantes carreiras do SNS. Desafios adicionais poderão advir para a força de trabalho especializada em um mercado de saúde, como o atual, competitivo e com um quadro regulatório incipiente<sup>55</sup>.

## FINANCIAMENTO

O financiamento é uma função integral do sistema de saúde, relacionada com a arrecadação e o dispêndio de dinheiro para cuidados de saúde. A sua utilidade consiste em facilitar as interações entre os prestadores dos cuidados e a população geral<sup>45</sup>. Uma estratégia nacional de financiamento da saúde deveria concorrer para a cobertura universal dos cuidados de saúde com eficiência, equidade e sustentabilidade; mobilizando os recursos necessários, gerindo-os de forma racional de acordo com as evidências, e

protegendo os cidadãos de despesas catastróficas para a saúde. O financiamento da saúde pelo Estado é um dos principais indicadores do sistema de saúde que é objeto de monitoria internacional e que tem como referências: i) despesas per capita por ano superiores a 86,3 USD; ii) mobilização para saúde superior a 5% do PIB; iii) gastos para saúde superiores a 15% do total das Despesas Públicas (OGE); e iv) despesas diretas feitas pelas famílias em saúde inferiores a 20% do orçamento familiar<sup>56,57</sup>.

A Constituição da República, a Política Nacional de Saúde e a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde fundamentam que o financiamento da saúde seja essencialmente garantido pelo Estado, por meio da mobilização de impostos. A contribuição do orçamento geral do Estado para as despesas totais de saúde foi da ordem dos 64% em 2014 e 46% em 2017; indo de encontro ao princípio do universalismo em saúde em que o Estado assume os custos de todos os cuidados de saúde para todos. A ajuda externa ao desenvolvimento sanitário do país correspondeu a 2,63% das despesas totais de saúde em 2014; enquanto em 2017, o setor privado e os seguros contribuíram com 16%<sup>56,58</sup>.

Em relação à evolução do nível e categorias de despesas para a saúde, constatou-se que os indicadores que refletem o grau de priorização atribuída ao setor saúde evoluíram da seguinte forma: a % do PIB dedicado à Saúde decresceu de 2,78% em 2001<sup>59</sup> para 1,70% em 2022<sup>60</sup>; e a % Saúde no total Despesas Públicas decresceu de 6,01% em 2001<sup>58</sup> para 4,90% em 2022<sup>60</sup>. Os pagamentos diretos equivalentes aos contributos das famílias correspondem a 24% e 34% em 2014 e 2017 respectivamente, incorrendo a níveis catastróficos de despesas, motores de empobrecimento extremo das franjas mais desfavorecidas da população. Importa salientar que o financiamento público para a saúde é influenciado por vários fatores, entre os quais o crescimento anual do PIB, que decresceu no período entre 2011 e 2018, a dívida bruta geral do Estado em relação ao PIB, que se elevou a 89,9% em 2020 e decresceu para 74% em 2024<sup>61</sup>, e a capacidade de cobrança das receitas fiscais, que foi de 9,2% em 2017, inferior aos 15% que seriam desejáveis<sup>56</sup>.

O agrupamento e a distribuição dos recursos para o SNS e outros subsistemas de serviços públicos de saúde, não tutelados pelo Ministério da Saúde (caso dos serviços de saúde dependentes dos Ministérios da Defesa, Interior, Recursos Minerais, Petróleo e Gás e outros) são assegurados pelo Ministério das Finanças no âmbito do Orçamento Geral do Estado. Após a definição dos limites da despesa, distribuem-se os tetos de despesa aos Departamentos Ministeriais, Governos Provinciais e Administrações Municipais, e estes aos seus órgãos dependentes. No caso do SNS, o Ministério da Saúde distribui aos hospitais nacionais e institutos públicos tutelados; os Governos Provinciais, aos hospitais provinciais e gabinetes provinciais de saúde; e as Administrações Municipais, aos hospitais municipais, centros de saúde, postos de saúde e direções municipais de saúde.

O país não dispõe ainda de uma estratégia nacional de financiamento da saúde que articule as abordagens recomendadas pela OMS<sup>62</sup> para aumentar a receita, agregar e redistribuir recursos, melhorar a compra de bens e serviços, e melhorar a gestão-administração dos fundos. Tal estratégia, alinhada ao processo de desconcentração/descentralização administrativa, deveria, por um lado, contribuir para o alinhamento do financiamento do nível central, provincial e municipal de forma complementar e sinérgica; e por outro, promover o financiamento misto, otimizando a contribuição do Estado com o da cooperação internacional e dos setores privado e filantrópico, de modo a aumentar a eficiência e o impacto dos investimentos e intervenções de saúde.

Tem-se registado recentemente uma tendência para aumento de fundos do Estado para a saúde, contudo a sua previsibilidade e sua combinação com fundos externos não garantem ainda a estabilidade dos fluxos financeiros para as unidades sanitárias, instituições e programas orçamentados. Em uma estratégia mais ampla de financiamento da saúde que incluísse também reformas fiscais visando o SNS, o país poderia mobilizar mais recursos para a saúde, diminuir o nível de pagamentos diretos das famílias para menos de 20%, aumentar a eficiência e facilitar a estratégia de cobertura universal em saúde rumo à concretização da política nacional de saúde. A produção e a utilização das evidências científicas deveriam evitar desperdícios nos investimentos e utilização dos recursos, melhorar a eficiência na gestão dos recursos disponíveis e contribuir para mais ganhos em saúde.

Um conjunto de indicadores seleccionados do sistema de saúde angolano estão sumarizados nos anexos 1 e 2.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de saúde de Angola que emergiu de um passado colonial foi alvo de um processo evolutivo de reformas conduzidas por governos sucessivos, as quais foram condicionadas por desafios históricos, políticos, institucionais, demográficos, epidemiológicos e nutricionais. Ao longo das diferentes transições ocorridas, a componente pública continua a ser o suporte principal do Sistema Nacional de Saúde. Apesar da opção, ainda vigente, da implementação de um SNS tutelado pelo Ministério da Saúde, a falta de regulamentação deste tem contribuído para a ineficiente articulação dos subsistemas públicos existentes em nível das Forças Armadas, Polícia, empresas nacionais, e os atuais 18 subsistemas provinciais de saúde geridos pelos Governos Provinciais e Administrações Municipais.

As reformas macroeconómicas e do sector da saúde definiram novas políticas, legislação e modelos de organização que proporcionaram alguns progressos. As fragi-

lidades internas do sistema de saúde, particularmente nas componentes da governação, liderança e gestão – combinadas com as determinantes desfavoráveis agindo no ambiente de operações em termos de volatilidade económica, vulnerabilidade social e ameaças do meio-ambiente –, comprometeram o desempenho do sistema de saúde e a celeridade dos progressos desejados em matéria de resultados de saúde. Ademais, persistem iniquidades entre os diferentes grupos populacionais que expõem os mais vulneráveis aos riscos de adoecer e morrer por dificuldades de acesso a cuidados de saúde de qualidade e seguros, em especial nas periferias urbanas e rurais mais recônditas, onde as famílias que vivem em condições de pobreza multidimensional enfrentam despesas de saúde catastróficas.

Apesar da explosão demográfica de 5,949 milhões do total de habitantes em 1973 para mais de 35 milhões em 2024; e de uma transição epidemiológica complexa caracterizada por elevadas incidências e prevalências de doenças infecciosas e de doenças crónicas, com níveis preocupantes de traumatismos por sinistralidade rodoviária, para além de epidemias recorrentes; melhoraram alguns indicadores de recursos e processo, tais como o número de unidades de saúde, o número de profissionais de saúde, desconcentração dos serviços de saúde; e melhoraram alguns indicadores de impacto como a mortalidade materno-infantil e a esperança de vida ao nascer. Contudo, os níveis de pobreza da população, a iniquidade no acesso aos cuidados de saúde de qualidade e o fraco investimento em políticas públicas de promoção da saúde e prevenção da doença continuam a comprometer a obtenção de melhores resultados, mantendo níveis ainda preocupantes dos principais indicadores de impacto do sistema de saúde.

Existe dissonância entre os princípios anunciados e formulados nas políticas e na legislação e a realidade sanitária. Os investimentos no sector da saúde têm ainda uma orientação fortemente hospitalocêntrica e enviesada para as tecnologias de ponta. Essa tendência, funcionalmente exigente em termos de financiamento, recursos humanos especializados e manutenção das infraestruturas, compete com os recursos necessários para garantir a efetividade de intervenções de saúde pública com maiores ganhos em saúde e a realização da cobertura universal em saúde por meio da implementação efetiva dos cuidados de saúde primários.

A advocacia de uma política de saúde transversal a todos os sectores e a literacia em saúde da sociedade constituem dois elementos críticos, que poderão potenciar o sistema de saúde para melhores resultados na prevenção das doenças e promoção da saúde. Encoraja-se a definição de uma estratégia nacional de financiamento da saúde que assegure a proteção social das pessoas mais vulneráveis e a sustentabilidade dos fluxos financeiros para as componentes operacionais do sistema; o aperfeiçoamento

dos critérios e processos de definição das prioridades para melhorar a relação custo-oportunidade e custo-eficácia; a utilização de bases factuais para planificação e atribuição de recursos; a melhoria dos processos de vigilância sanitária; monitoria, avaliação e prestação de contas; no quadro de uma liderança dialogante e inclusiva em relação aos diferentes actores e sectores envolvidos no processo de desenvolvimento sanitário nacional, aos níveis central, provincial e municipal.

## REFERÊNCIAS

1. Assembleia do Povo (RPA). Lei n.º 23/92 de 16 de setembro. Aprova a Lei de Revisão Constitucional. Diário da República de Angola. 1992 set 16.
2. Instituto Nacional de Estatística (INE) do Governo de Angola. Resultados Definitivos do Recenseamento Geral da População e da Habitação de Angola. Luanda: Governo de Angola; 2014.
3. Banco Nacional de Angola. Portal [Internet]. Luanda: BNA; 2024 [citado 2024 set 13]. Disponível em: <https://www.bna.ao/#/pt>
4. Dinis A, Castanheira A, Barros F. Regiões Naturais de Angola. Nova Lisboa, Angola: Instituto de Investigação Agronómica de Angola; 1969.
5. Huntley B, Russo V, Lages F, Almeida N. Biodiversidade de Angola: ciência e conservação: uma síntese moderna. Porto: Arte e Ciência; 2019.
6. Assembleia Nacional de Angola (RPA). Lei n.º 14/24 de 05 de setembro. Da Divisão Político-Administrativa. - Revoga a Lei n.º 18/16, de 17 de Outubro, Lei da Divisão Político-Administrativa, e toda a legislação que contrarie o disposto na presente Lei. Diário da República de Angola. 2024 set 5.
7. Pacatolo C. O domínio decrescente do MPLA no sistema partidário em Angola 2008-2022. Lisboa: UCP Editora; 2024.
8. Tribunal Constitucional (RPA). Constituição da República de Angola: Edição Especial Actualizada. Luanda, Angola: s. n.; 2022.
9. Presidente da República (RPA). Decreto Presidencial n.º 20/18 de 29 de janeiro. Estabelece o regime geral de delimitação e desconcentração de competências e coordenação da actuação territorial da Administração Central e da Administração Local do Estado. Diário da República de Angola. 2018 jan 29.

10. Nações Unidas. Angola: Relatório dos Resultados 2023 [Internet]. Luanda: Nações Unidas Angola; 2024 [citado 2024 set 13]. Disponível em: [https://angola.un.org/sites/default/files/2024-07/Angola%202023%20Relatorio%20Resultados\\_Final.pdf](https://angola.un.org/sites/default/files/2024-07/Angola%202023%20Relatorio%20Resultados_Final.pdf)
11. Presidente da República (RPA). Decreto Presidencial 225/23 de 30 de novembro. Aprova o Plano de Desenvolvimento Nacional de 2023 a 2027. Diário da República de Angola. 2023 nov 30.
12. Instituto Nacional de Estatística (INE) do Governo de Angola. Índice de Pobreza Multidimensional de Angola. Luanda: INE, PNUD, OPHI; 2020.
13. Costa MN. *Angola 1975-2020: um percurso de empobrecimento e o eventual caminho para a prosperidade*. Lisboa: Lisbon International Press; 2022.
14. Banco Mundial. Angola country file update [Internet]. Luanda: World Bank; 2024 [cited 2024 Sep 13]. Available from: <https://databank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx>.
15. Caneca A, Caximbe O, Sarreta F. Sistema de Saúde em Angola: contextualização, princípios e desafios. *Rev Ang de Ciênc*. 2021;3(2):350-70. DOI: [10.54580/R0302.05](https://doi.org/10.54580/R0302.05)
16. Bernardino L. A trajetória dos cuidados de saúde em Angola: de Alma-Ata a Astana. In: Barros FPC, Ferrinho P, organizadores. *De Alma-Ata a Astana: a trajetória dos cuidados de saúde primários nos países da CPLP* [Internet]. Brasília, DF: Conass; 2022 [citado 2024 set 13]. p. 22-37. Disponível em: <https://saude.cplp.org/media/msfpzcx0/leiaas-de-alma-ata-a-astana.pdf>
17. Banco Mundial. Angola: Country climate and development report. Washington, DC: World Bank Group; 2022.
18. Serviços de Saúde e Assistência de Angola. Síntese da actividades durante o ano de 1973. Luanda: República Portuguesa, Estado de Angola; 1973.
19. Instituto Nacional de Estatística (INE) do Governo de Angola. *Projecção da população 2014-2050*. Luanda: INE; 2016.
20. Instituto Nacional de Estatística (INE) do Governo de Angola. *Inquérito de Indicadores Múltiplos*. Luanda: INE, UNICEF; 1997.
21. Instituto Nacional de Estatística (INE) do Governo de Angola. *Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS) 2015-2016*. Luanda: INE; 2017.
22. Instituto Nacional de Estatística (INE) do Governo de Reconciliação Nacional de Angola. *Inquérito de Indicadores Múltiplos: Relatório Analítico*. Luanda, Angola: INE, UNICEF; 2003.
23. Instituto Nacional de Estatística (INE) do Governo de Angola. *Objectivos de Desenvolvimento Sustentável: Relatório Sobre os Indicadores de Linha de Base - Agenda 2030*. Luanda: INE; 2018.

24. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Profile: Angola [Internet]. Seattle: IHME; 2023 [cited 2024 Sep 13]. Available from: [https://extranet.who.int/fctcapps/sites/default/files/2023-04/angola\\_2018\\_annex-3\\_GBD\\_profile\\_2010.pdf](https://extranet.who.int/fctcapps/sites/default/files/2023-04/angola_2018_annex-3_GBD_profile_2010.pdf)
25. World Health Organization. Global health estimates: Leading causes of DALYs [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 Sep 13]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>
26. Organização Mundial da Saúde. Angola organiza reunião de análise global e metodológica para acelerar a vacinação [Internet]. Luanda: OMS em África; 2024 ago 23 [citado 2024 set 13]. Disponível em: <https://www.afro.who.int/pt/countries/angola/news/angola-organiza-reuniao-de-analise-global-e-metodologica-para-acelerar-vacinacao>
27. Organização Mundial da Saúde. Angola prevê vacinar mais de 3.7 milhões de crianças na segunda ronda da campanha de vacinação contra a pólio [Internet]. Luanda: OMS em África; 2024 jun 28 [citado 2024 set 13]. Disponível em: <https://www.afro.who.int/pt/countries/angola/news/angola-preve-vacinar-mais-de-37-milhoes-de-criancas-na-segunda-ronda-da-campanha-de-vacinacao-contra>
28. Organização Mundial da Saúde. OMS realiza missão para a erradicação da dracunculose em Angola [Internet]. Luanda: OMS em África; 2024 jul 12 [citado 2024 sep 13]. Disponível em: <https://www.afro.who.int/pt/countries/angola/news/oms-realiza-missao-para-erradicacao-da-dracunculose-em-angola>
29. Consultoria de Serviços e Pesquisas. Angola Malaria Indicator Survey 2006-2007. Maryland: CONSAUDE LDA (Angola) e Macro Internacional Inc.; 2007.
30. Ministério da Saúde do Governo de Angola. Reunião Anual dos Programas Nacionais Sub-Regionais da Malária e dos Parceiros do CRSPC. Luanda: DNSP, Ministério da Saúde; 2023.
31. United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS Data 2022 [Internet]. Geneva: UNAIDS; 2022 [cited 2024 Aug 30]. Available from: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/data-book-2022\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/data-book-2022_en.pdf)
32. Ministério da Saúde do Governo de Angola. Relatório 2015 do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Luanda: Direção Nacional de Saúde Pública, PNCT; 2016.
33. Organização Mundial da Saúde. Vamos Acabar com a Tuberculose em Angola! Luanda: OMS em África; 2023 nov 13.
34. Aznar ML, Rando-Segura A, Moreno MM, Soley ME, Igual ES, Bocanegra C, et al. Prevalence and risk factors of multidrug-resistant tuberculosis in Cubal, Angola: a prospective cohort study. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2019;23(1):67-72. DOI: [10.5588/ijtld.18.0231](https://doi.org/10.5588/ijtld.18.0231)

35. Ministério da Saúde do Governo de Angola. Anuário Estatístico Sanitário 2017. Luanda: Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística, MINSA; 2017.
36. Instituto Angolano de Controlo do Cancer. Painel [Internet]. Luanda: IACC; 2024 [citado 2024 ago 30]. Disponível em: <https://iacc-angola.ao>
37. Masseca CA. Angola 45 anos de Independência e 45 anos de Serviço Nacional de Saúde. In: Vera Cruz EC, Manuel CM, Quixina Y. Angola 45 Anos: o político, o social, o económico e o cultural. Luanda: Mayamba; 2021.
38. Assembleia do Povo (RPA). Lei 21-B/92 de 11 de Abril. Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde. Diário da República de Angola. 1992 ago 28.
39. Oliveira MS. Processo de descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.
40. Presidente da República (RPA). Decreto presidencial n.º 262/10 de 24 de novembro. Política Nacional de Saúde. Diário da República de Angola. 2010 nov 24.
41. Presidente da República (RPA). Decreto Presidencial n.º 181/23 de 01 de setembro. Aprova a Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo – Angola 2050. Diário da República de Angola. 2023 set 1.
42. Ministério da Saúde do Governo de Angola. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025. Luanda: MINSA; 2012. Vol. 1.
43. World Health Organization; United Nations Children's Fund. Angola Estimates of Immunization Coverage, Revision [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 Aug 30]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/immunization/immunizationcoverage/wuenic>
44. Cabral J. Desafios no financiamento para a cobertura universal em saúde. Luanda: OMS Angola; 2022.
45. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J, editors. Health system performance assessment: A framework for policy analysis. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2022.
46. Ferrinho P, Guimaraes N, Fronteira I, Fresta M. Formação Inicial em Ciências da Saúde em Angola: comparação dos perfis dos alunos de diferentes cursos (medicina, enfermagem e técnicos de diagnóstico) em diferentes níveis de ensino (básico, médio e superior). Lisboa: IHMT; 2020.
47. Presidente da República (RPA). Comissão de Trabalho. Plano Nacional de Formação de Quadros. Luanda, Angola: Casa Civil do Presidente da República, Grupo CESO-CI; 2012.

48. Vice-Presidente da República (RPA). Comissão Interministerial. Implementação do Plano Nacional de Formação de Quadros [Internet]. Luanda: Governo de Angola; 2024 [citado 2024 Aug 30]. Disponível em: <https://www.vicepresidente.gov.ao/index.php/2024/08/12/vpr-orienta-reuniao-da-comissao-interministerial>
49. Ministério da Saúde (RPA), Departamento de Estatística do Gabinete do Plano Relatório Estatístico de 1989. Luanda: MINSA; 1989.
50. World Bank. Project Information Document – Human Resources for Universal Health Coverage in Angola – P180631 [Internet]. Washington, D.C.: The World Bank; 2024 [cited 2024 Aug 30]. Available from: <https://documents.worldbank.org/pt/publication/documents-reports/document-detail/099051623093534710/p1806310ceaaa10b0a505cec915f65f3>
51. Ordem dos Enfermeiros de Angola. Painei [Internet]. Luanda: Ordenfa; 2024 [citado 2024 ago 30]. Disponível em: [www.ordenfa.org](http://www.ordenfa.org)
52. Presidente da República (RPA). Decreto Presidencial n.º 277/20 de 26 de outubro. Aprova o Estatuto Orgânico do Ministério da Saúde. Diário da República de Angola. 2020 out 26.
53. Presidente da República (RPA). Decreto Presidencial n.º 151/21 de 09 de junho. Cria o Instituto de Especialização em Saúde (IES), e aprova o seu Estatuto Orgânico. Diário da República de Angola. 2021 jun 9.
54. Presidente da República (RPA). Decreto Presidencial n.º 212/23 de 30 de outubro. Aprova o Regulamento sobre a Formação Especializada em Enfermagem no Sistema Nacional de Saúde. Diário da República de Angola. 2023 out 30.
55. Fronteira I, Dussault G, Buchan J. Rethinking Human resources for Health. Lisboa: Almedina; 2021.
56. African Union; United Nations Foundation and Global Fund. Quadro dos Resultados de África Sobre o Financiamento Interno para a Saúde. Ethiopia: African Union; 2014.
57. African Union. Quadro dos Resultados de África sobre o Financiamento Interno para a Saúde. Luanda: African Union, Global Fund, United Nations Foundation, WHO; 2020.
58. Ministério da Saúde (RPA). Relatório. Angola: Despesa Pública no Sector da Saúde 2000-2007. Estoril: Gabinete de Planificação, Estudos e Estatística & Principia Editora; 2007.
59. Finanças, Ministra das. Luanda: Jornal de Angola, 2024.
60. World Health Organization, Kutzin J, Witter S, Jowett M, Bayarsaikhan D. Developing a National Health Financing Strategy. Geneva: WHO; 2017. Guiding No 3.

| ANEXO-I | ANGOLA: Indicadores Seleccionados do Sistema de Saúde |             |             |             |              |             |             |               |          |           |              |            |             |             |
|---------|-------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|---------------|----------|-----------|--------------|------------|-------------|-------------|
|         | DÉCADAS                                               | I 1975-1984 |             |             | II 1985-1994 |             |             | III 1995-2004 |          |           | IV 2005-2014 |            |             | V 2015-2024 |
|         | ANOS                                                  | 1973        | 1981        | 1984        | 1989         | 1993        | 2001        | 2004          | 2008     | 2012      | 2014         | 2016       | 2019        | 2020        |
|         | POPULAÇÃO F:                                          | A1          | A2          | A4          | A3           | A4          | A4          | A4            | A4       | A19       | A7           | A8         | A8          | A8          |
|         | (Milhão)                                              | 5.949       | 8.435       | 9.039       | 9.739        | 10.916      | 13.814      | 15.116        | 17.04    | 18.57     | 25.789       | 27.503     | 30.175      | 31.127      |
|         | RECURSOS F:                                           | A1a,1b      | A3          | A3+A17      | A3           | A5          | A6          | A6            | A6       | A23       | A10          | A11        | A21         | A22         |
|         | Médicos/10.000 Hab                                    | 0.4         | 0.66/A9     | 0.53        | 0.7          | 0.57        | 0.5         | 0.94          | 0.12     | 0.12      | na           | 1.06       | 1.38        | 1.8         |
|         | MÉDICOS                                               | 258         | 561 1980    | 481         | 738          | 630         | 849 2003    | 1458 2005     | 1.899    | 2.095     | nd           | 2.937 2015 | 4.165       | 5.610       |
|         | Enfermeiros/10.000 Hab                                | 4           | ...         | 7.2         | 9.4          | 6.72        | 8.95        | 17.04         | ...      | 17,5 2010 | na           | 12.2       | 10.95       | 12.8        |
|         | Enfermeiros                                           | 2.385       | nd          | 6.518       | 9.192        | 7.342       | 13.135 1997 | 26.486 2005   | nd       | 27.465 A9 | nd           | 33.584 15  | 33.043      | 40.006      |
|         | Camas/1.000 Hab                                       | 1.6         | na          | 1.6         | 1.2          | na          | na          | 0.8           | 0.76     | 0.66      | na           | na         | 1.2         | 0.78        |
|         | CAMAS                                                 | 9.477       | nd          | 15.043      | 12.016       | nd          | nd          | 11.977 2005   | 12.480   | 11.825    | nd           | nd         | 24.382      | 24.439      |
|         | Habitantes/US                                         | 6.764       | na          | 5.772       | 6.453        | 6.975       | na          | 10.231        | 7.278    | 7.882     | na           | na         | 10.885      | 9.844       |
|         | H/HM+CS/PS                                            | 19/235/612  | nd          | 33/142/1391 | 26/246/1237  | 31/246/1288 | nd          | 163/272/1026  | 2.341    | 2.356     | nd           | nd         | 45/764/1963 | 3.162       |
|         | % orçamento Saúde/PIB                                 | nd          | nd          | nd          | nd           | nd          | 2.78        | 1.58          | 1.97     | nd        | 2.12         | 1.3        | 1.9         | 2.4         |
|         | % orçamento Saúde/OGE                                 | 5.6         | 5.9         | 6.6         | 6.3          | nd          | 6.01        | 4.42          | 3.68     | nd        | 5            | 5.4        | 5.6         | 6.1         |
|         | (orçamento/despesa)                                   | orc         | orc         | orc 1985    | orc          | na          | desp        | desp          | orc 2007 | na        | desp         | desp 2017  | orc         | orc         |
|         | Per capita-AOA/USD                                    | na          | 808/26.4    | 662,6/21,9  | 616/20       | nd          | /19,1       | /20,4         | nd       | nd        | /115,25      | /53        | 7/5 A16     | /60 A16     |
|         | COBERTURA F:                                          | A17         | A17         | A17         | A26          | A25         | A12         | A12           | A13      | A24       | A15          | A15        | A18         | A14         |
|         | % Partos assistidos pq                                | nd          | 15.3        | 26          | 46           | 22.5        | 32          | 73 2003       | 49       | 49        | 72 A27       | 40 A27     | 58 A27      | 60 A27      |
|         | %BCG                                                  | nd          | 26          | 7           | nd           | 59.5        | nd          | 46 2003       | nd       | 73 A27    | 59 A20       | 56 A20     | 57 A20      | 45 A20      |
|         | %DTP3/PENTA3                                          | nd          | nd          | nd          | nd           | 23.9        | nd          | nd            | nd       | nd        | nd           | nd         | nd          | nd          |
|         | % Vacinados completa                                  | nd          | nd          | nd          | nd           | 16.7        | nd          | nd            | nd       | nd        | nd           | 30.6       | nd          | nd          |
|         | % contracepção                                        | nd          | nd          | nd          | nd           | 8.1         | na          | na            | na       | 6         | 30,5 A20     | 31,3 A20   | 27 A20      | 33,7 A20    |
|         | Index Cobertura Saúde Universal                       | na          | na          | na          | na           | na          | na          | na            | na       | na        | 36,7 A20     | 38,5 A20   | 38,7 A20    | nd          |
|         | IMPACTO F:                                            | A1a         | A17         | A17         | A26          | A25         | A12         | A12           | A13      | A7        | A15          | A15        | nd          | A14         |
|         | TMM5/1.000 nv                                         | nd          | nd          | nd          | 274          | 250         | 250         | 195           | 161      | nd        | 68           | 68         | 69          | 69          |
|         | TMNN/1.000 nv                                         | nd          | nd          | nd          | nd           | nd          | nd          | nd            | nd       | nd        | 22           | 22         | nd          | nd          |
|         | TMI/1.000 nv                                          | nd          | 352 A25     | nd          | nd           | 150         | 150         | 116           | 98       | 65.3      | 44           | 44         | 47          | 47          |
|         | RMM/100.000 nv                                        | nd          | nd          | nd          | nd           | 1.400       | 49 A20      | 48            | 58 A20   | 60.9      | 62 A20       | 63 A20     | 199         | 199         |
|         | EO (anos)                                             | 41          | 41 1990 who | 42.4        | 6.8          | 6.4         | 2.9         | 5.5           | 5.2      | 5.4       | 5.4          | 5.4        | 5.4         | 5.4         |
|         | Taxa global fecundidade                               | 1.6         | 2.37        | 3.1         | 3.1          | 3.1         | 3.1         | 3.1           | 3.1      | 3.1       | 3.1          | 3.1        | 3.1         | 3.1         |
|         | Taxa crescimento anual %                              | 1.6         | 2.37        | 3.1         | 3.1          | 3.1         | 3.1         | 3.1           | 3.1      | 3.1       | 3.1          | 3.1        | 3.1         | 3.1         |

Legenda: F: Fonte; na: não aplicável; nd: não disponível; US: unidades sanitárias; Hospitais; HM: hospitais municipais; CS: centros saúde; PS: postos de saúde; PIB: Produto Interno Bruto

OGE: Orçamento Geral do Estado; AOA: kuanzas; USD: dólares americanos; pq: pessoal qualificado; TMM5: taxa de mortalidade de menores de 5 anos; TMNN: taxa de mortalidade neonatal; TMI: taxa de mortalidade infantil; RMM: rácio de mortalidade materna; Eo: esperança de vida a nascença

As fontes referidas estão listadas no Anexo 2.

| ANEXO-2 Referências do ANEXO 1                                                                                                                                               |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| A1a – Referência nº 18 da lista de referências.                                                                                                                              |  |
| A1b – Serviços Saúde Assistência Angola, Síntese actividades 1972, Luanda. RPT, Estado Angola. 1972.                                                                         |  |
| A2 – Disponível em: <a href="https://www.worldometers.info/world-population/angola-population/">https://www.worldometers.info/world-population/angola-population/</a>        |  |
| A3 – Referência nº 18 da lista de referências. B/49.                                                                                                                         |  |
| A4 – I NE- Instituto Nacional Estatística, Boletim Estatísticas Sociais-2005-2008. Luanda. Angola, 2010.                                                                     |  |
| A5 – Rep. Angola, Gabinete Representante da OMS: Saúde em Angola-1993. Luanda. Junho 1994.                                                                                   |  |
| A6 – Referência nº 58 da lista de referências.                                                                                                                               |  |
| A7 – Referência nº 2 da lista de referências.                                                                                                                                |  |
| A8 – Referência nº 19 da lista de referências.                                                                                                                               |  |
| A9 – Referência nº 40 da lista de referências.                                                                                                                               |  |
| A10 – Referência nº 56 da lista de referências.                                                                                                                              |  |
| A11 – Referência nº 57 da lista de referências.                                                                                                                              |  |
| A12 – Referência nº 22 da lista de referências.                                                                                                                              |  |
| A13 – INE/Ministério do Planeamento. Inquérito Integrado sobre Bem-Estar da População/IBEP. Relatório Analítico. VOL.I. Relatório de Tabelas. VOL. II. Luanda, Angola, 2011. |  |
| A14 – Referência nº 11 da lista de referências.                                                                                                                              |  |
| A15 – Referência nº 21 da lista de referências.                                                                                                                              |  |
| A16 – UNICEF. Análise sobre Orçamento Geral do Estado 2024. Saúde e Nutrição no OGE, 2024.                                                                                   |  |
| A17 – RPAngola.Ministério Saúde-Avaliação das Estratégias de Saúde Para Todos no Ano 2000 na República Popular de Angola no período 1980-1984. Luanda. Fevereiro 1985.       |  |
| A18 – WHO/WB -Tracking Universal Health Coverage/2021 Global Monitoring Report.                                                                                              |  |
| A19 – INE, Projecção da População para o Período 2009-2025. Luanda. Fevereiro 2012.                                                                                          |  |
| A20 – WHO/iAHO /Integrated African Health Observatory-GPW13 Country Profile. Angola. May 2023.                                                                               |  |
| A21 – INE, Anuário Estatísticas Sociais de 2015-2019. Luanda. 2022.                                                                                                          |  |
| A22 – INE, Anuário Estatísticas Sanitárias 2019-2020. Luanda. Fevereiro 2024.                                                                                                |  |
| A23 – INE, Anuário Estatísticas Sociais. Dados 2011. Luanda, 2013.                                                                                                           |  |
| A24 – Angola. Ministério Planeamento. Plano Nacional de Desenvolvimento 2013-2017.                                                                                           |  |
| A25 – INE/UNICEF. MICS - Inquérito de Indicadores Múltiplos. Angola, 1997.                                                                                                   |  |
| A26 – R Popular Angola.Ministério Saúde. Dados Estatísticos de Base-1989. Luanda, Agosto de 1990.                                                                            |  |
| A27 – Angola: WHO/UNICEF estimates of immunization coverage: 2022 revision.                                                                                                  |  |