



**REPÚBLICA DE ANGOLA  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
GABINETE DE ESTUDOS, PLANEAMENTO E ESTATÍSTICA**

**PLANO ESTRATEGICO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO  
SANITÁRIA (PESIS) 2011-2015**

**Terceiro Rascunho**

**Luanda, Maio 2011**

**Apoio:**



**World Health  
Organization**

**Organização Mundial da Saúde**



**União Europeia**

# PLANO ESTRATÉGICO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA NACIONAL (PESIS) 2011-2015

## **Comissão para elaboração:**

Sr. Disimwa Kiavewa: (GEPE/DE)

Dr. Ndombele Ntete Emanuel(GEPE/DEP)

Sr. André Gongá (DNSP/Dep. Higiene e Epidemiologia)

## **Revisores:**

Dr. Bruno Piotti (Consultor da RMS/OMS)

Dr. João Belarmino (Chefe do Departamento, GEPE/DE)

REPÚBLICA DE ANGOLA, MINSA, GEPE  
Luanda, Maio 2011

## Índice

Agradecimentos	p. III
Acrónimos e Abreviaturas	p. IV
Sumario Executivo	p. 1
<b>1. Antecedentes</b>	p. 5
1.1. Avaliações anteriores	p.6
1.2. Avaliação do estado actual	p.6
1.3. Apoio externo e Projectos em curso	p.9
1.4. Prioridades do INE	p. 12
1.5. Prioridades do Sector de Saúde	p. 13
<b>2. Visão e Princípios</b>	p. 17
<b>3. Objectivos e Estratégias</b>	p. 18
3.1. Descrição	p. 18
3.2. Tabela de Resumo	p. 24
<b>4. Recursos e fases para Reforço</b>	p. 29
4.1. Plano de implementação e desafios	p. 29
4.2. Fases de implementação	p. 30
4.3. Coordenação e gestão	p. 37
4.4. Orçamento e custos	p. 39
4.5. Monitoria e Avaliação	p. 42
<b>5. Anexos</b>	p. 47
A.1. Membros de Equipa Nuclear	p. 48
A.2. Análise Sumaria da Avaliação	p. 49
A.3. Lista dos Problemas e Prioridades	p. 53
A.4. Lista nominal dos participantes Seminário	p. 59
A.5. Lista dos Projectos em curso	p. 61
A.6. Sistema Nacional de Monitoria e Avaliação	p. 63
A.7. Lista dos formulários em uso	p. 64
A.8. Plano de Implementação, Exemplos	p. 74
<b>6. Referencias</b>	p. 80

## Agradecimentos

O Plano Estratégico do SIS nacional (PE SIS, 2011-2015) marca o fim do caminho, iniciado com a Avaliação abrangente do SIS de Angola em 2009. O Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística (GEPE) e o seu Director Daniel António agradecem todos os apoios institucionais de órgãos do Ministério da Saúde (numerosos Programas da DNSP e Instituto Nacional de Luta Contra o VIH/SIDA, Hospital Central Josina Machel, Direcções Provinciais de Saúde de Luanda, Huambo, Kwanza Sul, Uige e Lunda Norte e do Instituto Nacional de Saúde Pública. Agradecemos especialmente o apoio recebido pelo Instituto Nacional de Estatística, o Estado Maior das FAA e Hospital Militar, Ministério de Administração do Território, Ministério das Finanças, Ministério da Justiça, Agencias das Nações Unidas (UNICEF, FNUAP, UNAIDS, PNUD, Banco Mundial), parceiros de ajuda como a União Europeia, USAID e outros, organizações da sociedade civil como a Ordem dos Médicos, a Associação dos Enfermeiros e pessoas singulares. A todos, os nossos agradecimentos, pelo apoio prestado a *Equipa Nuclear* que se deslocou as províncias seleccionadas para avaliação do Sistema de Informação Sanitária (SIS) e as equipas de facilitadores que com a sua dedicação conseguiram orientar e levar ao sucesso os grupos de trabalho nos vários seminários e eventos nacionais. Agradecimento especial para a União Europeia que apoiou e financiou o processo e para a OMS e o seu Representante Dr. Rui Gama Vaz e para os seus técnicos Dr. Seydou Coulibaly e Dr. Munzala Ngola e o consultor Dr. Bruno Piotti, pelo empenho, dedicação e participação activa ao longo de todo o processo de avaliação e de planificação do SIS.

## **Acrónimos e Abreviaturas**

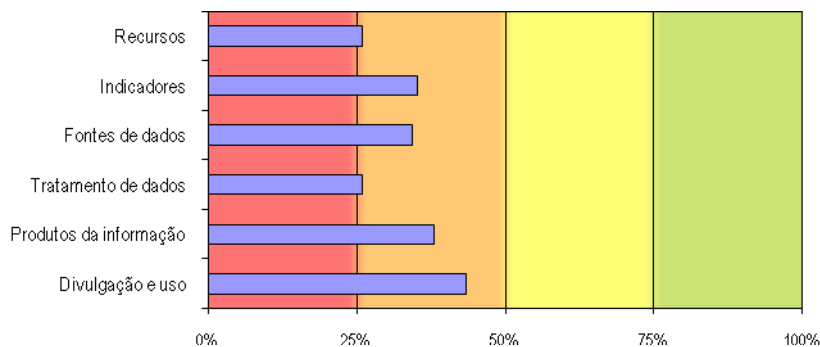
<b>AADS</b>	Alta Autoridade para o Desenvolvimento Sanitário
<b>AS</b>	Análise da Situação
<b>AIDI</b>	Assistência Integrada as Doenças da Infância
<b>CNDS</b>	Comissão Nacional de Desenvolvimento Sanitário
<b>CNS</b>	Contas Nacionais de Saúde
<b>CPMM</b>	Comissão de Prevenção de Mortes Maternas
<b>CPS</b>	Cuidados Primários de Saúde
<b>DDA</b>	Doenças Diarreicas Agudas
<b>DNRH</b>	Direcção Nacional dos Recursos Humanos
<b>DPS</b>	Direcção Provincial de Saúde
<b>DOTS</b>	Directly Observed Treatment Short Course (Tratamento de Esquema Curto Directamente Observado) da Tuberculose
<b>DRA</b>	Doenças Respiratórias Agudas
<b>EIRP</b>	Estratégia Interina de Redução da Pobreza
<b>ETPS</b>	Escola Técnica Profissional de Saúde
<b>FAA</b>	Forças Armadas de Angola
<b>FNM</b>	Formulário Nacional de Medicamentos Essenciais
<b>GEPE</b>	Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística
<b>GEPE/DE</b>	GEPE/ Departamento de Estatística
<b>GMP</b>	Boas Práticas de Fabricação – Good Manufacturing Practices
<b>GT</b>	Guia Terapêutica
<b>IMS</b>	Instituto Médio de Saúde
<b>HAMSET</b>	Projecto do Banco Mundial para VIH/SIDA, Tuberculose e Malária
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatísticas do Ministério de Planeamento
<b>ISE</b>	Instituto Superior de Enfermagem da Universidade Agostinho Neto
<b>ITS</b>	Infecções de Transmissão Sexual
<b>LNME</b>	Lista Nacional de Medicamentos Essenciais
<b>MAPESS</b>	Ministério da Administração Pública Emprego e Segurança Social
<b>MICS</b>	Multiple Indicators Cluster Survey (Inquérito de indicadores múltiplos)
<b>MINFIN</b>	Ministério das Finanças
<b>MINSA</b>	Ministério da Saúde
<b>NEPAD</b>	Nova Parceria para o Desenvolvimento de África
<b>ODM</b>	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
<b>OGE</b>	Orçamento Geral do Estado
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OMS/AFRO</b>	Escritório Regional da OMS para África

<b>PASS</b>	Projecto de Apoio ao Sector de Saúde - UE
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>PNDS</b>	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
<b>PPDS</b>	Plano Provincial de Desenvolvimento Sanitário
<b>PMCRHC</b>	Programa de Melhoria da Capacidade de Resposta dos Hospitais Nacionais
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>PNF</b>	Política Nacional Farmacêutica
<b>PNS</b>	Política Nacional de Saúde
<b>PSP_E</b>	Programa de Saúde Pós Emergência - EU
<b>RHS</b>	Recursos Humanos em Saúde
<b>RMS</b>	Rede de Metrologia de Saúde (Health Metrics Network)
<b>SADC</b>	Comunidade de África Austral para o Desenvolvimento
<b>SARS</b>	Síndrome Respiratória Aguda Grave (Severe Acute Respiratory Syndrome)
<b>SIDA</b>	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
<b>SIGFE</b>	Sistema Integrado de Gestão Financeira do Estado
<b>SINGERH</b>	Sistema Integrado Nacional de Gestão de Recursos Humanos
<b>SIS</b>	Sistema de Informação em Saúde
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Saúde (engloba sector público, privado e tradicional)
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde (engloba órgãos e US do sector público)
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>TDT</b>	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
<b>THA</b>	Tripanossomíase Humana Africana ou doença do sono
<b>UA</b>	União Africana
<b>UAN</b>	Universidade Agostinho Neto
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para Infância
<b>URM</b>	Uso Racional dos Medicamentos
<b>USD</b>	Dólar dos Estados Unidos de América
<b>VIH</b>	Vírus de Imunodeficiência Humana

## Sumário Executivo

Este documento representa a conclusão dum itinerário de encontros, reuniões e oficinas de trabalhos começado em finais de 2009, quando o Ministério da Saúde (MINSa) de Angola pediu o suporte da Organização Mundial da Saúde (OMS) para analisar a situação do SIS nacional e planificar o seu reforço. O Plano Estratégico do SIS (PE SIS, 2011-2015) representa o produto final da Fase II, num processo em 3 fases que a metodologia da Rede de Metrologia de Saúde (RMS), OMS <sup>1</sup> recomenda aplicar. Na Fase I, que é a fase de apoderamento ou apropriação e de *leadership* sobre o processo por parte do principal actor, o GEPE, Departamento de Estatística do MINSa e dos outros intervenientes, foi constituída a Equipa Nuclear (ver **Anexo 1**), foi avaliada a situação do SIS em duas DPS (Kwanza Sul e Huambo) e ao nível nacional em dois Seminários (Dezembro de 2009 e Março de 2010, em Luanda). Pontuadas as perguntas e descritas as insuficiências mais graves, os resultados foram amplamente validados e discutidos com os responsáveis e peritos das áreas relativas. Depois de identificados os pontos fracos e os pontos de fortes do SIS na planificação e gestão dos recursos, nos programas e nos serviços prestados por MINSa, FAA e MININT, foi produzido um *Relatório da Avaliação, versão final* <sup>2</sup>, disseminado em Junho 2010. O Gráfico Geral apresenta o sumário:

### Gráfico Geral das 6 Categorias/Componentes do SIS de Angola



Os pontos fortes são limitados, as fraquezas são espalhadas em todas as 6 componentes do SIS, para mais detalhes consulte o **Anexo 2** que contem a Análise sumária dos resultados do *Relatório*. No Gráfico pode-se observar como nenhuma pontuação atribuída pelos participantes que responderam ao questionário padrão consegue alcançar um valor igual ou superior ao 50% dos marcos disponíveis e o quadro de conjunto da situação é o seguinte: duma forma geral o SIS de Angola necessita de urgentes medidas de reforço e melhoria para poder funcionar eficiente e eficazmente; o sistema apresenta insuficiências importantes que dificultam a implementação da monitoria e da avaliação dos resultados de planos e programas, a apreciação da qualidade dos serviços, a oferta e a gestão dos cuidados preventivos, diagnósticos, curativos e reabilitativos e a monitoria do desempenho dos profissionais, consoante os parâmetros e padrões internacionais.

Com base nos resultados foram detectados 68 problemas que estão na origem das lacunas encontradas e foram atribuídas prioridades a cada um deles aplicando 4 critérios secundo uma escala de 1 à 3, ver **Anexo 3**. A partir dos problemas do SIS, os participantes ao Seminário Nacional de Junho 2010, ver **Anexo 4**, confrontaram-se com os problemas principais que o

Serviço Nacional de Saúde está a viver e com as intervenções estratégicas e as prioridades indicadas nos documentos de política e do programa do Governo, tais como: a *Política Nacional de Saúde* <sup>3</sup>, a *Revitalização do Sistema de Saúde a nível Municipal* <sup>4</sup>, o *Plano de Desenvolvimento Económico e Social de Médio Prazo (PDMP 2009-2013)* <sup>5</sup>. Por exemplo o documento da Política (aprovado em Agosto 2010) indica 5 prioridades:

- ❖ Redução da mortalidade materna e infantil
- ❖ Controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis
- ❖ Adequação dos recursos humanos e tecnologias de saúde
- ❖ Asseguramento de um financiamento sustentável
- ❖ Gestão eficiente dos recursos do sistema de saúde.

O papel do SIS no reforço do SNS é indicado desta forma:

*“As decisões no processo de gestão do Sistema de Saúde devem estar baseadas em dados factuais. O sistema de informação sanitária (SIS) deve ser fortalecido para disponibilizar a informação sanitária de rotina necessária à tomada de decisões atempadas a todos os níveis do sistema de saúde.”*

Os participantes ao Seminário de Junho, tendo em conta as prioridades que o INE, enquanto órgão principal do Sistema Estatístico Nacional, assiste aos órgãos delegados no qual o MINSA, elaboraram o primeiro esboço dos Objectivos Gerais, Objectivos Específicos e Intervenções para ultrapassar as insuficiências e reforçar o SIS numa forma abrangente, intersectorial e visando a construção dum SIS nacional, sólido e eficaz, que inclui o Sistema Nacional de Saúde no seu conjunto: sector público, privado e tradicional. A partir deste primeiro rascunho a Equipa Nuclear e os facilitadores do Seminário afinaram a **Visão**:

*“O Plano Estratégico do Sistema de Informação Sanitária de Angola visa ser a principal referência estatística do sector da saúde e consequentemente contribuir para a gestão dos serviços de saúde, a todos os níveis, e promover uma melhor assistência médico-sanitária e o bem-estar dos angolanos, produzindo uma informação fiável, completa, atempada, e útil para todos os intervenientes do Sistema Nacional de Saúde.”*

Os membros da Equipa Nuclear compararam os resultados desta última avaliação com as outras avaliações nos anos 90'. Os aspectos positivos deste exercício foram o **alto grau de participação activa no processo** e a **verificação e validação ampla dos marcos atribuídos** às diferentes componentes e funções do SIS. Doutra lado, este Plano não é o único exemplo de tentativa de apoio ao SIS por parte do Governo e da ajuda externa da última década. No Capítulo dos Antecedentes, o presente documento, descreve os conteúdos sumarizados das avaliações anteriores, assim como dá conta dos projectos de suporte ao SIS que são em curso ou que foram iniciados e depois ficaram parados, ver o **Anexo 5**. É importante não deixar cair os resultados e as lições do passado e tentar aproveitar os aspectos positivos sem cada vez “reinventar a roda”.

Todos os Objectivos Específicos (17) e todas as Intervenções (56) do Plano Estratégico do Sistema de Informação Sanitária (PE SIS), 2011-2015, são enquadrados em **4 Objectivos Gerais**:

- I. Alcançar um SIS nacional eficaz e eficiente alinhado aos padrões internacionais, com legislação actualizada e funcionando com base no profissionalismo do pessoal da saúde, envolvimento das autoridades, utentes dos serviços e do público em geral.
- II. Garantir um SIS nacional integrado que congregue informação das diferentes fontes e subsistemas e que sirva para o processo de tomada de decisão informada de políticos, planeadores, gestores sanitários, clínicos e para a M&A do sector da saúde.



- III. Garantir um SIS nacional coordenado, com padronização dos instrumentos e descentralização até os municípios das actividades de todos os subsistemas de saúde e com vista a obtenção de informação mais completa, oportuna e fidedigna.
- IV. Garantir um SIS nacional que congregue a informação sobre a disponibilidade, distribuição e utilização dos recursos com a informação da cobertura e do desempenho para uma gestão dos serviços de saúde mais eficiente e eficaz à todos os níveis.

(Para uma melhor apreciação ver a **Tabela de Resumo**, no Capítulo de Objectivos e Estratégias).

Neste Sumário Executivo não é possível apresentar todas as estratégias previstas para alcançar estes objectivos, nem discutir as motivações que justificam as actividades. **A melhoria da função reguladora e de orientação do MINSA na prestação de Serviços do Serviço Nacional de Saúde no seu todo depende na melhoria da informação e na melhoria da tomada de decisão baseada em dados factuais**, como recomenda a Política Nacional de Saúde recentemente aprovada (Agosto 2010).

Podemos somente mencionar que será importante dar visibilidade às mudanças legislativas e organizacionais, produzindo uma forma melhorada e regular os instrumentos fundamentais de divulgação da informação que mais fazem falta aos decisores políticos e aos gestores do SNS, tais quais o **Boletim Estatístico Anual**, e os **Perfis estatísticos provinciais**. Adicionando mais variáveis e com uma melhor apresentação de indicadores e tabelas, as publicações anuais podem finalmente começar a satisfazer a demanda de informação de saúde. É também crucial disponibilizar dados estatísticos e informação de saúde ao público e aos funcionários e técnicos no **portal do MINSA e do Governo**, que por enquanto contém Notícias sobre eventos, mas não informação desagregada sobre serviços, doenças e mortalidade.

Será importante também melhorar os mecanismos da **coordenação** interna do Sistema Estatístico Nacional e a troca regular de dados em diferentes vertentes:

- no âmbito do MINSA entre o GEPE e os mais diversos órgãos do Ministério;
- para com os outros Ministérios;
- para com todos os intervenientes do sector privado e os parceiros, de forma a que todos possam participar como actores indispensáveis do bom processamento e do uso habitual dos dados estatísticos;
- entre o INE e o MINSA para permitir a liderança do processo de produção e divulgação da informação no âmbito do Sistema Nacional de Saúde.

É essencial também lançar um amplo plano de **capacitação e de desenvolvimento de recursos humanos** qualificados e dedicados ao SIS. Duma forma inovadora e também ambiciosa, o MINSA e os outros intervenientes devem investir em quadros estatísticos adicionais, especializados e de nível superior e médio ao nível central e nos hospitais nacionais, de nível superior médio nas DPS e pelo menos de nível médio nas Secções de saúde municipais. A capacidade do pessoal do MINSA e dos Subsistemas do sector público deve ser sistematicamente ampliada através dum plano de desenvolvimento do pessoal, para gerar de forma sustentada a informação. Ao mesmo tempo precisa apontar na promoção de profissionalismo e qualidade do processamento dos dados com uma visão de médio e longo prazo.

Os Objectivos e as Intervenções Estratégicas foram desenvolvidos conjuntamente com as Actividades. Um **Plano de Implementação** acompanhou desde o Seminário Nacional de Junho o

primeiro esboço e as elaborações seguintes. Para dar mais peso aos aspectos práticos da futura execução, foram elaboradas, desde o início:

- Uma folha electrónica que descreve os seguintes parâmetros: **os produtos/resultados da actividade esperados, o prazo da implementação, as entidades responsáveis pela actuação, os recursos necessários**, consoante as recomendações do Guião da RMS (HMN) <sup>6</sup>. O ficheiro separado tem o título de *Angola PE SIS, Plano de Implementação*;
- Outras folhas electrónicas, com o título *Angola PE SIS, Plano de Implementação, com custos*, são disponíveis como segundo ficheiro separado que contém os detalhes dos cálculos de custo do Plano.

Tendo em conta a própria natureza abrangente e intersectorial do PE SIS, para garantir o seu sucesso é necessário que os decisores políticos tenham uma atenção e uma supervisão constantes e assegurem o seu suporte político ao longo de toda a execução. Os objectivos e as respectivas actividades são intersectoriais e cobrem um leque muito grande de componentes do sector, de programas de saúde, de serviços e de funções, o que rende complexa também a gestão e a coordenação técnica dos recursos a ser utilizados. Portanto, queremos aqui apontar alguns dos desafios que o Governo, o MINSA, as FAA, o MININT, e as instituições privadas da saúde podem enfrentar:

1. A gestão temporizada e sequencial da implementação das intervenções;
2. A coordenação política e técnica eficaz das intervenções;
3. Uma visão holística dos níveis de execução: da comunidade e dos municípios até aos Ministérios;
4. A integração progressiva dos dados e a sua aceitação por parte de todos os intervenientes.

O primeiro desafio origina da necessidade de alinhar e harmonizar os recursos segundo uma sequência temporal. Algumas actividades devem ser efectuadas obrigatoriamente antes de outras, porque representam a pré-condição para poder actuar as mudanças previstas no desenvolvimento, como mostra a Tabela do **Cronograma de Implementação**, que está concebida para sugerir uma ordem sequencial (ver o numero da primeira coluna) das intervenções.

O montante necessário a financiar o total das Intervenções e Actividades do PE SIS, 2011-2015 angolanos é de **771,341,190 KZS, equivalentes à cerca 8,3 milhões de USD**. A *Tabela dos Custos por Objectivo* ilustra o montante por cada Objectivo Especifico. Os valores de custo são montantes aproximados, calculados com os preços de referencia do ano 2010. Na altura da concreta execução das actividades, os valores deverão ser recalculados e reajustados consoante as mudanças ocorridas. Os detalhes são listados na Folha de preços e na Folha explicativa do ficheiro separado contido em *Angola PE SIS, 2011-2015, Plano de Implementação, com custos*. A maioria das intervenções e relativas actividades desenvolvem-se **sobre uma escala nacional**, quer dizer que não são limitadas aos serviços em Luanda, mas estendem-se às Províncias e envolvem as US e os serviços dos Municípios, aplicando a abordagem do Fórum de Agosto 2010 e da revitalização dos sérvios periféricos e a participação da comunidade. Obviamente os custos das actividades são calculados tendo em conta esta cobertura nacional, quer dizer que todos os Municípios e Províncias são incluídos. Em alguns casos, por exemplo a capacitação do pessoal e a disseminação de novos instrumentos, são planificadas também para o pessoal das US da FAA e MININT e do sector privado lucrativo e não. Em que percentagem as instituições atingidas pelas actividades comuns deverão contribuir ao financiamento e aos custos gerais do Plano, fica como um capítulo importante da gestão coordenada do presente PE.

## 1. Antecedentes

Este documento representa a conclusão dum itinerário de encontros, reuniões e oficinas de trabalhos começado no fim do 2009, quando o Ministério da Saúde (MINSa) de Angola pediu o suporte da Organização Mundial da Saúde (OMS) para analisar a situação do SIS nacional e planificar o seu reforço no âmbito da sua adesão a Declaração de Ouagadougou (2008) sobre os cuidados de saúde primários, no âmbito do reforço dos sistemas de saúde no Continente Africano e no contexto da reforma do Sistema de Saúde de Angola <sup>7</sup>, do movimento de *Revitalização do Sistema de Saúde a nível Municipal* <sup>4</sup> e do debate para a *Política Nacional de Saúde* <sup>3</sup> aprovada, na sua versão final, em Agosto 2010.

A análise da situação actual SIS e a sua revisão foram levadas a cabo respeitando os cinco princípios que são contidos no documento programático da Rede de Metrologia de Saúde (RMS), OMS <sup>1</sup> entre os quais aqui mencionamos os seguintes:

- Construir a liderança e o apoderamento sobre o processo de revisão e reforço do SIS a partir duma ampla base de consenso e envolvimento entre as partes interessadas, diferentes provedores de serviços e sectores sócio - económicos, incluindo gestores do topo, doadores e peritos de todos os sectores;
- Promover uma abordagem gradual e crescente rumo a uma visão de longo prazo, através dum plano sustentável e integrado a médio e longo prazo e dum plano operacional com responsabilidades partilhadas entre todos os actores do Sistema Nacional de Saúde.

O presente documento do Plano Estratégico do SIS (PE SIS, 2011-2015) representa o produto final da Fase II, num processo em 3 fases que a metodologia da RMS recomenda a todos os 83 Países (até Fevereiro 2010) que, nos vários continentes, aplicaram ou entendem aplicar esta metodologia, onde:

- A Fase I consiste no apoderamento da liderança nacional sobre o processo, no reforço da coordenação entre os diferentes actores envolvidos no sector da saúde com a constituição da **Equipa Nuclear** que organiza e prepara as várias etapas do processo, a partir de Novembro 2009, ver **Anexo 1**. Neste roteiro participaram activamente a volta dos técnicos do GEPE, os representantes dos Órgãos do MINSa, do Instituto Nacional de Estatística (INE) dos Serviços culminou nos resultados da Avaliação abrangente do SIS de Dezembro 2009 e no *Relatório da Avaliação, versão final* <sup>2</sup>, disseminado em Junho 2010.
- A Fase II consiste na validação dos resultados da avaliação actual e das anteriores por parte da Equipa Nuclear e dum painel de peritos pertencentes as diferentes componentes do SIS dentro e fora do MINSa, na elaboração dos problemas principais do SIS a luz das prioridades do Sistema Nacional de Saúde, levada a cabo durante a Oficina Nacional de Trabalho de Março 2010, e na elaboração do primeiro esboço dos Objectivos Gerais, Objectivos Específicos e das principais Intervenções para o reforço do SIS nos próximos cinco anos, levada a cabo na Oficina Nacional de Trabalho de Junho 2010, hospedada pelo Instituto Nacional de Saúde Publica em Luanda.
- Este PE SIS, prepara a Fase III que consiste na implementação das actividades de fortalecimento do SIS nacional e multi-sectorial, aplicando alguns critérios orientadores, quais a integração progressiva das fontes de dados relativos a saúde num único repositório nacional, a padronização dos procedimentos de recolha, análise e interpretação dos dados consoante parâmetros internacionais, um progressivo profissionalismo do pessoal estatístico contratado e operativo nos serviços, a produção

de relatórios que forneçam uma informação atempada, completa e de qualidade e uma base sólida de evidencia para a tomada de decisão dos diferentes actores e aos vários níveis do Sistema de Saúde.

### 1.1. Avaliações anteriores

Ao longo das ultimas décadas houve sempre uma preocupação por parte dos dirigentes do MINSA e dos outros intervenientes e parceiros a cerca do desempenho não satisfatório do SIS. A começar do **ano 1989**, durante o exercício de avaliação das estratégias de *“Saúde para todos no ano 2000”*, conduzido pelo consultores da OMS, durante o período de guerra, houve uma componente do *Relatório final*<sup>8</sup> dedicada ao SIS que realçava:

- *Ausência de um sistema coordenado de estatísticas vitais, particularmente da mortalidade*
- *Insuficiência de dados demográficos*
- *Limitada cobertura do Sistema de Informação de Estatísticas Sanitárias contínuas*

Uma segunda avaliação realizada no **ano 1998**, foi levada a cabo no âmbito do “Health Transition Project - HTP”, patrocinado pela DFID e pela OMS, durante um período de paz temporária, e desenvolveu-se nas US de Luanda e com o levantamento de numero muito amplo de documentos, relatórios e modelos estatísticos. As recomendações finais<sup>9</sup>, subdivididas em 4 Fases, realçavam a necessidade de:

- *Rever e completar o quadro legislativo dos SIS,*
- *Integrar os fluxos demais verticalizados de dados dentro do MINSA,*
- *Capacitar duma forma ampla o pessoal aos níveis municipal, provincial e central,*
- *Produzir uma lista mínima de indicadores nacionais,*
- *Revitalizar o Registo Civil, e a codificação segundo a CID da OMS,*
- *Revisar e uniformizar os instrumentos de recolha, processamento, analise e divulgação dos dados,*
- *Promover a informatização e a melhoria da TIC dentro do MINSA.*

### 1.2. Avaliação do estado actual do SIS e as suas etapas

Esta ultima avaliação levada a cabo em 2009 apresenta alguns aspectos que vale a pena salientar, para a análise detalhada dos resultados é invés mais útil consultar o *Relatório de Avaliação do SIS, versão final*<sup>2</sup>.

Como já foi dito, o exercício foi levado a cabo aplicando o roteiro sugerido pelo Guião da Rede de Metrologia de Saúde (RMS)<sup>10</sup>, que foi apresentado pelo consultor da OMS, Dr. Bruno Piotti, em Novembro 2009, quando foram planificadas as primeiras actividades da Equipa Nuclear. O aspecto mais significativo da avaliação actual é o **grau de participação activa no processo obtido** por parte da maioria dos actores do sector da saúde. Pela primeira vez no país foi possível reunir os mais diferentes intervenientes do sector público e alguns do sector privado, todos interessados a melhorar a produção, o processamento, a divulgação e o uso da informação ligada a saúde. Foi possível também recolher as opiniões diversas, debater e construir consenso a volta das pontuações sobre um amplo espectro de funções do SIS. Passando através 4 etapas a avaliação foi apreciando as opiniões e as observações de técnicos da saúde em **duas DPS**, de Kwanza Sul e de Huambo, e num **Seminário Nacional de Avaliação** (de 7 até 9 de Dezembro de 2009, sala do Hospital Nacional Josina Machel), em Luanda com a presença de cerca de 80 pessoas. A evento contou com a presença de

- Representantes dos órgãos do MINSA, como GEPE, DNSP, DNME, DNRH, INLS, Maternidade Lucrecia Paim, Hospital Josina Machel, Centro Nacional de Oncologia ao nível central,
- Representantes de 5 Direcções Provinciais de Saúde (Huambo, Huila, Luanda, Lunda Norte, e Uíge),
- Representantes de outros Ministérios como o do Planeamento, Instituto Nacional de Estatística (INE), o da Defesa, Estado Maior das Forças Armadas (FAA) Direcção dos Serviços de Saúde, dos Serviços de Saúde do Ministério do Interior, representante das Finanças, e da Administração do Território.
- Agencias das Nações Unidas (OMS, UNICEF e ONUSIDA, PNUD) e Banco Mundial e projecto HAMSET, e parceiros como o representante da Delegação da União Europeia e o representante da USAID.

Cinco (5) grupos de trabalho foram criados para poder subdividir as perguntas consoante as diferentes competências, locais de trabalho e diferentes sectores de origem, todos os participantes responderam pelo menos a uma amostra significativa das 197 perguntas totais do questionário. Os **resultados sumários** são aqui reproduzidos, pode-se consultar a análise sumaria ao **Anexo 2** do presente documento.

<b>I. Recursos do SIS</b>	<b>26%</b>
Política e planificação	23%
Instituições, recursos humanos e financiamento SIS	25%
Infra-estrutura do SIS	33%
<b>II. Indicadores</b>	<b>35%</b>
<b>III. Fontes de dados</b>	<b>34%</b>
Censo	11%
Estatísticas vitais	16%
Inquéritos baseados nas populações	62%
Registos sobre saúde e doenças	43%
Registos dos serviços de saúde	35%
Registos dos recursos	39%
<b>IV. Tratamento dos Dados</b>	<b>26%</b>
<b>V. Produtos da Informação</b>	<b>39%</b>
<b>VI. Divulgação e Uso</b>	<b>44%</b>

Para uma análise mais detalhada do nível nacional e para os resultados da avaliação das duas províncias de **Kuanza Sul**, e **Huambo** podem ser consultados respectivamente o **Capítulo 4 do Relatório de Avaliação do SIS, versão final e os seus Anexos**. Os detalhes de cada resposta e marco atribuído as 197 perguntas do Questionário padrão da RMS são disponíveis no ficheiro “spreadsheet” que foi validado durante o Seminário de Março 2010, disseminado entre os participantes às oficinas de trabalho e que pode ser consultado no GEPE-DE e na OMS de Luanda, no sitio da OMS/RMS e será disponível futuramente no sitio internet do MINSA.

O segundo aspecto distintivo da avaliação presente foi que os **marcos atribuídos** as diferentes componentes e funções do SIS **foram amplamente e cuidadosamente verificados e validados** por peritos das respectivas áreas durante o mês de Março 2010. O pessoal, que trabalhava ou era responsável especificamente na área coberta pela pergunta, devia confirmar, corrigir ou ajustar as

respostas dos grupos de trabalho de Dezembro 2009 para alcançar marcos o mais possível realísticos e precisos.

Sobre o total de 197 perguntas que entendiam explorar as funções e as actividades do SIS nacional, as pontuações inferiores a 50%, quer dizer os aspectos “não satisfatórios” e com lacunas, foram 133. Somente a componente “Inquéritos baseados sobre a população” recebeu marcos “satisfatórios” (62%), todas as outras componentes (6 categorias e 12 subcategorias) receberam marcos inferiores ao 50%. Ver o **Anexo 2** para comparar com o padrão de interpretação dos marcos e das medias em percentagem.

O quadro de conjunto da situação é o seguinte: duma forma geral o SIS de Angola necessita de urgentes medidas de reforço e melhoria para poder funcionar eficiente e eficazmente, o sistema apresenta insuficiências importantes que dificultam a implementação da monitoria e da avaliação dos resultados de planos e programas, a apreciação da qualidade dos serviços, a oferta e a gestão dos cuidados preventivos, diagnósticos, curativos e reabilitativos e a monitoria do desempenho dos profissionais, consoante os parâmetros e padrões internacionais.

Os **pontos fortes do SIS** de Angola são limitados.

O INE desenvolveu uma grande actividade nestes últimos anos. A legislação que rege as suas funções é também ampla. Esta cobre a Lei de Base do Sistema de Estatístico Nacional (1996)<sup>11</sup>, os Decretos do Conselho dos Ministros (2000)<sup>12</sup> que regulamentam a lei de Base e o Estatuto orgânico do INE, até o Decreto do Ministério do Planeamento sempre do ano 2000<sup>13</sup>. Os grandes **inquéritos nacionais**, por exemplos **MICS**<sup>14</sup>, **QUIBB**<sup>15</sup>, **IBEP**<sup>16</sup> receberam uma pontuação de 62%, que significa que eles funcionam numa forma adequada, forneceram no passado e continuam agora a fornecer dados sobre indicadores cruciais para a política de saúde.

Também algumas componentes do SIS, como os **registos sobre as doenças principais** (VIH/SIDA<sup>17</sup>, TB, Malária) e os relativos indicadores, assim como a **vigilância** sobre as doenças potencialmente epidémicas e os Relatórios mensais e Boletim Epidemiológico Anual<sup>18</sup>, receberam pontuações em cima de 50% o que se considera “adequado”. A partir destes pontos de força pode se construir o reforço do SIS.

Os **pontos fracos** do SIS estão presentes na esmagadora maioria das componentes do sistema. Por exemplo, analisando o conjunto das pontuações de cada grande categoria, todas as seis são em baixo do mínimo e são “não adequadas”. Indo para uma análise mais profunda, analisando as subcategorias e cada uma das perguntas, começam a aparecer algumas das causas que originam as insuficiências. Algumas das lacunas são aqui ilustradas a título de exemplo.

Nos **Recursos dedicados ao SIS**:

- O quadro legislativo, a coordenação e a orientação política, as regras e os procedimentos não são actualizados;
- Não houve investimentos na formação adequada de pessoal estatístico a partir das unidades sanitárias até o nível central, e não houve um plano de desenvolvimento dos RH dedicados ao SIS;

Nos instrumentos do SIS, a partir dos formulários para chegar a **Lista Nacional dos Indicadores essenciais** não foram desenhados para cobrir a totalidade do território e todos os subsistemas de saúde. Portanto há muita fragmentação e duplicação de instrumentos e de meios de suporte que constituem fluxos paralelos que não falam uns com outros.

Falta de momento a capacidade humana, os meios informatizados e a orientação clara para coordenar e integrar a informação necessária a um Boletim Estatístico Anual completo do MINSA e tão pouco do Serviço Público no seu conjunto ou do País inteiro.

Não houve uma abordagem forte, ampla e coordenada para uniformizar procedimentos, instrumentos e objectivos de **capacitação e de formação do pessoal** com as FAA, o Ministério do Interior e com o sector privado. Os dados sobre a cobertura dos serviços não tem abrangência nacional adequada. A insuficiência grave dos **dados sobre a mortalidade e as suas causas** é um sinal para uma acção conjunta com o Registo Civil e uma acção rápida deveria visar obter denominadores de população provisórios, no entretanto que as projecções do Censo geral poderão ajudar somente depois de 2014.

Os sistemas de informação dos **Recursos Humanos e Financeiros** para o Sistema Nacional de Saúde faltam duma monitoria adequada e de investimentos em pessoal e fundos para ultrapassar as lacunas num breve período de tempo.

As etapas seguintes do processo rumo ao PE foram levadas a cabo num segundo Seminário Nacional os dias de **22-24 Março 2010**, nas salas do Instituto Superior de Enfermagem, em Luanda, com a conclusão da validação das pontuações e a elaboração dos problemas do SIS. Durante o seminário, que viu a participação de 65 pessoas na cerimónia de abertura e 47 durante os trabalhos dos 3 grupos, as pontuações mais baixas foram transformadas em insuficiências, formuladas com comentários e transformadas em problemas, ver a Lista dos Problemas no **Anexo 3**. Os participantes de diferentes instituições ligadas a saúde, examinaram de perto as 133 insuficiências detectadas na avaliação, e sendo as insuficiências as vezes parecidas e as vezes causadas pelos mesmos problemas, reduziram o numero delas (133) para 68 problemas. Estes receberam diferentes prioridades aplicando a cada um deles 4 critérios, nomeadamente: a pontuação recebida no questionário, o grau de urgência e abrangência para o Sistema de Saúde e o grau de impacto na Saúde Pública do País, e no entretanto começou-se a debater as estratégias para solucionar-los no futuro.

**Em Junho 2010**, o Relatório de Avaliação, na sua segunda versão, foi apresentado aos Directores Nacionais dos Órgãos do MINSA e dos Hospitais Nacionais e aos 70 participantes do **terceiro Seminário Nacional** nos dias 23-24 Junho 2010, na sala do Instituto Nacional de Saúde Pública. A Equipa Nuclear submeteu os 68 problemas elaborados em Março aos 50 participantes que organizados em 4 Grupos de Trabalho consoante a área de competência e as instituições de origem atenderam consistentemente e de perto as sessões, ver a Lista nominal no **Anexo 4**. A partir dos problemas, foi elaborado o primeiro esboço dos objectivos e das melhores opções para ultrapassar as insuficiências, assim foram formulados inicialmente 4 Objectivos Gerais, cerca de 20 Objectivos Específicos e 60 Intervenções Estratégicas. Nas semanas seguintes a Equipa Nuclear e os facilitadores redigiram uma versão agregada do trabalho do seminário que inclui, além dos Objectivos, as actividades, os responsáveis pela execução, os prazos e a descrição inicial dos recursos necessários para implementação das actividades ao longo dos próximos cinco anos.

### **1.3. Apoio externo e Projectos em curso**

Nos últimos 10 anos foram numerosas as intervenções por parte do Governo e do MINSA, assim como por parte das Organizações da Nações Unidas e parceiros para tentar melhorar o SIS nas

suas varias vertentes. Isto foi evidente no suporte oferecido aos sistemas de informação verticalizados das principais endemias: Malária, Tuberculose, HIV/SIDA, assim como foi financiado e assistido os subsistema de Vigilância Epidemiológica, com a criação do Centro de Processamento de dados adstrito a DNSP sustentado, apoiado técnica e financeiramente pela OMS. O programa de combate ao SIDA, recebeu através do HAMSET/BM, apoio com a definição de indicadores e instrumentos de recolha e analise, a formação de técnicos atribuídos aos CTV e aos centros de aconselhamento nas províncias, estabelecimento de programas informatizados das unidades de ATV, PTV e TARV, formação sobre o diagnóstico precoce infantil, actualização dos indicadores de monitoria e avaliação, Finalização dos livros 1,2,3 e 4 com os respectivos instrutivos e elaboração do treino para preenchimento dos mesmos. O HAMSET/BM, tem apoiado o INLS na orientação de inquéritos nas comunidades e nas empresas públicas privadas, estudos de CAP sobre SIDA. No âmbito do desenvolvimento dos quadros ligados ao SIDA, foram enviados dois técnicos na Espanha para a formação em base de dados do SIS. A Vacinação (Secção de imunização) e Saúde Reprodutiva, também recebem apoio da UNICEF e OMS na concepção de modelos de recolha e de consolidação de dados de vacinação e reportar as actividades de saúde materna respectivamente.

Antes de uma análise mais focalizada, no **Anexo 5** pode-se observar a **Lista dos Projectos em curso**, que revela um número limitado de projectos de suporte ao SIS e os seus subsistemas.

**Doutro lado, a lista das intervenções que visaram suportar especificamente o GEPE o em particular o Departamento de Estatística (que são os órgãos delegados por Lei a gerir o SIS) é ao contrário bem reduzida.**

A OMS apoiou esta área com acções pontuais. Este apoio não tem sido sistémico até agora. No ano 2008, foi organizada uma consultoria da Dr. Ercília de Almeida para a preparação da Avaliação abrangente aplicando a metodologia da RMS <sup>19</sup>. A organização da Avaliação abrangente do SIS, através da deslocação as províncias de Kwanza Sul e Huambo e a realização do três Seminários nacionais (realizados em Luanda a partir de Dezembro 2009 até Junho 2010), marca uma mudança positiva rumo a continuidade do suporte.

Para além da OMS, o GEPE beneficiou do apoio da União Europeia através do **PSP\_E e PASS** que desde o ano 2001<sup>1</sup> assegurou as actividades da consultoria da reformulação do SIS e da concepção duma base de dados nacional, que infelizmente não se concretizou, e que garantiu o financiamento do mapeamento das US nas primeiras 7 Províncias do País. Esta componente recebeu financiamentos de outros parceiros e está na sua fase final, garante ao GEPE e ao Ministério todo uma base de dados preciosa, porque representa um inventário completo das US existentes e do seu grau de funcionamento, actuando portanto o Artigo 7 do Decreto 54/03 do Conselho dos Ministros sobre o Regulamento das US do Serviço Nacional de Saúde, e necessária para representar o “baseline” de partida para qualquer planificação futura da expansão da rede de saúde.

Os **projectos pendentes** que visam reforçar o sistema de informação sanitária e que envolvem o Departamento de Estatística são dois:

---

<sup>1</sup> (Projecto 8 ACP ANG 008)S), Projecto de Saúde Pós - Emergência, Programa de Apoio ao Sector de Saúde (PASS) e Projecto de Apoio ao Sistema de Informação da Saúde (PASIS).



**1. Projecto da reformulação do SIS.** A necessidade da reformulação do SIS é uma iniciativa das entidades do Gabinete do Plano (Novembro de 2001), cujo objectivo era projectar um único sistema de informação sanitária que reflectisse a situação sanitária do País e reduzir no máximo a proliferação de sistemas paralelos. O outro objectivo visava ter-se uma base de dados sólida e consistente com pressupostos seguros para tratamento, análise e apresentação da informação estatística do País. O projecto iniciou em 2001, através da consultoria duma empresa especializada em informática, indicada pela Cooperação Espanhola. O Dr. Anil Das Gupta Gonzalez, liderou a consultoria e elaborou com a ajuda de técnicos angolanos e do Eng. M. V. Laco (na altura Chefe do DE/GEPE) um rascunho<sup>20</sup> de Plano Estratégico do SIS (2007). Infelizmente, este documento não foi finalizado, a definição dos indicadores básicos, a partir dos Municípios e o desenvolvimento da base de dados (Grafwin) não puderam ser concluídos. No ano 2007, A capacitação informática de pessoal do GEPE, com três formações no exterior do País, viu a participação de técnicos polivalentes dos órgãos do MINSA (Departamento de Estatística, DNRH, DNME, Instituto Nacional de Luta contra o VIH/SIDA e DNSP), mas não foi seguida para a operacionalização dos produtos esperados: a base de dados do SIS e a base de dados dos RH.

**2. Projecto da Mortalidade Geral.** Os dados sobre a **mortalidade** tem sido incompletos nas últimas décadas. Para o seu registo intervém várias instituições (Conservatórias, Administrações Locais, Unidades Sanitárias (Estatais e Privadas), ONG, representantes das comunidades, etc. Por conseguinte, os registos dos óbitos ocorridos nas instituições hospitalares do MINSA não correspondem a realidade dos acontecimentos e não podem produzir indicadores e taxas precisas.

O projecto implantado apenas em Luanda em 1982, previa a recolha de boletim de óbito nos cemitérios públicos de Luanda e sobreviveu até 1988. Reactivado em 2001, o mesmo projecto paralisou novamente em 2005 e era caracterizado pelo seguinte:

- ✚ Escassa cobertura, pois limitava-se aos óbitos ocorridos na Província de Luanda e registados nos cemitérios.
- ✚ Faltava a distribuição dos óbitos por residência habitual, ficando incluído no total de óbitos de Luanda os óbitos ocorridos nesta província de pessoas vindas de outras localidades.
- ✚ Insuficiente precisão na variável sexo, pois os boletins de óbito passado pelo registo civil não contém o sexo. O sexo pode ser deduzido do nome do falecido acarretando isso numerosos erros.
- ✚ Pouca precisão na variável idade, porquanto o boletim de óbito não contém a variável idade e o certificado de óbito apenas tem a data de nascimento, fica pois ao critério do funcionário do registo civil calcular a idade.
- ✚ Inadequada indicação da causa principal de morte.
- ✚ Não se registavam as outras variáveis contidas no certificado de óbito.

Apesar das limitações acima referidas, o sistema de informação em análise, implantado em 1982 em Luanda cobria 28,5 % da população do país e permitia conhecer-se a frequência dos óbitos registados nos cemitérios mensalmente.

E' importante aqui assinalar duas outras intervenções na área do SIS e da Monitoria e Avaliação que não tiveram continuidade e visibilidade suficientes, mas testemunham o pedido de informação não satisfeito dos intervenientes do sector:

1. A partir de Outubro 2008, MINSA e parceiros do PNUD, OMS e UNICEF deram vida a um Grupo de Trabalho para o Reforço do Sistema de M&A que produziu uma Lista de Indicadores e organizou encontros entre algumas dezenas de técnicos chave do sector.

2. Nos anos 2008 e 2009, o Governo iniciou o Sistema de Monitoria do Plano Nacional, SMPN, uma iniciativa para o reforço da M&A que deu vida a uma serie de documentos, incluindo o sector da saúde, e produziu uma Lista de Indicadores que, como se pode observar analisar no Anexo contem alguns erros de definição (na lista de impacto há demais indicadores de processo e de produto), mas testemunha a necessidade percebida de monitorar cuidadosamente os resultados da implementação dos planos do Governo, ver diagrama de página 11, no **Anexo 6**.

#### 1.4. Prioridades do INE

O INE, como órgão que define as políticas estatísticas do País já teve iniciativa em promover actividades ligadas ao lançamento de um Plano Estratégico Nacional. Infelizmente ainda não temos um Plano Estratégico Nacional formalmente aprovado e finalizado. Todavia, o INE elaborou um Plano de Actividade Plurianual e Planos Operacionais Anuais. Nos dias 7-8 de Julho de 2009, o INE realizou nas suas instalações uma oficina de trabalho, promovida pelo *“Partenariat Statistique au Service de Developpement au XXIeme Siecle (PARIS21) ”*, na qual o GEPE/DE participou.

Neste evento foram abordadas, com a presença de responsáveis da área de planeamento dos Ministérios de Angola, temáticas que são as premissas para a elaboração de Estratégia Nacional do Desenvolvimento da Estatística (ENDE) a saber: a necessidade dum diagnóstico preciso da situação actual, incluindo a satisfação do utilizador dos dados, uma avaliação jurídica e orgânica da estatística nos diferentes sectores do País, alguns exemplos de Países que adoptaram uma boa estratégia, bem sucedida, estabeleceram uma visão a longo prazo, definiram a missão, os objectivos estratégicos e as estratégias para um plano a médio e curto prazo. A metodologia discutida durante o workshop, que origina das reflexões sobre a experiência de Países tais como Ghana, Gâmbia, Costa Rica baseia-se sobre 4 princípios e 6 fases do processo da ENDE, a saber:

##### **Princípio 1**

A Estratégia Nacional do Desenvolvimento da Estatística (ENDE) deve ser integrada nos processos e no contexto da **política de desenvolvimento** e tomar em conta compromissos regionais e internacionais

- Contar com o apoio político
- Estar orientada para a procura da informação
- O Sistema é um bem público, financiado pelo governo e complementado por outros subsídios
- Ser incorporado como parte da política nacional do desenvolvimento
- Respeitar as leis em vigor
- Actuar dentro do contexto nacional

##### **Princípio 2**

A ENDE deve ser **abrangente e coerente**, e fornecer a base para o desenvolvimento sustentável de estatísticas de alta qualidade

- Ser o resultado de um processo construído a partir do consenso
- Ser o resultado de processos geridos a nível nacional
- Incorporar os princípios de gestão com base nos resultados
- Seguir os valores e princípios fundamentais da estatística oficial das Nações Unidas
- Usar os padrões e as recomendações internacionais

##### **Princípio 3**

O ENDE deve ser desenvolvido de maneira global, incorporando princípios de **gestão com base em resultados** e atender aos padrões de **qualidade**

- Abranger todo o Sistema Estatístico Nacional (Cobertura nacional)
- Fornecer uma plataforma para o desenvolvimento sustentável de estatística a longo prazo
- Fornecer um recurso para a tomada de decisões com base em factos concretos
- Funcionar como estrutura coerente para a assistência internacional e bilateral

#### **Princípio 4**

A ENDE deve identificar claramente o estágio em que o sistema estatístico se encontra, como deve ser desenvolvido e como atingir esse objectivo.

- Apresentar uma avaliação da situação actual do SEN
- Manter a produção e os procedimentos existentes
- Definir uma perspectiva para as estatísticas nacionais
- Elaborar um programa integrado para a criação de capacidade estatística
- Definir as necessidades em matéria de financiamento

**As 6 fases do processo da ENDE são:**

1. Compromisso
2. Lançamento: roteiro
3. Avaliação do SEN
4. Desenvolvimento da visão e identificação da estratégia
5. Plano de execução
6. Execução, acompanhamento e avaliação

### **1.5. Prioridades do Sector da Saúde**

**Política Nacional de Saúde, aprovada** em Agosto 2010 pelo Conselho dos Ministros, é o documento principal do Governo e do sector para a saúde **Error! Bookmark not defined..** A “Política” enquadra as orientações e as estratégias que deverão ser implementadas através dos Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), assim como dos Planos Provinciais de Desenvolvimento Sanitário (PPDS) e dos Planos Operacionais anuais.

Este documento enquadra no contexto nacional os compromissos internacionais do País, como os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), os compromissos com as instituições continentais (União Africana, NEPAD) e regionais (OMS/AFRO e SADC) com vista a responder aos desafios da saúde ao nível nacional, regional e internacional.

*“A Política...expressa a firme vontade do Estado Angolano de mobilizar os recursos humanos, financeiros e materiais essenciais, em prol da saúde e do bem-estar de todos Angolanos. Como componente da política social, ela deve contribuir para a edificação de uma sociedade livre, justa e solidária que proporcione a plena concretização das potencialidades humanas e o usufruto por todos, dos benefícios de um desenvolvimento sustentável de Angola.”*

Os indicadores de estado de saúde da população são preocupantes: a esperança de vida ao nascer é de apenas 39 para homens e 41 para mulheres (OMS, WHS, 2007) devido a doenças transmissíveis, que continuam ser a “carga” de morbilidade e mortalidade maior, mas também as doenças não transmissíveis, acidentes e factores de risco, como as doenças crónicas e degenerativas, acidentes de viação, violência, alcoolismo, tabagismo; a mortalidade das crianças

de menos de cinco anos (infanto-juvenil) é de 250/1.000 nados vivos; a mortalidade materna (MMR) é de 1.500/100.000 nados vivos. Não obstante que inquérito IBEP sugere que haja uma redução desde o ano 2002 da mortalidade das crianças de menos de 5 anos para uma taxa de 195/1.000 e da MMR de 1.400 para 660/100.000, os indicadores de saúde restam muito negativos. Juntamente com o acesso limitado aos serviços de saúde por causa de factores geográficos e socioeconómicos, muito resta para ser feito na frente da morbilidade e mortalidade.

O documento aponta cinco (5) prioridades principais para a saúde do País, a saber:

- ❖ Redução da mortalidade materna e infantil
- ❖ Controlo de doenças transmissíveis e não transmissíveis
- ❖ Adequação dos recursos humanos e tecnologias de saúde
- ❖ Asseguramento de um financiamento sustentável
- ❖ Gestão eficiente dos recursos do sistema de saúde.

As quatro (4) estratégias prioritárias a ser desenvolvidas no combate para a saúde são:

- ❖ Estratégia 1 – Reforço do Sistema de Saúde a Nível do Município baseado nos CPS; Reestruturação e desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde com prioridade ao acesso de toda população aos cuidados primários de saúde;
- ❖ Estratégia 2 – Oferta do Pacote Essencial de Saúde; Redução da mortalidade materna e infantil bem como da morbilidade e mortalidade por doenças prioritárias;
- ❖ Estratégia 3 – Mobilização da Sociedade para a Promoção da Saúde da Comunidade; Promoção e preservação num contexto geral e de um meio ambiente propícios à saúde;
- ❖ Estratégia 4 – Reforço das parcerias e capacitação dos indivíduos, famílias e comunidades; Capacitação dos indivíduos, das famílias e comunidades para a promoção e protecção da saúde.

Este documento de base faz referência também ao papel do SIS nacional:

*“ As decisões no processo de gestão do Sistema de Saúde devem estar baseadas em dados factuais. O sistema de informação sanitária (SIS) deve ser fortalecido para disponibilizar a informação sanitária de rotina necessária à tomada de decisões atempadas a todos os níveis do sistema de saúde.*

*O nível municipal de saúde deve estar dotado de tecnologias de comunicação que permitem a recolha e o devido tratamento e utilização da informação sanitária, constituindo a base da rede provincial e nacional da informação em saúde. Todos os profissionais de saúde devem ser capacitados para a recolha, análise e utilização da informação sanitária.*

*O sistema integrado de informação de saúde deve assegurar um fluxo permanente da informação da base ao topo do sistema de saúde, com o devido feedback do nível central e intermediário ao nível primário.”*

Durante o **Fórum (19-20 de Agosto, 2010)** o Governo angolano assinou um compromisso solene visando a realização de uma vasta campanha que prevê o fortalecimento do sistema de saúde ao nível municipal, incluindo a formação de recursos humanos qualificados e a capacitação do Município como órgão delegado de orçamentação. O evento contou com a presença de cerca 300 pessoas, com destaque para a presença dos Vice - Governadores Provinciais para a Área Social, dos Directores Provinciais de Saúde e dos Administradores Municipais, dos Representantes da OMS, UNICEF e outras organizações, profissionais do Ministério da Saúde e de outros sectores da vida económica e social do país. O Ministro da Saúde visou fortalecer o nível primário de atenção, no contexto da descentralização político-administrativa, que coincide com a definição do

**Município como unidade de base para planificar, orçamentar, organizar e prestar serviços baseados nos cuidados primários de saúde**, que se articula com os níveis superiores de referência e contra-referência, assegurando assim a integralidade do sistema. Este reunião teve 3 objectivos:

- Obter consenso com os Governos Provinciais, Administrações Municipais, Profissionais de Saúde e demais actores sobre as estratégias de reforço do SNS a nível Municipal.
- Melhorar a metodologia de planificação e orçamentação.
- Reforçar e expandir em todo o território as acções em prol da Redução Acelerada da Mortalidade Materna e Infantil sob a liderança das Administrações Municipais, incluindo um pacote essencial de serviços materno e infantil, a melhoria da qualidade dos serviços pré-natais, assistência atempada ao parto.

Com este Fórum veio a sua conclusão operacional o debate a volta do documento *Revitalização do Sistema Nacional de Saúde a Nível Municipal* (citado no Capítulo dos Antecedentes **Error! Bookmark not defined.**), e que foi elaborado baseando-se dum lado nos princípios da Lei de Bases da Saúde (Lei nº21B/92), no Regulamento Geral das Unidades Sanitárias (Decreto nº54/03), no Decreto-Lei 2/07 sobre a organização e actividade administrativa do Estado a nível local e do outro lado nos objectivos e nas estratégias da Política Nacional de Saúde (Agosto 2010).

**PDMP 2009-2013, o Plano de Desenvolvimento Económico e Social de Médio Prazo** <sup>5</sup>, é o documento que guia os Planos Anuais do MINSa. Para além das prioridades dadas ao combate das doenças prioritárias e aos cuidados primários de saúde, neste documento destaca-se duas prioridades:

- a. A importância reabilitação das infra-estruturas para que elas possam garantir as condições mínimas de funcionamento aos profissionais de saúde.
- b. O reforço da oferta de recursos humanos. O texto debate como, depois da melhoria significativa dos Postos e Centros de saúde, haja a necessidade de fornecer os recursos humanos em número suficiente e com as qualificações mais adequadas. Lamentando a concentração dos médicos nas cidades, que depois da fim da guerra, não mudou substancialmente, o documento planifica como, de concerto com o Ministério das Finanças, o da Administração Pública, Emprego e Segurança Social, o da Administração do Território, possam ser melhoradas as condições de trabalho e de habitação para poder atrair os médicos nacionais e promover a sua deslocação nas áreas rurais e mais periféricas.

O documento define as principais metas a ser alcançadas entre o 2013, que são as seguintes:

- Inverter a tendência crescente de agravamento de prevalência do VIH/SIDA, cujo pico é esperado para o período 2010-2015, para atingir em 2025 níveis próximos dos actuais;
- Reduzir a tendência crescente de agravamento da taxa de incidência da tuberculose, para situar em 2013 próximo de 160;
- Reduzir em cerca de 80% a incidência da tripanossomiase;
- Reduzir a taxa de incidência da malária para 6 novos casos notificados (por 100.000 habitantes);
- Reduzir em cerca de 60% a taxa de mortalidade em menores de 5 anos e a taxa de mortalidade infantil (face aos dados registados em 2000);

- Reduzir em cerca de 85% a taxa de mortalidade materna (face aos dados registados em 2000);
- Aumentar em cerca de 30% a percentagem de partos assistidos por pessoal de saúde qualificado, para situar em 2013 em 57% (face aos dados registados em 2000);
- Multiplicar por 4 o número de médicos por 100 mil habitantes (face aos dados registados em 2000).

## 2. Visão e Princípios

### VISÃO

*O Plano Estratégico do Sistema de Informação Sanitária de Angola visa ser a principal referência estatística do sector da saúde e consequentemente contribuir para a gestão dos serviços de saúde, a todos os níveis, e promover uma melhor assistência médico-sanitária e o bem-estar dos angolanos, produzindo uma informação fiável, completa, atempada, e útil para todos os intervenientes do Sistema Nacional de Saúde.*

### PRINCÍPIOS, VALORES E FINALIDADES

*A implementação do SIS será baseada nos princípios concebidos pelo Sistema Estatístico Nacional (SEN) - o pilar para a orientação estratégica do SIS, bem como nos valores e princípios e padrões universais;*

- **Autoridade Estatística:** Fornecimento obrigatório e gratuito, a todos os serviços ou organismos, pessoas singulares e colectivas, de quaisquer elementos necessários à produção de estatísticas oficiais e estabelecer a recolha de dados, ainda que não relevantes para a actividade específica das entidades obrigatórias ao seu fornecimento, se revistam *de importância estatística*
- **Autonomia Técnica:** *As estatísticas oficiais são produzidas com independência técnica e consideradas um bem público, devendo respeitar os padrões nacionais e internacionais de qualidade estatística, bem como satisfazer as necessidades dos utilizadores de forma eficiente e sem sobrecargas excessivas para os fornecedores de informação, nomeadamente através da crescente utilização dos dados administrativos*
- **Segredo Estatístico:** *Os dados estatísticos individuais recolhidos pelas autoridades estatísticas são de natureza confidencial e constituem segredo profissional para todos os funcionários ou outras pessoas que, a qualquer título, deles tomem conhecimento no exercício ou em razão das suas funções relacionadas com a actividade estatística oficial.*
- **Instrumentos técnicos e Estatísticas integradas e comparáveis:** *Elaboração de Metodologias e normas*
- **Responsabilidade, justiça, honestidade:** a actuação do Sistema e de quem participa nele está inspirada no sentido de servir os utilizadores da informação.
- **Actuação Ética:** comprometidos com o respeito dos direitos das pessoas, por isso nossa actuação é regida pelos princípios de transparência e veracidade, no cumprimento das obrigações
- **Humanismo:** As nossas relações devem ser presididas por valores como a tolerância, a cordialidade e a solidariedade.

### 3. Objectivos e estratégias

Os **Objectivos Gerais** do Plano Estratégico do Sistema de Informação Sanitária (PE SIS), 2011-2015, são os seguintes:

- I. **Alcançar um SIS nacional eficaz e eficiente alinhado aos padrões internacionais, com legislação actualizada e funcionando com base no profissionalismo do pessoal da saúde, envolvimento das autoridades, utentes dos serviços e do publico em geral.**
- II. **Garantir um SIS nacional integrado que congregue informação das diferentes fontes e subsistemas e que sirva para o processo de tomada de decisão informada de políticos, planeadores, gestores sanitários, clínicos e para a M&A do sector da saúde.**
- III. **Garantir um SIS nacional coordenado, com padronização dos instrumentos e descentralização até os municípios das actividades de todos os subsistemas de saúde e com vista a obtenção de informação mais completa, oportuna e fidedigna.**
- IV. **Garantir um SIS nacional que congregue a informação sobre a disponibilidade, distribuição e utilização dos recursos com a informação da cobertura e do desempenho para uma gestão dos serviços de saúde mais eficiente e eficaz à todos os níveis.**

Os Objectivos Gerais (4), os Objectivos Específicos (17) e as Intervenções Estratégicas (56), que foram desenvolvidas numa folha electrónica durante o Seminário de Junho 2010 e foram depois revistos pela Equipa Nuclear e finalizados no mês de Novembro, são sumarizados na **Tabela de Resumo** das páginas seguintes. Vamos aqui simplesmente descrever estes objectivos no contexto das prioridades do sector da saúde, assim como foram definidas nos documentos da Política Nacional de saúde e no Fórum para a Revitalização do Sistema Nacional de Saúde a Nível Municipal e com base nas insuficiências do SIS detectadas durante a avaliação abrangente do 2009-2010.

**O Objectivo Geral I visa construir até 2015, um SIS nacional padronizado e mais produtivo.** Os 4 Objectivos Específicos e as respectivas 15 Intervenções estratégicas enquadram-se no contexto da Lei da Estatística que define o Ministério da Saúde como uma instituição que é parte dos órgãos do INE e do Sistema Estatístico Nacional.

Para este fim é planificada a elaboração e aprovação duma serie de leis, decretos executivos e regulamentos, (7) sete no total, que visam actualizar e **reforçar a base legislativa do SIS nacional**. Estas actividades legislativas cobrem áreas diferentes, que vão de um diploma oficial para confiar formalmente ao Ministério da Saúde as funções de órgão delegado para a produção de estatística para saúde, a um diploma que prevê a obrigatoriedade de submissão periódica dos dados estatísticos pelas entidades privadas que operam no sector da saúde, até a actuação dos requisitos e regulamentos para a implementação integral do Regulamento Sanitário Internacional (RSI) que foi ratificado pela Assembleia da Republica em 2008.

Uma outra intervenção entende definir estratégias, estatuto e mudanças organizacionais para o Departamento de Estatística e para o papel coordenador do GEPE no MINSA. Portanto será necessário elaborar um documento de estratégia nacional, harmonizada com a estratégia do INE e com a Política Nacional de Saúde.



Será importante dar visibilidade às mudanças legislativas e organizacionais, produzindo duma forma melhorada e regular instrumentos fundamentais de divulgação da informação, que mais fazem falta aos decisores políticos e aos gestores do SNS, tais como o **Boletim Estatístico Anual, e os Perfis estatísticos provinciais**. Adicionando mais variáveis e com uma melhor apresentação de indicadores e tabelas, as publicações anuais poderão finalmente começar a satisfazer a demanda de informação de saúde. É também crucial disponibilizar dados estatísticos e informação de saúde para o público e os funcionários e técnicos no **portal do MINSA e do Governo**, que por enquanto contém Notícias sobre eventos, mas não informação desagregada sobre serviços, doenças e mortalidade.

Será importante também melhorar os mecanismos de **coordenação** interna do Sistema Estatístico Nacional e a troca regular de dados em diferentes vertentes:

- No âmbito do MINSA entre o GEPE e os mais diversos órgãos do Ministério;
- Para com os outros Ministérios;
- Para com todos os intervenientes do sector privado e os parceiros, porque todos possam participar como actores indispensáveis do bom processamento e do uso habitual dos dados estatísticos;
- Entre o INE e o MINSA para permitir a liderança do processo de produção e divulgação da informação no âmbito do Sistema Nacional de Saúde.

É essencial também lançar um amplo plano de **capacitação e de desenvolvimento de recursos humanos** qualificados e dedicados ao SIS. Duma forma inovadora e também ambiciosa, o MINSA e os outros intervenientes devem investir em quadros estatísticos adicionais, especializados e de nível superior e médio ao nível central e nos hospitais nacionais, de nível superior médio nas DPS e pelo menos de nível médio nas Secções de saúde municipais. A capacidade do pessoal do MINSA e dos Subsistemas do sector público deve ser sistematicamente ampliada através dum plano de desenvolvimento do pessoal, para gerar de forma sustentada a informação. Ao mesmo tempo precisa apontar na promoção de profissionalismo e qualidade do processamento dos dados com uma visão de médio e longo prazo.

**O Objectivo Geral II visa atingir, até 2015, um SIS nacional integrado** que reúna informação de fontes diferentes dentro e fora do Sistema Nacional de Saúde. Os 4 Objectivos Específicos e as 12 Intervenções estratégicas correspondentes visam a **melhoria da função reguladora e de orientação do MINSA na prestação de Serviços do Serviço Nacional de Saúde no seu todo e isto depende na melhoria da informação e na melhoria da tomada de decisão baseada em dados factuais**, como recomenda a Política Nacional de Saúde recentemente aprovada (Agosto 2010).

Mais concretamente para desenvolver a sua função reguladora, o MINSA e o seu órgão delegado para este efeito, o Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística do Ministério da Saúde (GEPE), devem promover a visão e a programação estratégica e global das grandes acções do Sector da Saúde, melhorar a capacidade de planificação e ao mesmo tempo a capacidade de M&A dos resultados. Os resultados dos planos operacionais e dos planos a médio e longo prazo do MINSA devem ter em conta e integrar progressivamente os resultados monitorizados pelo SIS dos Subsistemas de Saúde do sector público (FAA, MININT) e num futuro próximo também os resultados do sector privado lucrativo e não lucrativo (ONG e Igrejas), num sistema de informação nacional unificado e abrangente. Fica à responsabilidade dos subsistemas o papel de

implementar as acções e procurar os recursos que concorrem para os objectivos e as metas do Desenvolvimento do Milénio e do Programa do Governo de Angola. Tendo em conta que os parceiros contribuem ao orçamento e ao fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde, o papel dum SIS integrado é essencial para garantir a coordenação e o alinhamento dos parceiros em volta de um “quadro” concordado com o Governo.

A fundação é garantia dum edifício sólido, este chavão é bem pertinente se for aplicado ao desenvolvimento de qualquer sistema de M&A. Portanto considerando o **estabelecimento dum sistema de M&A unificado** como sendo uma prioridade deste Plano (ver o Objectivo 6), alguns passos substanciais são: definir uma lista concordada de indicadores essenciais por cada nível de atendimento e acelerar a padronização dos procedimentos estatísticos, alinhando Angola aos parâmetros internacionais. A **Lista dos indicadores essenciais** nacionais deve representar a meta última dum processo de alinhamento dos indicadores que começa pela harmonização das listas dos indicadores de um programa (PEN, UNGASS, PEPFAR, Acesso Universal) e continua com a eliminação das duplicações entre listas de diferentes programas, com as listas de indicadores da gestão dos recursos, até a harmonização entre provedores diversos (MINSA, FAA, MININT) e entre sector público e sector privado.

O hábito de tomar decisões baseadas em dados de qualidade é um dos objectivos a serem alcançados nos próximos 5 anos de vigência deste Plano, dando passos decisivos rumo à **codificação e à padronização dos dados estatísticos e da nomenclatura técnica**, para que todos os actores dos SIS possam “falar a mesma língua”. Assim entende-se estabelecer códigos unificados para a identificação dos doentes e dos clientes dos serviços de saúde, elaborar uma nomenclatura padronizada dos procedimentos sanitários em uso e das infra-estruturas com a adopção de códigos uniformes para as US do País, incluindo a codificação dos Mapas Sanitários já existentes. Deve ser também produzido um Dicionário de meta-dados para saúde que seja harmonizado com aquele do INE e permita uma definição uniforme e coerente para os processamentos de dados de rotina e de dados populacionais.

A finalidade dum SIS sólido, unificado e padronizado e duma M&A eficaz, é a produção regular de relatórios para os clínicos, os gestores e os decisores da política do Sistema Nacional Sanitário. A ferramenta indispensável para esta meta é uma **base de dados integrada** e um repositório único das várias fontes de dados que, com a ajuda duma comunicação informática eficiente, contínua e sustentável através todo o País, possa materialmente integrar a informação das bases de dados existentes. Este “armazém informático de dados” (“datawarehouse” em Inglês) será construído e mantido ao longo dos próximos anos, somente se será acompanhado pela contratação e capacitação duma camada de técnicos informáticos interessados a trabalhar no SNS durante 5-10 anos e a manter o instrumento operacional.

**O Objectivo Geral III visa atingir, até 2015, um SIS nacional uniforme e descentralizado.** Os 5 Objectivos Específicos e as 19 Intervenções estratégicas representam a contribuição deste Plano à política do Governo para alcançar as metas do PDMP 2009-2013 e as metas do Desenvolvimento do Milénio (ODM, 2015). Simplificando, os dois eixos principais desta política são os seguintes:

O primeiro eixo visa disponibilizar fundos e recursos humanos na prevenção dos riscos, em prol da saúde pública e na oferta dos cuidados primários de saúde para todos os cidadãos. Neste âmbito o PE SIS entende reforçar a **Vigilância** sobre as doenças de notificação obrigatória e doenças transmissíveis com formação específica sobre surtos, meios de comunicação e

procedimentos de análise adicionais até o nível dos Municípios. As 9 estratégias procuram fornecer dados mais precisos e atempados e geridos numa forma mais integrada. Será também desenvolvida a Vigilância sobre as doenças não transmissíveis, acidentes e incapacidades que foram até recentemente negligenciadas e que assumem cada vez mais um papel dominante na carga epidemiológica e de mortalidade do País.

O segundo eixo da Política Nacional visa melhorar os cuidados diagnósticos, curativos e reabilitativos dos centros de saúde e dos hospitais, em relação aos quais é necessária uma informação de maior qualidade. Portanto as actividades dedicadas ao objectivo de **uniformizar os instrumentos do SIS** no sector público e a seguir no sector privado visa rever a Lista dos Formulários (ver o **Anexo 7**) e alinhar os campos dos modelos à Lista dos indicadores essenciais, implementando as mudanças com uma atitude construtiva. Os modelos e as ferramentas de todas as US periféricas e dos serviços de ambulatório devem ser revistos e os procedimentos normalizados em conjunto. Portanto a componente do SIS hospitalar deve desenvolver-se tendo em conta a introdução progressiva, por fases e testagem piloto, dum registo electrónico do paciente (Electronic Medical Record- EMR em Inglês), a partir das unidades mais desenvolvidas, com pessoal e equipamento mais sofisticado até chegar aos hospitais mais periféricos. A **informatização dos hospitais** é já uma realidade, mas, como habitualmente acontece, a forma que este introdução assumiu até aqui foi esporádica, sem seguir uma política nacional, sem obedecer a parâmetros de conveniência financeira e de “direitos autorais” e sem ter na devida conta as compatibilidades entre os diferentes produtos de software. Algumas bases de dados funcionam para a reserva das visitas, para traçar os processos clínicos dos doentes, ou para classificar resultados de análises clínicas ou anatomo - patológicas e foram instaladas para satisfazer a informação dum Departamento particular, por exemplo doentes VIH/SIDA, ou do Banco de Sangue, ou dum Laboratório. Outros, por exemplo a base de dados do Hospital Nacional Josina Machel - Maria Pia (público) e aquela da Clínica Girassol (privada), são a um estágio mais maduro. De toda forma a adaptação de qualquer produto software, importado do estrangeiro deve ser aplicado tendo em conta a especificidade e as características dos hospitais angolanos através de um processo demorado. Nos próximos 5 anos é necessário traçar uma política nacional e definir balizas de compatibilidade primeiro no Serviço Nacional de Saúde e a seguir no inteiro sector público e privado, tendo em conta as recomendações da OMS e de outras Agências Internacionais que recomendam, quando for possível, o emprego de “open source standards”.

Tendo em consideração que a qualidade dos dados dos hospitais depende em parte de diagnósticos precisos, algumas estratégias deste Plano visam introduzir numa forma sistemática a Classificação Internacional das Doenças (**CID-10**) nas US do País e especialmente melhorar o **registo dos óbitos e as causas de morte**. O objectivo 13 descreve como se entende trabalhar, de acordo com os serviços do Registo Civil e do INE, para treinar, por fases, o pessoal clínico e o pessoal administrativos do sector inteiro da saúde na recolha, processamento e análise cuidadosa das causas de óbitos, das idades e do sexo das pessoas falecidas dentro e fora dos hospitais. Recentemente, na declaração “*Call for Action*” da Conferência Internacional sobre a Informação para Saúde <sup>21</sup>, patrocinada pela OMS e por outros 7 grandes Agências de Saúde, foi denunciado como um escândalo que no mundo inteiro 40 milhões de nascimentos e 40 milhões de óbitos (1/3 e 2/3 respectivamente dos totais anuais) não são notificados pelos serviços de registo civil. Esta situação em Angola já não é assim grave e pode ser melhorada com investimentos na formação, na introdução de formulários mais precisos e especialmente com o reforço das regras e a participação comunitária. No combate para redução da mortalidade infanto-juvenil e materna e na redução da mortalidade dos adultos, o perfil das causas de óbitos, e portanto os certificados de

óbito e os boletins dos cemitérios, podem fornecer aos estatísticos, aos epidemiologistas, aos pesquisadores e aos políticos da saúde conhecimentos indispensáveis para orientar os recursos seja na saúde pública seja nos serviços clínicos.

**O Objectivo Geral IV visa atingir até 2015, um SIS nacional que integre a informação sobre os recursos para saúde com as coberturas e o desempenho do pessoal.** Os 4 Objectivos Específicos e as 10 Intervenções estratégicas correspondentes visam melhorar a gestão das US, a planificação ao nível central, provincial e municipal fornecendo os dados de recursos humanos, financeiros e infra-estruturais para casa-los com os dados de serviços prestados, doenças e mortalidade.

A prioridade número um desta área é a revitalização da **informação dos Recursos Humanos**. A disponibilidade de dados actualizados sobre as qualificações, os cursos de formação contínua, o itinerário e o perfil laboral, as expectativas e o desempenho do pessoal permitem o melhor aproveitamento dos quadros no SNS. Durante a avaliação abrangente do SIS a situação actual nesta área não resultou satisfatória. A mesma opinião resulta dos resultados do recente *Inquérito sobre a informação dos RH* <sup>22</sup>, patrocinado pela EU e levado a cabo por técnicos da DNRH-MINSA e técnicos da OMS, segundo o qual a quase totalidade das 17 instituições investigadas (MINSA, MAPESS, Finanças, Associação dos Enfermeiros, etc.) costumam usar as próprias fontes como fonte exclusiva de dados, não comparar as suas com as fontes de outras instituições e, nos últimos cinco anos, não têm actualizado os seus dados. A situação dos trabalhadores de carreiras no sector da saúde é preocupante seja por número absoluto, seja por tipo e nível de quadros. Foram (ver **Error! Bookmark not defined.**) recenseados 1.527 médicos, 27.465 profissionais de enfermagem (enfermeiros licenciados, técnicos e auxiliares de enfermagem), e 4.787 técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT). Particularmente deficitário é o número dos TDT. Dos 1.527 médicos, 1.001 são nacionais (65%) e 526 estrangeiros (35%), varias províncias não chegam a ter os ratios mínimos recomendados pela OMS de distribuição de 1 médico por 10.000 habitantes. Mas o aspecto mais preocupante é o desequilíbrio na distribuição de recursos humanos da saúde (RHS) no país em detrimento das áreas rurais, principalmente para os médicos: 85% encontram-se em Luanda e nas capitais provinciais e 15 % no restante território. Para corrigir as faltas de RH qualificados e o desequilíbrio na sua distribuição, que é também uma das metas do PDMP, 2009-2013, (**Error! Bookmark not defined.**), é indispensável uma informação não somente actualizada, mas mais completa, abrangendo todas as fontes disponíveis. Isto é exactamente o que se entende atingir com o Objectivo 14 do presente PE SIS.

A recolha dos dados sobre as US do país, que é contida nos **Mapas Sanitários** e que está a ser finalizada nestes meses, é um significativo passo a frente na área da informação para a gestão. O exercício precisa ser completado e portanto ainda faltam: a) a definição consensual dum código único para numerar as US existentes; b) a actualização periódica da base de dados, preferivelmente com base anual. Isto é uma pré-condição para criar uma política e as normas que regulem a manutenção das infra-estruturas. A gestão geral das 2.350 US de Angola (em detalhe: 1.800 PS, 357 CS, 135 Hosp. Municipais, 47 Hosp. Gerais, 11 Hosp. Nacionais - dados provisórios, GEPE/DE, SIS, 2009), precisa não só de meios financeiros de vulto, mas também do desenvolvimento da competência dos gestores a todos os níveis, a partir dos Directores dos Hospitais Nacionais até os Chefes das Secções de saúde dos 164 Municípios. Por isso as intervenções deste documento visam contribuir para um plano de formação contínua dos gestores nacionais.

Em conclusão, a padronização da gestão dos medicamentos nos hospitais e o Objectivo e as estratégias para estabelecer um sistema de informação de rotina dos **Recursos Financeiros** como

sob – componente do SIS nacional, harmonizado com as Contas Nacionais de Saúde, são baseados em motivações claras. No que se refere aos Recursos Financeiros, o projecto, patrocinado pela OMS, definiu as matrizes e a classificação das despesas segundo a) as fontes dos fundos, b) os agentes gestores, c) as instituições que fornecem os serviços, d) os programas e serviços que foram financiados. Para responder a perguntas cruciais relacionadas à maneira em que foram geridos e donde originaram os fundos e quem e em que medida os fundos empregados beneficiaram os clientes e os doentes, os dados da finança devem ser continuamente cruzados com os dados epidemiológicos, os dados dos inquéritos populacionais e os dados de rotina das US. As actividades previstas no presente plano visam desenvolver os formulários, as normas e os relatórios – padrão nesta área crucial para a planificação e a distribuição de todos os outros recursos do sector da saúde.

Tabela de Resumo		Plano Estratégico do SIS
<p>Objectivo Geral I: Alcançar um SIS nacional eficaz e eficiente alinhado aos padrões internacionais, com legislação actualizada e funcionando com base no profissionalismo do pessoal da saúde, envolvimento das autoridades, utentes dos serviços e do publico em geral.</p>		
Objectivos Específicos	Intervenções	
<p><b>1</b> Actualizar e implementar a legislação sanitária do País e as normas de implementação nacionais da recolha e uso dos dados estatísticos da saúde</p>	1.1. Propor ao INE a implementação dos artigos (nº 27 e seguintes) da lei 15/96, e do Estatuto Orgânico do INE, decreto nº32/00, referentes a obrigatoriedade da submissão periódica dos dados estatísticos pelas entidades privadas que operam no sector da saúde.	
	1.2. Adoptar e aplicar na íntegra os requisitos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), aprovado pela resolução WHA/58 em 2005 e em vigor globalmente desde Junho 2007	
	1.3. Promover acções para aprovação de Lei sobre a segurança social específica dos trabalhadores do sector da saúde - contra riscos decorrentes de actividades quotidianas	
	1.4. Propor acções para aprovação da Lei sobre a confidencialidade dos registos e dados pessoais dos utentes dos serviços de saúde	
	1.5. Actualizar a legislação e regulação sobre Classificador de Profissão de Angola (1997) dos profissionais de saúde; regulamentar a obrigação da submissão de dados sobre recursos humanos das Direcções Provinciais de Saúde e do sector privados codificando o pessoal consoante os parâmetros internacionais correntes do ISCO	
	1.6. Criar um instrumento jurídico-legal que regula a prestação de informação sobre as despesas com a saúde no sector público e privado	
	1.7. Criar um instrumento jurídico-legal que implementa as funções de órgão delegado para a produção de estatística para saúde do MINSA	
<p><b>2</b> Melhorar a coordenação do SIS dentro do MINSA e a sua articulação com diferentes intervenientes ao nível dos Subsistemas de saúde</p>	2.1. Promover acções de coordenação estatística (GEPE) entre os diferentes Subsistemas de Saúde do País (SS/FAA, SS/MININT, SS/Empresas Pública e Privadas, lucrativas e não lucrativas)	
	2.2. Reforçar os mecanismos de coordenação entre o INE e o MINSA, especialmente a coordenação, a planificação e a implementação dos inquéritos populacionais entre todos intervenientes da saúde	
<p><b>3</b> Definir estratégias, estatuto, mudanças organizacionais e desempenho do pessoal estatístico e melhorar a produção e a divulgação de informação para técnicos e público</p>	3.1. Elaborar um Plano Estratégico integrado com dimensão intersectorial para o desenvolvimento do SIS.	
	3.2. Elaborar a partir do documento de Política do Sector da Saúde um documento orientador sobre a política de desenvolvimento do SIS e da M&A integrada	
	3.3. Em colaboração com INE desenvolver o perfil profissional do estatístico angolano da saúde	

Tabela de Resumo		Plano Estratégico do SIS
		(qualificações, carreiras e funções) e as mudanças organizacionais compatíveis com a estrutura orgânica vigente
		3.4. Aumentar a divulgação ampla da informação de saúde através Boletim Estatístico Anual, Perfis provinciais melhorados e dados disponibilizados e actualizados no portal do MINSA
		3.5. Regulamentar as tarefas do pessoal do SIS e estabelecer um sistema de avaliação periódica e independente sobre o funcionamento geral e por cada componente do SIS, aos vários níveis do sistema de saúde
4	<b>Produzir e implementar um programa de formação (básico, médio e superior) e capacitação permanente dos quadros de estatística e TIC a médio e longo prazo</b>	4.1. Aprovar um Plano de Desenvolvimento dos RH dedicado ao SIS e ao TIC no MINSA, harmonizar com os outros Ministérios intervenientes e enquadrar com o Plano Geral dos RH do MINSA
	<b>Objectivo Geral II: Garantir um SIS nacional integrado que congregue informação das diferentes fontes e subsistemas e que sirva para o processo de tomada de decisão informada de políticos, planeadores, gestores sanitários, clínicos e para a M&amp;A do sector da saúde.</b>	
5	<b>Estabelecer uma lista mínima nacional de indicadores essenciais para monitorar os resultados do Serviço Nacional e do Sistema Nacional de saúde</b>	5.1. Definir uma lista de indicadores essenciais a ser utilizada no MINSA, para monitorar os resultados dos planos, em colaboração com todos os programas e institutos de saúde
		5.2. Definir uma lista de indicadores essenciais a ser utilizada no País inteiro, no sector público e no sector privado, por todos os intervenientes para monitorar os resultados, em colaboração com as organizações profissionais e privadas.
		5.3. INE define projecções temporárias da população residente até o nível municipal para permitir o cálculo anual dos indicadores prioritários, incluindo os do ODM, (denominadores temporários antes do emprego dos definitivos após Censo)
6	<b>Estabelecer um sistema unificado de M&amp;A do MINSA coordenado com os outros intervenientes da saúde</b>	6.1. Reorganizar as unidades de M&A dos programas e integrá-las progressivamente numa unidade única que envolve as equipas de gestão a todos os níveis
		6.2. Rever os mecanismos e as fórmulas de distribuição de recursos, baseados sobre a evidência, a redução da iniquidade e os incentivos para o melhor desempenho dos serviços (ver Intervenção 15.5 do OE relativo ao RH)
7	<b>Incentivar a tomada de decisão baseada sobre dados de qualidade, ampliando a codificação e padronização dos dados e termos técnicos</b>	7.1 Elaborar o Dicionário nacional de meta dados sobre a saúde em colaboração com INE e os outros intervenientes, para padronizar e codificar as definições de todos os indicadores da saúde, os métodos de recolha e de análise dos dados e para servir de referência nos manuais em uso no sector da saúde
		7.2. Estabelecer um código individual dos utentes uniforme a nível nacional
		7.3. Promover a análise e interpretação dos dados estatísticos, difundindo o hábito do uso da

Tabela de Resumo		Plano Estratégico do SIS
		informação para tomada de decisão dos gestores
		7.4. Desenvolver uma nomenclatura nacional que: a) padroniza os códigos das unidades sanitárias, b) actualiza a nomenclatura das infra-estruturas e serviços, c) codifica e padroniza os procedimentos médicos (clínicos, diagnósticos e curativos) em uso em todas as unidades do País, incluindo a CID-10
8	<b>Estabelecer um sistema de armazenamento de dados que integra as várias bases de dados existentes relacionadas com o sector de Saúde e que produza relatórios padronizados com regularidade</b>	8.1. Realizar um levantamento a nível do País de todas bases de dados e sistemas informatizados existentes nas unidades de saúde públicas e privadas
		8.2. Estabelecer a infra-estrutura e plataforma tecnológica que suportará as bases de dados e as fontes multisectoriais de dados ao serem integrados
		8.3. Definir normas e procedimentos para sistemas informatizados ligados a saúde
	<b>Objectivo Geral III: Garantir um SIS nacional coordenado, com padronização dos instrumentos e descentralização até os municípios das actividades de todos os subsistemas de saúde e com vista a obtenção de informação mais completa, oportuna e fidedigna.</b>	
9	<b>Melhorar e integrar a vigilância epidemiológica do País no SIS, incluindo o reforço da vigilância sentinela do VIH</b>	9.1. A Comissão constituída para RSI (2007) deve actualizar a estratégia da VIDR
		9.2. Integrar os casos de morte materna no modelo de recolha e notificação
		9.3. Fomentar a formação continua das equipas multidisciplinares de VIDR (Clínico, técnico de laboratório, técnico de vigilância, técnico de emergência e técnico de promoção) em alerta precoce e resposta rápida aos surtos
		9.4. Melhorar a análise dos dados para a tomada de decisão sobre as respostas em relação as doenças potencialmente epidémicas e doenças de notificação obrigatória com diferentes actores
		9.5. Reforçar a monitorização dos resultados e do desempenho do plano anual operacional da VID-R em todos os níveis
		9.6. Melhorar o sistema de recolha e fluxo de informação a todos níveis. Iniciando com a cobertura de 60% dos municípios
		9.7. Garantir recursos humanos e financeiros nos municípios seleccionados para a investigação epidemiológica e a resposta
		9.8. Expandir os sítios sentinelas para os estudos de sero-prevalência VIH em grávidas
		9.9. Criar um núcleo de M&A no IINLS do SIDA, para integrar a unidade central de M&A do MINSA
10	<b>Estabelecer o seguimento da vigilância das doenças não transmissíveis e dos acidentes e incapacidades</b>	10.1. Contribuir na criação e implementação de um programa para o controlo das doenças crónicas e não transmissíveis, acidentes de vária natureza, violência sobre mulheres ou outras pessoas e incapacidades



Tabela de Resumo		Plano Estratégico do SIS
		10.2. Reforçar o programa de reabilitação física nas unidades de saúde do País, de forma a dar um seguimento contínuo aos incapacitados
		10.3. Promover IEC, nos portadores de deficiência bem como nos familiares
11	<b>Estabelecer um sistema de rotina do SIS uniformizado, simplificado, padronizado e de consenso entre os vários intervenientes</b>	11.1. Rever os existentes e criar novos instrumentos padronizados do SIS, para todos níveis do MINSA e outros subsistemas (FAA, MINIT e intervenientes do sector privado), reajustar os manuais de procedimentos do SIS
12	<b>Desenvolver um sistema hospitalar de registos dos doentes: público, militar e privado, rumo ao registo electrónico único</b>	12. 1. Estabelecer a plataforma informatizada, uniformizada e compatível com as aplicações existentes, elaborar e implementar directrizes, normas e procedimentos para informatização dos hospitais e a sua supervisão, harmonizar com a Intervenção numero 8.2 e 8.3 (sobre as bases de dados a serem integradas)
		12.2. Preparar os instrumentos e os manuais de preenchimento e de procedimentos padronizados nos hospitais de todos os níveis de atendimento hospitalar do sector público
		12.3. Preparar a metodologia de treino para introdução dos novos instrumentos hospitalares em fases subsequentes, aplicando o método "em cascata" sobre todo o território nacional e para o pessoal de todos os níveis de atendimento hospitalar do sector público
13	<b>Estabelecer um melhor serviço de registo da mortalidade para todas as idades e causas de óbito</b>	13.1. Revisar e melhorar a ficha de registo dos pacientes e dos óbitos hospitalares, o seu arquivo e recuperação activa nas unidades de internamento e nos hospitais, especialmente onde não haver disponibilidade do registo electrónico (EMR)
		13.2. Elaborar com todos os intervenientes (MINSA, Registo Civil, Governos Provinciais) mecanismos de recolha dos dados de óbitos extra hospitalares, com idade e causa
		13.3. Dotar os técnicos de estatística das direcções provinciais, municípios e os clínicos dos hospitais da capacidade para a codificação, processamento e análise dos dados de mortalidade dos boletins dos cemitérios e dos certificados de óbitos
<b>Objectivo Geral IV: Garantir um SIS nacional que congregue a informação sobre a disponibilidade, distribuição e utilização dos recursos com a informação da cobertura e do desempenho para uma gestão dos serviços de saúde mais eficiente e eficaz à todos os níveis.</b>		
14	<b>Estabelecer um sistema de informação de rotina de Recursos Humanos (RH), como sob – componente do SIS</b>	14.1. Actualizar e reforçar o sistema de informação de rotina dos RH: sobre o enquadramento, situação laboral, e grau de formação no sector público e privado com um fluxo periódico de dados das US para município, província e nível central e vice-versa
		14.2. Adicionar a base de dados dos RH os dados dos profissionais angolanos ao estrangeiro e dos expatriados que trabalham nas US do País, utilizando sistema de rotina e inquéritos periódicos

Tabela de Resumo		Plano Estratégico do SIS
		14.3. Desenvolver os indicadores de desempenho dos RH com base no consenso, apreciação participativa e supervisões integradas
		14.4. Contribuir no aumento da formação dos gestores das US
15	<b>Manter a actualização padronizada do mapeamento das infra-estruturas, planta tipos, serviços, equipamentos, recursos e manutenção periódica das US</b>	15.1. Contribuir na conclusão do mapeamento das US, na garantia de actualização periódica de todas as Províncias e na uniformização de códigos únicos para as US do País (ver Intervenção 7.4)
		15.2. Contribuir para a padronização da tipologia das infra-estruturas, planificação e regulamentação da manutenção periódica e classificação uniforme das US
16	<b>Contribuir na padronização da gestão de medicamentos, equipamentos, para os hospitais do segundo e terceiro níveis</b>	16.1. Contribuir na elaboração de um modelo de relatório padronizado da gestão de medicamentos, aquisição/compra, armazenamento, distribuição para os níveis secundário e terciários
17	<b>Estabelecer o seguimento da gestão dos recursos financeiros como sob – componente do SIS, harmonizado com as Contas Nacionais de Saúde e coordenado com todos os intervenientes da saúde</b>	17.1. Contribuir na actualização e elaboração de modelos actualizados de relatórios para registo dos fundos e despesas de saúde aos vários níveis e segundo as várias tipologias das Contas Nacionais de Saúde
		17.2. Mobilizar os parceiros e outros financiadores externos no sentido de fornecer dados de despesas de saúde
		17.3. Criar um órgão de coordenação que faça a ligação entre o sector público e privado para todos os intervenientes da saúde para melhorar a informação financeira

## 4. Recursos e fases para o Reforço

### 4.1. Plano de Implementação e desafios

Os Objectivos e as Intervenções Estratégicas foram desenvolvidos conjuntamente com as Actividades. Um Plano de Implementação acompanhou desde o Seminário Nacional de Junho o primeiro esboço e as elaborações seguintes. Para dar mais peso aos aspectos práticos da futura execução, foi elaborada, desde o início, uma folha electrónica que descreve os seguintes parâmetros: **os produtos/resultados da actividade esperados, o prazo da implementação, as entidades responsáveis pela actuação, os recursos necessários** para o efeito, consoante as recomendações do Guião da RMS (HMN) <sup>6</sup>. O ficheiro do Plano de Implementação têm um tamanho excessivo para poder ser posto nos Anexos, portanto nestas paginas apresentamos somente alguns exemplos dos Objectivos, precisamente um Objectivo Especifico e as suas relativas Intervenções e Actividades para cada um dos 4 Objectivos Gerais, ver **Anexo 8**.

- A folha electrónica é disponível na integra como ficheiro separado, com o titulo de *Angola PE SIS, Plano de Implementação*;
- Outras folhas electrónicas, com o titulo *Angola PE SIS, Plano de Implementação, com custos*, são disponíveis como segundo ficheiro separado que contém os detalhes dos cálculos de custo do Plano.

Tendo em conta a própria natureza abrangente e intersectorial do PE SIS, são necessários a atenção e a supervisão constantes dos decisores políticos e o seu suporte politico ao longo de toda a execução para garantir o sucesso. Os objectivos e as respectivas actividades são intersectoriais, mas também numerosos, cobrem um leque muito grande de componentes do sector, de programas de saúde, de serviços e de funções, o que rende complexa também a gestão e a coordenação técnica dos recursos a ser utilizados. Portanto, queremos aqui discutir alguns dos desafios que o Governo, o MINSA, as FAA, o MININT, e as instituições privadas da saúde, podem enfrentar:

- i. O desafio para com a gestão temporizada e sequencial da implementação das intervenções;
- ii. O desafio para com a coordenação política e técnica eficaz das intervenções;
- iii. O desafio para manter uma visão holística dos níveis de execução: da comunidade e dos municípios até os Ministérios;
- iv. O desafio para com a integração progressiva dos dados e a sua aceitação por todos os intervenientes.

## 4.2. Fases da Implementação

O primeiro desafio origina da necessidade de alinhar e harmonizar os recursos segundo uma sequência temporal. Algumas actividades devem ser efectuadas obrigatoriamente antes de outras, porque representam a pré-condição para poder actuar as mudanças inscritas no desenvolvimento.

A Tabela do **Cronograma de Implementação**, aqui a seguir, está concebida para sugerir uma ordem sequencial (ver o numero da primeira coluna) das intervenções. Este número é diferente dos dois dígitos que cada intervenção têm no texto do PE SIS, isto reflecte a ordem na qual o Objectivo respectivo foi elaborado durante o Seminário de Junho 2010, o número sequencial invés reflecte a ordem de execução. O número sequencial pode ser reajustado, se for necessário, na altura da realização concreta da acção.

Por razões lógicas a aprovação do PE do SIS e a elaboração da Política dos SIS são as primeiras intervenções a ser levadas a cabo. Depois seguem todas as intervenções que devem ser iniciada no ano 2011 e concluída no primeiro semestre do ano. Estas intervenções e aquelas que devem ser iniciadas no segundo semestre de 2011 ou que iniciadas em 2011 continuam ao longo dos cinco anos são a maioria (37 sobre o total de 56). Portanto o primeiro ano de execução é também aquilo com mais desafios para gestão dos recursos, tendo em conta que os recursos devem ser disponíveis ao momento devido e ser empregados numa forma harmoniosa e sinérgica. As actividades que podem ser iniciadas no inicio e na segunda metade do ano 2012 seguem na ordem, e assim são as ultimas, aquelas intervenções que podem ser iniciadas no 2013 e continuadas depois.

Para explicar a necessidade de manter-se uma sequência nas actividades, ao longo do período de vigência de 5 anos do Plano, podemos fazer o exemplo da aprovação numa Lista de indicadores essenciais por cada nível de atendimento do Serviço Nacional de Saúde. Esta lista deve ser completada e aprovada superiormente antes de poder rever, mudar e ajustar os campos e o desenho dos formulários do SIS nas US periféricas e nos Hospitais, porque o indicadores serão o guia da revisão. Assim como somente depois de estabelecer os denominadores precisos da população (projeções uniformizadas populacionais) poderemos calcular indicadores fiáveis. Um outro exemplo é a Lei sobre a obrigatoriedade da submissão dos dados estatísticos pelas entidades privadas deve preceder a introdução de novos instrumentos de recolha e processamento nas mesmas instituições, para facilitar o cumprimento das normas e dos procedimentos.

Um amplo e inovador investimento na formação para preparar centenas de quadros de estatística de todos os níveis, incluindo a pós-graduação em bio-estatística e em epidemiologia e a licenciatura de estatística, deveria ser começado e actuado desde a fase inicial do Plano. A deslocação de quadros jovens e competentes ao nível central, nas DPS e nas Secções de Saúde Municipais é uma pré-condição para aumentar a produção de informação atempada e a aumentar a sua qualidade, explorando as recaídas positivas de muitos desenvolvimentos previstos. A título de exemplo, um epidemiologista é a dotação mínima adicional de pessoal para cada DPS, um estatístico de nível médio é a dotação mínima para cada Município, se queremos garantir, depois da introdução de instrumentos reajustados do SIS, balanços efectivos e uma M&A eficaz dos resultados dos Planos do Sector.

Um equipa central de quadros técnicos angolanos bem formada na aplicação da CID-10 e no correcto preenchimento dos certificados de óbitos e das suas causas, é indispensável para poder depois formar os quadros angolanos dos hospitais, e antes da introdução de fichas e registos actualizados, em colaboração com o Registo Civil, e poder assim cobrir adequadamente o registo de todos os óbitos dos cemitérios. O treino em serviço dos gestores de saúde na utilização da informação para a tomada de

decisão deve seguir a introdução de novos instrumentos do SIS, a produção e efectiva divulgação actualizada de relatórios e de Boletins estatísticos. O reforço da vigilância e uma maior integração dos dados dos programas deve seguir a aprovação por lei de todos os requisitos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI). Os exemplos são numerosos e poderiam continuar. As pessoas das entidades responsáveis para a organização de cada intervenção são chamadas a observar e aplicar as seqüências correctas. Neste âmbito é aconselhável a contratação dum Assistente Técnico para a gestão, o qual pode apoiar os quadros angolanos na fase inicial do Plano.

ANGOLA PE SIS, 2011-2015		TABELA do CRONOGRAMA de IMPLEMENTAÇÃO										
N. Seq.	Intervenções	Entidade Respons.	2011		2012		2013		2014		2015	
11	1.1. Propor ao INE a implementação dos artigos (nº 27 e seguintes) da lei 15/96, e do Estatuto Orgânico do INE, decreto nº32/00, referentes a obrigatoriedade da submissão periódica dos dados estatísticos pelas entidades privadas que operam no sector da saúde.	INE										
3	1.2. Adoptar e aplicar na íntegra os requisitos do Regulamento Sanitário Internacional (RSI), aprovado pela resolução WHA/58 em 2005 e em vigor globalmente desde Junho 2007	DNSP										
12	1.3. Promover acções para aprovação de Lei sobre a segurança social específica dos trabalhadores do sector da saúde - contra riscos decorrentes de actividades quotidianas	MINSA										
23	1.4. Propor acções para aprovação da Lei sobre a confidencialidade dos registos e dados pessoais dos utentes dos serviços de saúde	GEPE, INE										
24	1.5. Actualizar a legislação e regulação sobre Classificador de Profissão de Angola (1997) dos profissionais de saúde; regulamentar a obrigação da submissão de dados sobre recursos humanos das Direcções Provinciais de Saúde e do sector privados codificando o pessoal consoante os parâmetros internacionais correntes do ISCO	MINSA, MAPESS										
25	1.6. Criar um instrumento jurídico-legal que regula a	MINSA,										

	prestação de informação sobre as despesas com a saúde no sector público e privado	FINANÇA										
4	1.7. Criar um instrumento jurídico legal que implementa as funções de órgão delegado para a produção de estatística para saúde do MINSA	GEPE, INE										
38	2.1.Promover ações de coordenação estatística (GEPE) entre os diferentes Subsistemas de Saúde do País (SS/FAA, SS/MININT, SS/Empresas Pública e Privadas, lucrativas e não lucrativas)	MINSA, INE										
39	2.2. Reforçar os mecanismos de coordenação entre o INE e o MINSA, especialmente a coordenação, a planificação e a implementação dos inquéritos populacionais entre todos intervenientes da saúde	GEPE, INE										
1	3.1.Elaborar um Plano Estratégico integrado com dimensão intersectorial para o desenvolvimento do SIS.	GEPE										
2	3.2. Elaborar a partir do documento de Política do Sector da Saúde um documento orientador sobre a política de desenvolvimento do SIS e da M&A integrada	GEPE										
19	3.3. Em colaboração com INE desenvolver o perfil profissional do estatístico angolano da saúde (qualificações, carreiras e funções) e as mudanças organizacionais compatíveis com a estrutura orgânica vigente	GEPE, INE, DNRH										
13	3.4. Aumentar a divulgação ampla da informação de saúde através Boletim Estatístico Anual, Perfis provinciais melhorados e dados disponibilizados e actualizados no portal do MINSA	GEPE										
20	3.5. Regulamentar as tarefas do pessoal do SIS e estabelecer um sistema de avaliação periódica e independente sobre o funcionamento geral e por cada componente do SIS, aos vários níveis do sistema de saúde	DNRH										
14	4.1 Aprovar um Plano de Desenvolvimento dos RH dedicado ao SIS e ao TIC no MINSA, harmonizar com os	MINSA, EDUCAÇÃO										

	outros Ministérios intervenientes e enquadrar com o Plano Geral dos RH do MINSA	O										
5	5.1. Definir uma lista de indicadores essenciais a ser utilizada no MINSA, para monitorar os resultados dos planos, em colaboração com todos os programas e institutos de saúde	GEPE, DNSP, OMS										
26	5.2. Definir uma lista de indicadores essenciais a ser utilizada no País inteiro, no sector público e no sector privado, por todos os intervenientes para monitorar os resultados, em colaboração com as organizações profissionais e privadas.	GEPE, , INE, FAA, MININT, FINANÇA, OMS										
27	5.3. INE define projecções temporárias da população residente até o nível municipal para permitir o cálculo anual dos indicadores prioritários, incluindo os do ODM, (denominadores temporários antes do emprego dos definitivos após Censo)	INE										
28	6.1. Reorganizar as unidades de M&A dos programas e integrá-las progressivamente numa unidade única que envolve as equipas de gestão a todos os níveis	GEPE, DNSP										
40	6.2. Rever os mecanismos e as fórmulas de distribuição de recursos, baseados sobre a evidência, a redução da iniquidade e os incentivos para o melhor desempenho dos serviços (ver Intervenção 15.5 do OE relativo ao RH)	MINSA										
29	7.1 Elaborar o Dicionário nacional de meta dados sobre a saúde em colaboração com INE e os outros intervenientes, para padronizar e codificar as definições de todos os indicadores da saúde, os métodos de recolha e de análise dos dados e para servir de referência nos manuais em uso no sector da saúde	INE, GEPE										
30	7.2. Estabelecer um código individual dos utentes uniforme a nível nacional	GEPE/DE, INE										
51	7.3. Promover a análise e interpretação dos dados estatísticos, difundindo o hábito do uso da informação	GEPE/DE, DNRH										

	para tomada de decisão dos gestores												
31	7.4. Desenvolver uma nomenclatura nacional que: a) padroniza os códigos das unidades sanitárias, b) actualiza a nomenclatura das infra-estruturas e serviços, c) codifica e padroniza os procedimentos médicos (clínicos, diagnósticos e curativos) em uso em todas as unidades do País, incluindo a CID-10	MINSA, INE, FAA, MININT, FINANÇA											
32	8.1. Realizar um levantamento a nível do País de todas bases de dados e sistemas informatizados existentes nas unidades de saúde públicas e privadas	GEPE/DI											
41	8.2. Estabelecer a infra-estrutura e plataforma tecnológica que suportará as bases de dados e as fontes multissetoriais de dados ao serem integrados	GEPE/DI, DNSP, FAA											
42	8.3. Definir normas e procedimentos para sistemas informatizados ligados a saúde	GEPE/DI											
6	9.1. A Comissão constituída para RSI (2007) deve actualizar a estratégia da VIDR	DNSP, OMS											
33	9.2. Integrar os casos de morte materna no modelo de recolha e notificação	DNSP, DPS											
15	9.3. Fomentar a formação continua das equipas multidisciplinares de VIDR (Clínico, técnico de laboratório, técnico de vigilância, técnico de emergência e técnico de promoção) em alerta precoce e resposta rápida aos surtos	DNSP, DPS, Municípios											
34	9.4. Melhorar a análise dos dados para a tomada de decisão sobre as respostas em relação as doenças potencialmente epidémicas e doenças de notificação obrigatória com diferentes actores	DNSP, DPS, Municípios											
7	9. 5. Reforçar a monitorização dos resultados e do desempenho do plano anual operacional da VID-R em todos os níveis	DNSP, DPS, Municípios											
8	9.6. Melhorar o sistema de recolha e fluxo de informação a todos níveis. Iniciando com a cobertura de 60% dos	DNSP, DPS, Municípios											



	municípios											
16	9.7. Garantir recursos humanos e financeiros nos municípios seleccionados para a investigação epidemiológica e a resposta	DNSP, DPS, Municípios										
17	9.8. Expandir os sítios sentinelas para os estudos de sero prevalência VIH em grávidas	DNSP, INLS										
35	9.9. Criar um núcleo de M&A no INLS do SIDA, para integrar a unidade central de M&A do MINSA	DNSP, INLS										
9	10.1. Contribuir na criação e implementação de um programa para o controlo das doenças crónicas e não transmissíveis, acidentes de vária natureza, violência sobre mulheres ou outras pessoas e incapacidades	DNSP, GEPE/DE										
10	10.2. Reforçar o programa de reabilitação física nas unidades de saúde do País, de forma a dar um seguimento contínuo aos incapacitados	DNSP, GEPE/DE										
36	10.3. Promover IEC, nos portadores de deficiência bem como nos familiares	DNSP, GEPE/DE										
43	11.1. Rever os existentes e criar novos instrumentos padronizados do SIS, para todos níveis do MINSA e outros subsistemas (FAA, MININT e intervenientes do sector privado)	GEPE/DE, INE, FAA, MININT										
44	12. 1. Estabelecer a plataforma informatizada, uniformizada e compatível com as aplicações existentes, elaborar e implementar directrizes, normas e procedimentos para informatização dos hospitais e a sua supervisão, harmonizar com a Intervenção numero 8.2 e 8.3 (sobre as bases de dados a serem integradas)	GEPE/DE, DI, INE, FAA, MININT										
45	12.2. Preparar os instrumentos e os manuais de preenchimento e de procedimentos padronizados nos hospitais de todos os níveis de atendimento hospitalar do sector público	GEPE/DE, DI, DNSP, Hospitais										
52	12.3. Preparar a metodologia de treino para introdução dos novos instrumentos hospitalares em fases	GEPE/DE, DI, DNSP,										

	subsequentes, aplicando o método "em cascata" sobre todo o território nacional e para o pessoal de todos os níveis de atendimento hospitalar do sector público	Hospitais												
53	13.1. Revisar e melhorar a ficha de registo dos pacientes e dos óbitos hospitalares, o seu arquivo e recuperação activa nas unidades de internamento e nos hospitais, especialmente onde não haver disponibilidade do registo electrónico (EMR)	GEPE/DE, DI, DNSP, Hospitais												
55	13.2. Elaborar com todos os intervenientes (MINSA, Registo Civil, Governos Provinciais) mecanismos de recolha dos dados de óbitos extra hospitalares, com idade e causa	GEPE, INE, DPS, Registo Civil												
54	13.3. Dotar os técnicos de estatística das direcções provinciais, municípios e os clínicos dos hospitais da capacidade para a codificação, processamento e análise dos dados de mortalidade dos boletins dos cemitérios e dos certificados de óbitos	GEPE, INE, Registo Civil												
37	14.1. Actualizar e reforçar o sistema de informação de rotina dos RH: sobre o enquadramento, situação laboral, e grau de formação no sector público e privado com um fluxo periódico de dados das US para município, província e nível central e vice-versa	DNRH, GEPE/DE												
46	14.2. Adicionar a base de dados dos RH os dados dos profissionais angolanos ao estrangeiro e dos expatriados que trabalham nas US do País, utilizando sistema de rotina e inquéritos periódicos	DNRH												
56	14.3. Desenvolver os indicadores de desempenho dos RH com base no consenso, apreciação participativa e supervisões integradas	DNRH, GEPE/DE												
21	14.4. Contribuir no aumento da formação dos gestores das US	DNRH												
22	15.1. Contribuir na conclusão do mapeamento das US, na garantia de actualização periódica de todas as Províncias	GEPE/DEP												

	e na uniformização de códigos únicos para as US do País (ver Intervenção 7.4)											
18	15.2. Contribuir para a padronização da tipologia das infra-estruturas, planificação e regulamentação da manutenção periódica e classificação uniforme das US	GEPE/DEP, INE										
47	16.1. Contribuir na elaboração de um modelo de relatório padronizado da gestão de medicamentos, aquisição/compra, armazenamento, distribuição para os níveis secundário e terciários	GEPE/DE, DNME										
48	17.1. Contribuir na actualização e elaboração de modelos actualizados de relatórios para registo dos fundos e despesas de saúde aos vários níveis e segundo as várias tipologias das Contas Nacionais de Saúde	MINSA, FINANÇA										
49	17.2. Mobilizar os parceiros e outros financiadores externos no sentido de fornecer dados de despesas de saúde	MINSA, FINANÇA, OMS										
50	17.3. Criar um órgão de coordenação que faça a ligação entre o sector público e privado para todos os intervenientes da saúde para melhorar a informação financeira	MINSA, FINANÇA, OMS, Privados										

### 4.3. Coordenação e gestão

Os gestores responsáveis da implementação das intervenções e das relativas actividades, que são listados em baixo da coluna “Entidade Responsável” do documento do *Plano de Implementação*, são as vezes numerosos, porque as actividades devem ser actuadas e duplicadas a diferentes níveis de atendimento e em diferentes Subsistemas de saúde. Na coluna equivalente da “Entidade Responsável” da *Tabela do Cronograma de Implementação*, do parágrafo precedente, somente os responsáveis principais são indicados, mas continuam bastante numerosos.

O principal actor e gestor deste Plano é o Departamento de Estatística do GEPE, porque este Departamento é o órgão delegado por lei a gerir os dados estatísticos de saúde, por conta do MINSA. A realização do PE SIS é todavia um grande desafio pela capacidade actual do Departamento. Seria muito difícil para qualquer Departamento que tentasse de gerir isoladamente a rede de intervenções deste Plano.

Considerando a dimensão intersectorial do PE SIS, e o envolvimento de Ministérios diferentes na actuação, o primeiro suporte necessário é **o aval constante do topo político do MINSA**. Sem este aval político seria impossível ou encontraria dificuldades contínuas até o lançamento das numerosas Comissões e Núcleos Técnicos temporários, previstos para concretamente realizar a conceptualização e o desenho de planos operacionais de formação, para ajustar e produzir novos formulários, para a programação informática de aplicativos e o processamento dos dados. Todos estes são “instrumentos” de partilha de experiência e de troca de conhecimentos entre técnicos de diferentes Departamentos dentro e também fora do MINSA, e são concebidos como estruturas ágeis e temporárias de coordenação técnica, eles permitem construir “pontes” de colaboração entre órgãos do sector de saúde que por funções, mandato e hierarquia ficam usualmente separados. Portanto este instrumentos temporários podem ser vistos como uma oportunidade para modelar futuras funções inovadoras.

Um segundo suporte que vai ajudar a execução do Plano é a criação dum **Comité de Coordenação** permanente, com um membro por cada instituição, para segurar a melhor gestão técnica entre os intervenientes mais activos até agora no processo de Avaliação e Planificação: o GEPE do MINSA, o Departamento de Demografia e Assuntos Sociais do INE, Ministério do Planeamento, a Direcção dos Serviços de Saúde das FAA/Estado Maior Geral, Ministério da Defesa. Este proposta que foi elaborada durante o Seminário Nacional de Junho 2010, poderia ser visto como o núcleo inicial duma coordenação futura mais ampla que vai incluindo outros actores do processo de reforço e de reforma na construção dum SIS nacional sólido e eficaz. No entretanto poderia facilitar grandemente a colaboração das três instituições chamadas a levar ao cabo todo o leque das actividades técnicas de padronização e uniformização de instrumentos e da formação de quadros estatísticos entre os dois provedores de serviços de saúde mais grandes do país e o organismo centralizador da Estatística Nacional.

O terceiro desafio a frente do PE SIS, 2011-2015 é representado pela **necessidade duma comunicação frequente e colaboração contínua entre o nível central, provincial e municipal para a execução de actividades que envolvem o pessoal de todos os níveis. O Plano deveria ser considerado como uma componente da revitalização do Sistema Nacional de Saúde a nível Municipal.**

De facto, a melhoria da VE e da resposta aos surtos, a melhoria do tratamento dos dados, a introdução dum melhor registo das causas de óbitos, a introdução duma M&A dos resultados dos planos são todas vertentes cruciais e partes integrantes do reforço transversal do SNS municipal. Desta consideração deriva a oportunidade de ligar e coordenar estreitamente a implementação do PE SIS e os seus instrumentos de gestão com os instrumentos de gestão previstos para dar “pernas” ao Fórum da revitalização dos Municípios de Agosto 2010.

O PE SIS prevê Assistentes Técnicos (AT) para suportar a implementação de algumas (8) das 56 Intervenções e as actividades relativas. Por exemplo, foram previstos AT para ajudar a definição do perfil profissional e a formação dos estatísticos, incluindo o desenho do curriculum dos cursos, a elaboração das listas de indicadores essenciais, a definição das características e das normas para uma unidade central integrada de M&A, o reforço da base de dados e dos modelos sobre os Recursos Humanos, e outras. E’ aconselhável considerar a contratação de AT, peritos nacionais ou estrangeiros, para estas tarefas e adicionar outros para actividades maiores ligadas a revisão do SIS e sua uniformização, a revisão e padronização dos instrumentos de informação hospitalar e para a selecção e padronização duma plataforma informática e relativas opções TIC. Para cada contracto de AT deve ser previsto a presença de 1 ou 2 quadros nacionais da função pública para permitir o aproveitamento e a transmissão dos conhecimentos e competências.

A integração dos dados e a construção dum reservatório integrado é um dos objectivos gerais deste Plano. A partilha dos dados não é comum e para alcançar este habito muitos gestores de programas verticais e chefes de Departamentos deverão ser convencidos das vantagens da troca frequente e atempada de dados pela pratica, serão os “produtos”, quer dizer os relatórios mais precisos, os Boletins mais completos, a disponibilidade de dados úteis que devem transformar e convencer os gestores e responsáveis de área a colaborar. Sem dúvida a supervisão e o encorajamento do nível político neste processo de integração progressiva das bases de dados já existentes será precioso. O aval político e a disponibilidade de um quadro legislativo favorável serão de incentivo para a troca de dados originadas de fontes diferentes, como por exemplo dos serviços de saúde FAA e MININT, Registo Civil no sector publico e serviços de entidades privadas lucrativas e não. A informatização e o emprego activo e inovador do portal do MINSA e do INE e do acesso ao Internet das DPS e dos Municípios podem ser elementos estratégicos facilitadores deste processo.

#### 4.4. Orçamento e custos

O montante necessário a financiar o total das Intervenções e actividades do PE SIS, 2011-2015 é de 771,341,190 KZS, equivalentes à cerca 8,3 milhões de USD. A *Tabela dos Custos por Objectivo* ilustra o montante por cada Objectivo Especifico. Os valores de custo são montantes aproximados, calculados com os preços de referência do ano 2010 (Cotação 1\$ = 92, 504 KZS). Para cada elemento, por exemplo: viagem interna ou externa, ajuda de custo para técnicos nacionais, remuneração dos AT, material didáctico e bolsas de diferente duração, e os preços são estimados para actividade que continuam até o ano 2015. Na altura da concreta execução das actividades, os valores deverão ser recalculados e reajustados. Os detalhes são listados na Folha de preços e na Folha explicativa do documento *Angola PE SIS, 2011-2015, Plano de Implementação, com custos*.

**ANGOLA PE SIS, 2011-2015 - TABELA DE CUSTOS POR OBJECTIVO (Cotação 1\$ = 92, 504 KZS)**

	Objectivo Especifico	Valor (KZS)	Valor (USD)
1	Actualizar e implementar a legislação sanitária do País e as normas de implementação nacionais da recolha e uso dos dados estatísticos da saúde	7,222,780.00	78,080.73
2	Melhorar a coordenação do SIS dentro do MINSA e a sua articulação com diferentes intervenientes ao nível dos Subsistemas de saúde	9,429,610.00	101,937.32
3	Definir estratégias, estatuto, mudanças organizacionais e desempenho do pessoal estatístico e melhorar a produção e a divulgação de informação para técnicos e público	77,577,136.80	838,635.48

4	Produzir e implementar um programa de formação (básico, médio e superior) e capacitação permanente dos quadros de estatística e TIC a médio e longo prazo	42,919,107.60	463,970.29
5	Estabelecer uma lista mínima nacional de indicadores essenciais para monitorar os resultados do Serviço Nacional e do Sistema Nacional de saúde	15,080,617.32	163,026.65
6	Estabelecer um sistema unificado de M&A do MINSA coordenado com os outros intervenientes da saúde	54,321,909.88	587,238.50
7	Incentivar a tomada de decisão baseada sobre dados de qualidade, ampliando a codificação e padronização dos dados e termos técnicos	52,695,847.80	569,660.21
8	Estabelecer um sistema de armazenamento de dados que integra as várias bases de dados existentes relacionadas com o sector de Saúde e que produza relatórios padronizados com regularidade	14,556,484.40	157,360.59
9	Melhorar e integrar a vigilância epidemiológica do País no SIS, incluindo o reforço da vigilância sentinela do VIH	36,751,767.36	397,299.22
10	Estabelecer o seguimento da vigilância das doenças não transmissíveis e dos acidentes e incapacidades	12,032,469.40	130,075.13
11	Estabelecer um sistema de rotina do SIS uniformizado, simplificado, padronizado e de consenso entre os vários intervenientes	12,382,721.20	133,861.47
12	Desenvolver um sistema hospitalar de registos dos doentes: público, militar e privado, rumo ao registo electrónico único	54,170,676.40	585,603.61
13	Estabelecer um melhor serviço de registo da mortalidade para todas as idades e causas de óbito	50,716,026.20	548,257.66

14	Estabelecer um sistema de informação de rotina de Recursos Humanos (RH), como sob – componente do SIS	187,964,430.12	2,031,960.02
15	Manter a actualização padronizada do mapeamento das infra-estruturas, planta tipos, serviços, equipamentos, recursos e manutenção periódica das US	39,870,621.56	431,015.11
16	Contribuir na padronização da gestão de medicamentos, equipamentos, para os hospitais do segundo e terceiro níveis	438,716.00	4,742.67
17	Estabelecer o seguimento da gestão dos recursos financeiros como sob – componente do SIS, harmonizado com as Contas Nacionais de Saúde e coordenado com todos os intervenientes da saúde	2,600,548.00	28,112.82
	<b>SUB-TOTAL</b>	<b>670,731,470.04</b>	<b>7,250,837.48</b>
	<b>IPREVISTOS 15%</b>	<b>100,609,720.51</b>	<b>1,087,625.62</b>
	<b>TOTAL GERAL</b>	<b>771,341,190.55</b>	<b>8,338,463.10</b>

Os custos dos objectivos variam entre um valor máximo do Objectivo 14, cerca de 2 milhões de USD, o qual é especialmente elevado por causa das numerosas bolsas de formação e de actualização planificadas, até um valor mínimo do Objectivo 16, cerca de 4 mil USD, porque isto contem uma actividade única e limitada no tempo. Os objectivos que querem alcançar o desenvolvimento de novos instrumentos de divulgação da informação, capacitação do pessoal estatístico, introdução de formulários em papel e aplicativos electrónicos, padronização de procedimentos e funções estatísticas comportam valores de custos que variam a volta de 500.000 USD. Uma excepção é o Objectivo 3, que tem um valor de custo de cerca 800.000 USD, porque prevê múltiplas actividades aos diferentes níveis de atendimento para promover o hábito de efectuar o balanço alargado sobre o grau de execução dos planos e reuniões amplas de planificação anual.

A maioria das intervenções e relativas actividades **se desenvolvem sobre uma escada nacional**, quer dizer que não são limitadas aos serviços de Luanda, mas estendem-se as Províncias e visam as US e os serviços dos Municípios, aplicando a abordagem do Fórum de Agosto 2010 e da revitalização da periferia e da comunidade. Obviamente os custos das actividades são calculados tendo em conta esta cobertura nacional, quer dizer que todos os Municípios e Províncias são incluídos. Para alguns casos, por exemplo a capacitação do pessoal e a disseminação de novos instrumentos são planificadas também para o pessoal das US da FAA e MININT e do sector privado lucrativo e não. Em que percentagem as instituições atingidas pelas actividades comuns deverão contribuir ao financiamento e aos custos gerais do Plano, fica como um capítulo importante da gestão coordenada do presente PE.

Para as actividades de formação, em geral, o PE prevê uma abordagem de treino e orientação do pessoal de tipo “formação de formadores” ou “em cascata”. Esta abordagem parece mais realística porque não obriga uma equipa central a viajar em todos o País, menos cara porque os lugares de formação são disseminados em todas as províncias e proactiva em favor de aumentar a competência do pessoal intermédio, tipicamente o das DPS.

## TABELA de MONITORIA E AVALIAÇÃO

Sendo a

primeira vez que o SIS recebe investimentos numa certa envergadura, é legítimo a pergunta: qual é a atitude nos outros países.

Durante a Conferencia Internacional sobre a Informação de Bangkok (21), a OMS, UNICEF, Banco Mundial e outras grandes Agencias de ajuda, concordaram de canalizar as suas contribuições para 5 prioridades e traçaram 5 recomendações para os países em via de desenvolvimento. Uma destas é a recomendação aos Governos de aumentar os fundos do Orçamento de Estado alocados ao funcionamento do SIS no mínimo para o 5% do total do orçamento e dos recursos destinados a saúde, e de reservar pelo menos 2% destes fundos a melhoria dos registos de óbitos e das suas causas.

Finalmente, o OGE terá o maior onere e responsabilidade no financiamento deste PE. A aprovação do documento deverá coincidir com um esforço de sensibilização na direcção do Ministério do Planeamento, do INE, do Ministério das Finanças, muito antes das sessões de deliberação para o Plano do Sector do ano 2011 e seguintes. No entanto, os parceiros podem ter um papel crucial como já se verificou no caso do combate a doenças maiores como o SIDA, TB e Malária. O GEPE e os órgãos delegados do MINSA, fazendo força no papel activo que muitas Agencias das Nações Unidas e doadores bilaterais mantiveram com respeito a Avaliação do SIS e a preparação do presente PE ao longo de todo este ano 2010, podem promover a participação activa dos parceiros no financiamento do Plano.

### 4.5. Monitoria e Avaliação

Na *Tabela de M&A* a seguir são listados todos os 17 Objectivos Específicos do PE SIS, 2011-2015, para cada um deles foi discutido e identificado um tipo de indicador que representa ao mesmo tempo um produto/resultado significativo das intervenções e actividades previstas e as metas que devem ser atingidas num ano definido (obviamente entre o prazo de vigência do Plano). Por exemplo, as Leis ou diplomas indicados nos Objectivo 1 não existem, ou os requisitos não são todos implementados ou não são actualizados, as metas são rerepresentadas pela publicação oficial e documentada dos dispositivos legais. No Objectivo 2, foram identificadas dois resultados representativos e medíveis: o Estatuto orgânico do pessoal estatístico e o Comité de Coordenação técnica do SIS. Eles são ausentes hoje e podem ser verificados ao fim do ano 2012.

A Tabela ilustra exemplos de metas quantificadas na maioria dos objectivos, todavia sem valores numéricos precisos. No exemplo do Objectivo 4, podemos detectar alguns limites na quantificação das metas a ser atingidas. O numero de cursos de estatística por tipo e nível (básico, médio, superior) e o numero dos formandos não estão ao definidos ao momento actual. Sabemos que ao momento inicial do PE SIS não existem e podemos contar e efectuar o inventario dos cursos e dos treinados no ano 2012 e seguintes até o ano 2015. Todavia ao longo da execução a quantificação das metas deverá ser apurada e melhorada.



N	Objectivos Específicos	Indicador		Metas	
		Tipo	Valor de base	Valor	Ano
1	Actualizar e implementar a legislação sanitária do País e as normas de implementação nacionais da recolha e uso dos dados estatísticos da saúde	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obrigatoriedade de submissão periódica dos dados estatísticos</li> <li>• RSI</li> <li>• Lei Segurança social</li> <li>• Confidencialidade</li> <li>• Classificador Profissional/ISCO</li> <li>• Informação sobre despesas</li> <li>• Diploma MINSa órgão delegado</li> </ul>	Ausentes	Publicação dos Decretos no Diário da República, Inventário das Circulares Ministeriais para todos os 7 dispositivos legais	2011 2012
2	Melhorar a coordenação do SIS dentro do MINSa e a sua articulação com diferentes intervenientes ao nível dos Subsistemas de Saúde	Estatuto orgânico do pessoal estatístico aos 3 níveis Comité de coordenação do SIS (implementação da lei 15/96)	Ausente	Estatuto orgânico aprovado superiormente Comité de Coordenação do SIS operacional	2012 2012
3	Definir estratégias, estatuto, mudanças organizacionais e desempenho do pessoal estatístico e melhorar a produção e a divulgação de informação para técnicos e público.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estratégia estatística nacional</li> <li>• Estatuto orgânico do DE e funções GEPE na área SIS</li> <li>• Número e qualificações técnicos DE</li> <li>• Boletim Anual produzido regularmente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausente</li> <li>• Texto actual</li> <li>• Orgânico presente</li> <li>• Boletim Anual muito desactualizado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento divulgado</li> <li>• Texto modificado</li> <li>• Orgânico actualizado</li> <li>• Boletim Anual regular e actualizado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2011</li> <li>• 2012</li> <li>• 2012</li> <li>• 2011</li> </ul>
4	Produzir e implementar um programa de formação (básico, médio e superior) e capacitação permanente dos quadros de estatística e TIC a médio e longo prazo	Programa de formação e capacitação do pessoal do SIS Cursos e técnicos formados Número de técnicos treinados	Ausente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto 90/2009, mais um protocolo cooperação MINSa vs MINDEF.</li> <li>• N. de cursos ao longo dos anos efectuados</li> <li>• N. de técnicos treinados por tipo e nível</li> </ul>	2011 2015 2015

5	<b>Estabelecer uma lista mínima nacional de indicadores essenciais para monitorar os resultados do Serviço Nacional e do Sistema Nacional de saúde</b>	Lista mínima de indicadores essenciais por cada nível de atendimento	Ausente	Lista mínima de indicadores aprovada e divulgada	2011
6	<b>Estabelecer um sistema unificado de M&amp;A do MINSA e coordenado com os outros intervenientes da saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade integrada de M&amp;A</li> <li>• Normas de balanço e de planificação disseminada</li> <li>• Acta das reuniões regulares de M&amp;A aos níveis: município, DPS, Central</li> </ul>	Ausente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidade integrada de M&amp;A operacional</li> <li>• Normas de balanço e de planificação implementadas nos 3 níveis</li> <li>• Acta das reuniões regulares de M&amp;A mantidas aos níveis: município, DPS, Central</li> </ul>	2012 2013 2014
7	<b>Incentivar a tomada de decisão baseada sobre dados de qualidade, ampliando a codificação e padronização dos dados e termos técnicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dicionário nacional de meta dados da saúde,</li> <li>• Código único de doentes</li> <li>• Manuais de procedimentos e eventos médicos</li> </ul>	Ausentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dicionário produzido</li> <li>• Código único em uso,</li> <li>• Manuais padronizados</li> </ul>	2012 2012 2013
8	<b>Estabelecer um sistema de armazenamento de dados que integra as várias bases de dados existentes relacionadas com o sector de saúde e que produza relatórios padronizados com regularidade</b>	Armazém de dados e reservatório integrado (datawarehouse)	Ausente	Armazém de dados e reservatório integrado (datawarehouse) operacional ao nível central	2012
9	<b>Melhorar e integrar a vigilância epidemiológica do País no SIS, incluindo o reforço da vigilância sentinela do VIH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doenças notificadas e relatórios produzidos oportunamente.</li> <li>• Pontos sentinela do VIH/ITS</li> </ul>	Ausentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RSI, Lei aplicada na integra</li> <li>• Doenças notificadas e relatórios uniformizados consoante o RSI.</li> <li>• Numero dos pontos sentinela VIH/ITS duplicado</li> </ul>	2011 2012 2012
10	<b>Estabelecer o seguimento da vigilância das doenças não transmissíveis e dos acidentes e</b>	Sistema de VID-R das doenças não transmissíveis, dos acidentes e incapacidades implementada	Ausente	Sistema de VID-R das doenças não transmissíveis, dos acidentes e incapacidades implementadas e	2013

	<b>incapacidades</b>			operacional em todas as Províncias	
<b>11</b>	<b>Estabelecer um sistema de rotina do SIS uniformizado, simplificado, padronizado e de consenso entre os vários intervenientes</b>	Modelos, procedimentos, manuais e relatórios existentes	Modelos, procedimentos, manuais e relatórios diferentes no MINSA, FAA, MININT e privados	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modelos, procedimentos, manuais e relatórios ajustados e actualizados</li> <li>Instrumentos uniformizados entre os diferentes Subsistemas e provedores implementados</li> </ul>	2012 2013
<b>12</b>	<b>Desenvolver um sistema hospitalar de registos dos doentes: público, militar e privado, rumo ao registo electrónico único</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registo dos doentes, diagnósticos e fichas médicas em papel</li> <li>Instrumentos e normas hospitalares revistas</li> <li>Registo electrónico único dos doentes</li> </ul>	Modelos e procedimentos, diferentes no MINSA, FAA, MININT e privados Registo electrónico não operacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registo dos doentes, diagnósticos e fichas medicas em papel uniformizados</li> <li>Instrumentos e normas hospitalares actualizadas</li> <li>Registo electrónico único dos doentes implementados em fases</li> </ul>	2012 2013 2013-2015
<b>13</b>	<b>Estabelecer um melhor serviço de registo da mortalidade para todas as idades e causas de óbito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de óbitos registados por idade, sexo e causas a todos níveis</li> <li>Qualidade das causas de óbito registadas</li> </ul>	Ausentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de óbitos publicados por idade, sexo e causa</li> <li>% de causas de óbito de conveniência sobre total registados</li> </ul>	2012 2013
<b>14</b>	<b>Estabelecer um sistema de informação de rotina de Recursos Humanos (RH), como sob – componente do SIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores, formulários, normas</li> <li>Base de dados com variáveis padrão</li> </ul>	Ausentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicadores, formulários, normas elaborados em uso</li> <li>Base de dados com variáveis padrão operacional na DNRH e em todas as DPS</li> </ul>	2012 2013
<b>15</b>	<b>Manter a actualização padronizada do mapeamento das infra-estruturas, planta tipos, serviços, equipamentos, recursos e manutenção periódica das US</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plantas tipos das US elaboradas</li> <li>Plano de manutenção</li> <li>Código único das US do País</li> </ul>	Ausentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plantas elaboradas</li> <li>Plano produzido</li> <li>Código alocado</li> </ul>	2011 2013 2012

16	<b>Contribuir na padronização da gestão de medicamentos, equipamentos, para os hospitais do segundo e terceiro níveis</b>	Modelos de relatório padronizado da gestão de medicamentos para os níveis secundário e terciários	Ausentes	Relatórios em uso nos hospitais de segundo e terceiro nível	2012
17	<b>Estabelecer o seguimento da gestão dos recursos financeiros como sob – componente do SIS, harmonizado com as Contas Nacionais de Saúde e coordenado com todos os intervenientes da saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores, formulários, normas</li> <li>• Base de dados com variáveis padrão</li> </ul>	Ausentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicadores, formulários, normas elaborados em uso</li> <li>• Base de dados com variáveis padrão operacional</li> </ul>	2012 2012

**REPUBLICA DE ANGOLA  
MINISTÉRIO DA SAÚDE  
GABINETE DE ESTUDOS, PLANEAMENTO E ESTATÍSTICA**

**PLANO ESTRATEGICO DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO  
SANITÁRIA (PESIS)**

**ANEXOS**

Terceiro Rascunho, Maio 2011

## ANEXO 1

### Membros da Equipa Nuclear

REPUBLICA DE ANGOLA		
EQUIPA NUCLEAR PARA AVALIAÇÃO e REFORÇO do SIS NACIONAL		
Luanda, Novembro 2009-Dezembro 2010		
NOME	E-MAIL	INSTITUIÇÃO
Belarmino João	<a href="mailto:belarjoao@hotmail.com">belarjoao@hotmail.com</a>	MINSAs/GEPE/DE
Margarida Lourenço	<a href="mailto:margarida.lourenco@ine.gv.ao">margarida.lourenco@ine.gv.ao</a>	Ministério do Plano/ INE
Miguel Gaspar	<a href="mailto:gasparchi61@yahoo.com.br">gasparchi61@yahoo.com.br</a>	Ministério da Defesa/ FAA/Estado Maior
Manuel Vindo Laco	<a href="mailto:mvlaco7@hotmail.com">mvlaco7@hotmail.com</a>	MINSAs/GEPE/DI
Miguel Paulo Nobre	<a href="mailto:nobrepaulo@hotmail.com">nobrepaulo@hotmail.com</a>	MINSAs/GEPE/DEP
Disimwa Kiavewa	<a href="mailto:disimwa@hotmail.com">disimwa@hotmail.com</a>	MINSAs/GEPE/DE
Ana-Lidia M.A. Francisco	<a href="mailto:almaf67@yahoo.com">almaf67@yahoo.com</a>	MINSAs/GEPE/DE
Rosa Mátiás Borges	+244 923 502494	MINSAs/GEPE/DE
André Gongá	<a href="mailto:andreson@hotmail.com">andreson@hotmail.com</a>	DNsP/Dep. Higiene e Epidemiologia
Luzia Maria Tchépia	<a href="mailto:luziamtchepia@gmail.com">luziamtchepia@gmail.com</a>	Ministério do Plano/ INE
Alfredo Manuel Rodrigues	<a href="mailto:sakapaz@yahoo.com.br">sakapaz@yahoo.com.br</a>	Ministério da Defesa/ FAA/Estado Maior
Seydou Coulibaly	<a href="mailto:coulibaly@ao.afro.who.int">coulibaly@ao.afro.who.int</a>	OMS Angola

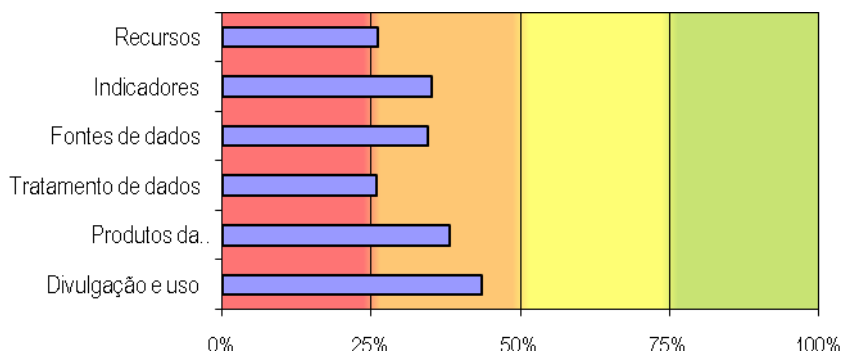
## ANEXO 2

### Analise Sumaria da Avaliação

*Tabela de Resumo das 6 Categorias/Componentes e algumas subcategorias*

<b>I. Recursos do SIS</b>	<b>26%</b>
Política e planificação	23%
Instituições, recursos humanos e financiamento SIS	25%
Infra-estrutura do SIS	33%
<b>II. Indicadores</b>	<b>35%</b>
<b>III. Fontes de dados</b>	<b>34%</b>
Censo	11%
Estatísticas vitais	16%
Inquéritos baseados nas populações	62%
Registos sobre saúde e doenças	43%
Registos dos serviços de saúde	35%
Registos dos recursos	39%
<b>IV. Tratamento dos Dados</b>	<b>26%</b>
<b>V. Produtos da Informação</b>	<b>39%</b>
<b>VI. Divulgação e Uso</b>	<b>44%</b>

*Gráfico Geral das 6 Categorias/Componentes*



**3.1 Padrão de interpretação dos resultados.** Os marcos individuais variam entre 0 à 3. Para um cenário de 0 no qual a característica do SIS é: “nada adequado ou ausente”, para o cenário 3 no qual a situação é: “muito adequada”. A média, obtida por cada pergunta é calculada agregando os marcos de todos os 5 grupos, mais os marcos das duas províncias, foi imediatamente transformada em quartis pela folha automatizada do Questionário da RMS, formato Excel. Os valores absolutos equivalentes de cada pergunta foram classificados da seguinte forma: as médias da pontuação individual dos participantes com valores: (a) abaixo de 0.8 (equivalente a <25%) foram classificados “nada adequado ou ausente”, (b) uma pontuação entre 0.8 à 1.5 (equivalente a 26% até 50%) foi considerada: “não adequado”, (c) uma pontuação de 1.6 à 2.2 (equivalente a 51% até 75%) foi considerado “adequado”, (d) uma pontuação de 2.3 ou acima (equivalente a 76% até 100%) foi considerado: “muito adequado”. As características do SIS que mereceram 50%, equivalente a uma media de pontuação de 1.5 ou menos, foram consideradas: insuficientes, quer dizer situações não adequadas e não satisfatórias.

#### **3.2 Analise Sumaria dos resultados**

A tabela e o gráfico acima representam o resumo dos resultados finais da avaliação abrangente do SIS, efectuada nos dias 7-9/Dezembro de 2009, incluindo os resultados das províncias de Kuanza Sul e Huambo e depois ser todos revistos e validados durante o Seminário Nacional efectuada em Luanda nos dias 22-24 Março 2010.

As variações das medias entre os resultados obtidos imediatamente durante o Seminário Nacional de Dezembro e os resultados validados no Seminário de Março, são poucas e de pequena envergadura no seu conjunto. Para **comparar** a Tabela de Resumo e o Gráfico da pagina anterior **com a Tabela e o Gráfico do Seminário de Dezembro, ver o Anexo 8**. Estas diferencias não determinaram alterações significativas no marco total de cada categoria, todavia se uma analise mais profunda é levada ao cabo

e cada pergunta e característica é comparada antes e depois do processo de validação, os marcos sofreram variações as vezes importantes.

As variações dos marcos nos dois Seminários são o fruto dos pareceres de pessoal convidado para ser o pessoal responsável nas respectivas áreas, por exemplo funcionários dos RH, das Finanças, da Vigilância de doenças epidémicas e surtos, e o fruto de funcionários adicionais do INE e do Ministério da Justiça convidados para acertar o funcionamento do Registo Civil que participaram somente ao Seminário de Março.

A análise sumaria mostra os **Pontos Fracos e os Pontos Fortes do SIS** e os totais de todas as categorias estão abaixo da média de 50 % dos marcos, ou seja nenhuma atingiu a pontuação adequada ou satisfatória (ver também o Gráfico acima). Duma forma geral o SIS de Angola necessita de urgentes medidas de reforço e melhoria para poder funcionar eficiente e eficazmente, há insuficiências importantes na implementação das funções de monitoria e avaliação dos resultados, de apreciação da qualidade dos serviços, da monitoria do desempenho dos profissionais, consoante os parâmetros e padrões internacionais.

### **Pontos Fracos**

As componentes que mais se distanciam do bom funcionamento são as duas categorias com pontuações mais baixas:

**I -Recursos do SIS e IV -Tratamento de dados**, ambas receberam 26 % dos marcos. Deve ser salientado que os recursos no que diz respeito a orientação política, coordenação, legislação e regulamentos dedicados ao funcionamento do SIS foram classificadas como “nada adequados ou ausentes” (23%), os recursos humanos e financeiros atribuídos ao SIS com um marco um pouco superior (25%) foram também classificados não satisfatórios, faltam especialmente quadros devidamente especializados ao nível central. As infra-estruturas dedicadas ao SIS e a sua informatização são classificadas ainda um pouco melhor (33%), mas é grave a falta de manutenção da TIC, o que bloqueia as vezes a comunicação entre gabinetes, entre províncias e centro, entre municípios e províncias. Múltiplos factores motivam a pontuação baixa do tratamento dos dados: entre outros, a ausência de base de dados confiáveis e completas nas áreas cruciais dos recursos para saúde, a fraqueza da coordenação dos dados originados nas poucas bases de dados existentes, a ausência duma integração eficaz dos dados baseada sobre aplicativos tipo armazém de dados (data warehouse) e a fraca capacidade do pessoal designado para a análise, processamento e produção de dados.

A categoria **III -Fontes de dados** também recebeu um marco total baixo, de 34%, mas é uma componente muito compósita e as suas 6 subcategorias variam muito entre medias mínimas e medias máximas do exercício. Entre as Fontes de dados, a subcategoria que recebeu a pontuação mínima de 11%, quer dizer a pior pontuação de todo o exercício, foi a do **Censo Geral** da população residente, que não foi efectuado depois do ano 1971. O Censo do ano 1983 não cobriu todo o território nacional e não foi conduzido respeitando os padrões internacionais, devido às limitações impostas pela instabilidade politica do Pais. Portanto não estão disponíveis as projecções actualizadas da população residente que permitem o cálculo mais preciso dos denominadores dos indicadores e não está disponível uma fonte preciosa de dados sobre a mortalidade de crianças e de adultos. A segunda subcategoria, as **Estatísticas vitais** receberam um marco muito baixo 16%. Houve investimentos nos ultimos anos em pessoal e meios para alguns aspectos: por exemplo o bilhete de identidade electrónico e o registo das crianças, todavia o registo civil dos óbitos è limitado as áreas urbanas e não está adequado pela fraca capacidade do pessoal de lidar com o publico e a escassez de escritórios e meios ao nível dos municípios e áreas rurais, não produz nenhuma analise das causas de óbitos que é essencial para orientar os investimentos na saúde consoante as prioridades e o perfil da mortalidade. Outra Fonte de dados baseados sobre os **Registos dos serviços de saúde (SIS de rotina)** recebeu um marco de 35%. O sistema de informação de rotina tem uma cobertura limitada e não está uniformizado e coordenado com os subsistemas públicos, por exemplo o SIS das FAA e do Ministério do Interior, nem cobre o sector privado. O sistema de rotina não produz um anuário estatístico ou boletim anual actualizado (ultimo publicado é do ano 2006) e apresenta uma fraca capacidade do pessoal para com a agregação, a analise e a interpretação dos dados. As perguntas que investigaram a quantidade e a capacidade do pessoal estatístico aos diferentes níveis de assistência revelam que não há pessoal qualificado nos Municípios e em muitos hospitais, a escassez de pessoal nas DPS e nos hospitais



principais. Outra subcategoria das Fontes de dados baseados sobre os **Registos dos recursos (III.F)** apresenta geralmente marcos baixos (39%) e é considerada “não adequada”, esta subcategoria reúne 4 áreas. Os Recursos Humanos e o Financiamento e Despesas são as duas áreas mais críticas. Para os **RH** não existem mecanismos para actualizar regularmente (anualmente ou semestralmente) os dados sobre a localização dos profissionais de saúde, os dados são recolhidos em cada subsistema público (MINSa, FAA, Min. Interior) separadamente e não há integração dos dados e dados sobre a capacidade e as etapas da formação dos profissionais. A base de dados do MINSa sobre os profissionais não é mantida operacional. O **Financiamento e Despesas** funciona com bases em dados de fontes secundárias, com a excepção dos dados do OGE, o grau de fragmentação dos dados entre DPS e Municípios dum lado e dos órgãos centrais de outro lado é muito elevado, assim como não há coordenação entre os diferentes subsistemas públicos e privados com e sem fins de lucro. As Contas Nacionais de Saúde estão a ser desenvolvidas e podem melhorar a situação actual. A informação sobre as **Infra-estruturas** e o inventário das unidades sanitárias está em curso, ao momento somente 5 províncias acabaram o exercício, portanto não há ainda uma base de dados nacional disponível, e os códigos das unidades deverão ser padronizados para obter uma única codificação entre todos os subsistemas do serviço público e depois dos privados. Para o **Equipamento, materiais e produtos farmacêuticos**, a informação teve um avanço depois do reforço recebido pela Farmácia. As unidades sanitárias devem preencher anualmente um relatório, todavia os relatórios não são ainda padronizados e portanto a M&A e a comparação do estado do equipamento e das infra-estruturas físicas das unidades é dificultada.

As categorias **II – Indicadores** e **V – Produtos da Informação** receberam marcos de 35% e 38% respectivamente, portanto são ambas “não adequadas”. Na categoria Indicadores a falta principal é a ausência duma Lista nacional de indicadores essenciais aprovada e amplamente divulgada. O que se nota é que cada programa estabeleceu os indicadores para o seu uso de forma isolada e de acordo com as suas próprias necessidades. A categoria dos Produtos da Informação é compósita com aspectos “não adequados” e alguns outros “adequados”. A maioria dos indicadores testados pelas perguntas apresenta aspectos críticos em áreas cruciais para a tomada de decisão. Isto é os indicadores de estado de saúde quais a mortalidade de crianças e materna, de qualidade da assistência aos partos e dos recursos estratégicos das despesas com a saúde e da densidade do pessoal sofrem de problemas especialmente com os métodos de recolha, e são esporádicos, incompletos e não precisos:

- As Taxas de mortalidade de crianças em baixo de 5 anos e materna baseiam-se sobre inquéritos e não tem dados originados do Registo Civil e Censo;
- A Taxa de partos assistidos por pessoal qualificado origina de inquéritos periódicos, mas a cobertura e a consistência dos dados de rotina não é avaliada;
- As Despesas públicas e privadas com a saúde per capita não são calculáveis duma forma fiável e baseada sobre fontes primárias;
- A Densidade do pessoal por categoria profissional por habitantes (rácio profissional por 1.000 habitantes) não é baseada sobre dados actualizados, desagregados por categoria padronizadas internacionalmente e completos.

Os indicadores adequados são a Percentagem de crianças vacinadas contra o Sarampo, a Taxa de prevalência de VIH/SIDA e Taxa de sucesso do tratamento DOTS contra a TB.

A categoria **VI – Divulgação e Uso** apresenta uma pontuação de 44%, e portanto é considerada “não adequada”. Estas perguntas visam averiguar os aspectos cruciais que finalizam o processo de recolha dos dados: o que os utilizadores fazem da informação recebida.

Para a gestão de rotina dos serviços o quadro não é uniforme: os gestores de nível central e de algumas DPS usam a informação para gerir as prestações, mas a maioria dos gestores das DPS e dos municípios não.

Doutro lado os profissionais da saúde, quer dizer o pessoal médico e os enfermeiros das unidades sanitárias não usam habitualmente a informação sanitária para gerir as prestações de serviços de saúde e gerir a monitorização continua e a avaliação periódica. Decidir a afectação de recursos durante a planificação e o processo orçamental anual é um outro aspecto crucial da utilização da informação de rotina do SIS, este uso é comum somente em algumas equipas de gestão províncias e municipais, não em todas.

A divulgação esporádica e o uso não uniforme da informação nas províncias e nos níveis de atendimento do Serviço Nacional de Saúde levantam uma reflexão sobre as diferenças de capacidade de gerência e avanços nas prestações de serviço dentro o País. Isto é bem documentado pelas variações significativas de pontuação no questionário, evidenciadas nos Anexos 8, 8-a e 8-b: os resultados do nível nacional e da DPS de Kwanza Sul nas 3 categorias dos Indicadores, Produtos da Informação e Divulgação e uso são muito mais baixos, comparados com os marcos elevados e até satisfatórios da província de Huambo. As interpretações não são unívocas, mas uma explicação das diferenças pode originar numa melhor situação local do SIS, que por sua vez pode ser o fruto de uma melhor capacidade e de um serviço de saúde que geralmente actua mais eficientemente.

**Pontos Fortes** Os aspectos que mereceram uma pontuação superior ao 50% e que portanto são considerados aceitáveis, também que não sejam óptimos, são aqueles da subcategoria dos **Inquéritos de saúde nas populações (III.C)** com os marcos mais elevados de todo o exercício. Os inquéritos nacionais, por exemplo o MICS, QUIBB e IBEP foram conduzidos numa forma satisfatória e adequada (62%), não obstante algumas falhas na coordenação inicial e na análise dos seus resultados. A informação obtida sobre estado de saúde das crianças e das mulheres, a pobreza, a cobertura dos programas de vacinação e assistência a mulher grávida forneceu os indicadores mais preciosos para orientar nestes últimos anos as decisões da política de saúde do País.

Outra subcategoria das Fontes de dados baseados sobre **Registos do estado de saúde e doenças (Vigilância)** recebeu uma apreciação de 43% dos marcos que no seu conjunto significa “não adequada”. Todavia este é o resultado de uma situação muito diferenciada: marcos elevados foram obtidos por sistemas verticais de alguns registos tais como a Malária, TB e SIDA e as vacinações e marcos baixos foram obtidos pelos registos de doenças prioritárias que não são monitorizadas, por exemplo os acidentes de viação, as doenças cardiovasculares. O fluxo regular de dados dos programas de saúde verticais e mesmo da vigilância sobre as doenças potencialmente epidémicas é um dos aspectos mais positivos no SIS nacional, mas a fraca troca, coordenação e ausência de integração dos dados de diferentes subsistemas continua a afectar a qualidade e o uso da informação produzida e mereceu marcos muito baixos.

### ANEXO 3

#### Lista dos Problemas elaborados (68) e Prioridades, GdT I-III, Avaliação dos SIS, Seminário Nacional, Luanda, 22-24 Março 2010

##### MODELO PARA DETERMINAR AS PRIORIDADES

##### ANGOLA SIS

##### CRITERIOS

Se a insuficiência é  $< 0.8$  ponha automaticamente um sinal +; depois ponha um sinal + por cada valência que o problema tenha: Urgente, Abrangente, de Impacto

##### DEFINIÇÕES:

**Urgência:** significa quanto é urgente resolver o problema para o bom funcionamento do Sistema de Saúde (SS);

**Abrangência:** significa quantos programas e/ou serviços do SS o problema afecta;

**Impacto:** significa quanto profundamente o problema afecta o funcionamento do Saúde Publica

Categorias do SIS com Insuficiências	Problemas definidos do SIS	Critérios de Prioridade				Total
		Pontuação	Urgência	Abrangência	Impacto	
I.SIS: Recursos Política e Legislação (G1)	1- Falta da delegação formal da autoridade ao MINSA por parte do INE em produzir a informação estatística sanitária		+	+		2
	2- A Legislação em vigor no sector da saúde em Angola esta desactualizada em relação ao novo quadro jurídico do País.		+	+		2
	3- O MINSA ainda não actualizou os instrumentos a luz do novo Regulamento Internacional sobre a notificação e controlo de doenças.		+	+	+	3
	4- Falta de coordenação das estatísticas do MINSA com os outros subsistemas de saúde nomeadamente: Sector Público (Serviços de saúde das FAA, MININT, grandes empresas publicas) sector privado lucrativo (clínicas e hospitais privados) e não lucrativo (ONG, igrejas) e o sector da medicina tradicional.	+	+	+		3
	5- Não existe um plano estratégico para o desenvolvimento do sistema de Informação que permitiria a regulamentação das funções e tarefas do pessoal bem como a elaboração de manuais de procedimentos para operacionalizar o sistema de informação.	+	+	+	+	4
	6- Não existe um sistema de monitoria incluindo a realização de reuniões regulares para a validação, divulgação e uso dos dados estatísticos	+	+		+	3
	7- O DES, órgão de coordenação da estatística do MINSA, não está dimensionado ao sistema de informação e não dispõem de recursos		+	+		2

	humanos específicos e muito qualificados e tecnologia apropriada.					
<b>I. INE</b>	1- Falta de mecanismo de coordenação entre o INE e o MINSA (III C4.1)	+	+		+	3
<b>I. SIS: RH e Formação MINSA (G1)</b>	1- Há falta de pessoal em áreas prioritárias no MINSA, nomeadamente, epidemiologistas, estatísticos, demógrafos, informáticos.		+		+	2
	2- Há falta de formação e motivação do pessoal, meios financeiros e gestão insuficiente dos recursos na área do SIS no MINSA.					
	3- Não existe definição clara dos cargos e carreiras para os técnicos do Sistema de Informação Sanitária.		+	+	+	3
	4- Falta de quadros qualificados e com experiência de 2 anos na área da estatística e informação para a saúde em todos os 164 municípios		+	+		2
<b>RH e Formação INE (G2)</b>	1- Falta de pessoal em áreas prioritárias para o INE, nomeadamente, matemáticos, estatísticos, demógrafos, informáticos (I B2 e I B7) que sejam fornecidos pela formação inicial ou continua.	+	+	+		3
	2- Falta de políticas de formação e retenção de quadros dentro do INE (III A2.1 e I B11)	+	+		+	3
<b>I. SIS: Recursos Finanças (G1)</b>	1- O MINSA não tem definido as necessidades para o desenvolvimento institucional em RH para o Sistema de Informação a ser integrados no OGE	+	+			2
	2- Falta de financiamento para a conclusão da codificação das unidades sanitárias do País.			+		1
<b>I. SIS: Recursos Informática (G1)</b>	1- Não existem infra-estruturas adequadas da TIC ao nível dos 164 municípios e unidade de saúde periféricas.	+	+	+	+	4
	2- Para a manutenção da TIC no País, há falta de RH e Financeiros na Unidade da TIC central, falta também uma política de gestão bem concebida, estes factores estão na base da insuficiente resposta e apoio ao pessoal de saúde.		+		+	2
<b>II. Indicadores (G1)</b>	1- Há falta de uma coordenação entre o MINSA e o INE no que se refere a elaboração, discussão e aprovação da lista de indicadores mínimos. Não existe uma lista de indicadores essenciais mínimos que esteja a ser usada por todos os actores do SIS.		+		+	2
	2- Os indicadores essenciais não são definidos em colaboração com todos os principais interessados, por exemplo MINSA e INE, outros Ministérios relevantes, organizações profissionais, funcionários especializados e principais programas de luta contra as doenças. Cada programa solicita dados de acordo com as suas	+	+		+	3

	próprias necessidades.					
	3- A avaliação do Estado de saúde está sendo feita sem ter em conta a lista de indicadores nacionais predefinidos, excepto os indicadores dos ODM.		+		+	2
<b>III. Fontes de Dados</b>		<b>Pontuação</b>	<b>Urgência</b>	<b>Abrangência</b>	<b>Impacto</b>	
<b>III. Censo (G2)</b>	1- Por causa de instabilidade política adiou-se sucessivamente a marcação da data do Censo. Mas, actualmente, estão a ser criadas condições para realização do Censo na ronda de 2010 e entre o 2014 (A2.2 e A1)	+	+	+	+	4
	2- Faltam as projecções populacionais actualizadas para o cálculo preciso dos denominadores em todos os indicadores	+	+	+	+	4
<b>III. Registo Civil (G2)</b>	1- Falta uma adequada organização, gestão e oferta dos serviços de registo civil até nas zonas rurais, há insuficiências de infra-estruturas nos municípios e falta o sistema de transportação dos meios das sedes provinciais aos municípios.	+		+	+	3
	2- Falta de mecanismos para controlo de óbitos domiciliários e outros, bem como a capacitação do pessoal para o tratamento e análise de dados sobre mortalidade.	+	+	+		3
	3- Existe um sub registo muito elevado dos óbitos	+	+	+		3
	4- Falta de pessoal capacitado para estender os serviços a todos os níveis (aldeia, localidade, comuna, municípios).	+	+	+		3
	5- Não inclusão de perguntas sobre cobertura de registo civil em pesquisas e questionários de âmbito nacional.	+	+	+		3
	6- Falta de um relatório analítico sobre as causas de óbitos e uma fonte fiável de dados de mortalidade geral e infantil.	+	+		+	3
<b>III. Inquéritos nas populações (G2)</b>	1- Faltam as informações sobre doenças mentais, hipertensão, diabetes, acidentes de varia natureza e violência sobre mulheres ou outras pessoas. Os MINSA em colaboração com INE deveriam planificar para estes					
<b>III. Registos das doenças e Vigilância (G3)</b>	1- Falta de actualização dos conteúdos do boletim epidemiológico		+		+	2
	2- Falta de planos estratégicos de alguns programas, por exemplo os planos das doenças não transmissíveis		+		+	2
	3- Há falta de um plano estratégico de desenvolvimento para o Sector da Saúde que permita o controlo das doenças a médio e longo prazo		+	+	+	3
	4- Falta o mapeamento das populações de alto risco, por exemplo as populações com alto nível de desnutrição, vectores, poluição, e etc.	+	+	+	+	4

	5- Falta de laboratório de referências nas Províncias para análise e confirmação dos casos de surtos		+		+	2
	6- Falta de planificação de formação em VE do pessoal e um seguimento contínuo.		+		+	2
	7- Falta de meios de comunicação das unidades sanitárias para o Município – Província		+		+	2
	8- Falta de cumprimento obrigatório das normas estabelecidas (uso das fichas medicas e CID)	+		+	+	3
	9- Falta de modelo de relatório integrado municipal e provincial. Não tem havido retro informação semanal das doenças potencialmente epidémicas, Província – município - unidades sanitárias.		+		+	2
	10- Houve limitações na análise de dados da vigilância a nível da província e município e limitações nas respostas aos surtos. Falta de um regulamento.		+		+	2
<b>III. Registos de serviços (rotina) (G1)</b>	1- Falta um sistema de rotina unificado e integrado para o registo das actividades de serviços que abrange o sector público, como também não existem mecanismos padronizados de registo no sector privado	+	+	+	+	4
	2- Não há o hábito, e também fraca capacidade, de organizar e realizar análise dos dados. Por exemplo não há comparação entre dados de rotina e dados dos programas verticais, e entre estes e os resultados dos grandes inquéritos nacionais.	+	+	+	+	4
	3- As publicações periódicas e aquelas anuais do MINSA estão atrasadas por falta de dados atempados e completos. Último Resumo é do 2006 e está a sair o do 2007.	+	+	+		3
	4- Falta de um sistema de rotina unificado de supervisão do desempenho e da qualidade dos serviços nas unidades sanitárias. Não foram efectuados inquéritos de supervisão abrangentes sobre o desempenho.	+	+		+	3
	5- Falta de formação e refrescamento do pessoal da saúde (hospitais e unidades sanitárias) e do pessoal do Registo Civil (ver também o problema do G2, Fonte III) na área da classificação internacional de doenças e na implementação do CID-10 (a nova versão)	+	+		+	3
<b>III. Registo de Recursos</b>		<b>Pontuação</b>	<b>Urgência</b>	<b>Abrangência</b>	<b>Impacto</b>	
<b>III. Registos de Recursos das Infra-estruturas</b>	1- Inexistência de um inventario de todas as infra-estruturas das US nacional do sector publico e privado. Actualmente apenas 5 Províncias completaram os mapas das US públicas, as outras	+	+	+	+	4

<b>(G3)</b>	Províncias serão completadas de acordo com a planificação						
	2- Falta de equipamento informático e a capacitação do pessoal em gestão de infra-estruturas		+		+	2	
	3- Falta de capacitação e orientação técnica dos gestores no uso da informação para a tomada de decisão.		+		+	2	
<b>III. Registos dos Recursos RH (G3)</b>	1- Falta de equipamento e uma base operacional (de registo dos funcionário existente e recém formados), formação do pessoal no uso da base de dados e sua sustentabilidade		+	+	+	3	
<b>III. Registos dos Recursos Finanças (G3)</b>	1- Falta de advocacia, de uma legislação que regula a prestação da informação sobre as despesas com a saúde do sector público e privado.		+	+	+	3	
	2- Falta dos mecanismos de coordenação e de padronização entre as diferentes fontes financeiras, as Contas Nacionais de Saúde (CNS) estão em via de implementação	+	+	+		3	
<b>III. Registos dos Recursos Equipamento, Fármacos e Produtos farmacêuticos (G3)</b>	1- Falta de um modelo de relatório padronizado para elaboração do inventário sobre as condições do equipamento e infra-estruturas, incluindo a reservas de material e produtos farmacêuticos.	+	+	+		3	
	2- No sector público há deficiente política de desenvolvimento de especialistas nas áreas de gestão dos hospitais, das infra-estruturas físicas e logística, do equipamento, dos materiais e produtos farmacêuticos.	+		+		2	
	3- Falta de critérios uniformes de distribuição de medicamentos de acordo aos casos notificados	+		+		2	
<b>IV. Tratamento dos dados (G1)</b>	1- O DES do GEPE não tem um armazém de dados (base de dados integrada, datawarehouse) que seja harmonizado e compatível com as outras bases de dados do Serviço Público (FAA, MININT), do sector privado, ou das fontes de informação de outros sectores (como a base de dados do INE).		+	+	+	3	
	2- Falta o pessoal adequadamente treinado para gerir um armazém de dados integrado		+	+	+	3	
	3- Falta um dicionário do MINSA o de outra entidade estatística nacional, que defina para o sector da saúde: (1) uso dos dados em indicadores; (2) especificação de métodos de recolha de dados a ser empregados; (3) periodicidade das recolhas; (4) designações geográficas (urbana/rural); (5) técnicas de análise usadas; e (6) eventuais desvios a ser considerados.				+	+	2
	4- Faltam códigos uniformes para todas as fontes de dados do País na área da saúde disponíveis para os órgãos de gestão aos diferentes				+	+	2

	níveis. Durante a produção de mapas sanitários (em via de completamento) foram já identificados códigos de identificação das unidades sanitárias e unidades geográficas administrativas.					
<b>V. Produtos da Informação (G3)</b>	1- Há discrepâncias nos métodos de recolha dos dados para cálculos dos indicadores do estado de saúde, por exemplo taxas de mortalidade maternas e infantil, incidência da tuberculose, partos assistidos e morbilidade e mortalidade do VIH.		+		+	2
	2- Falta de uniformização nos métodos de recolha de dados sobre despesas com saúde no sector público e privado (ainda sem o sistema das CNS).	+	+	+	+	4
	3- Há limitações no cálculo da densidade do pessoal de saúde por falta de Censo e projecções populacionais. Há discrepâncias entre a classificação profissional entre as diferentes fontes. Não há dados sobre nome, sexo, idade e local de trabalho dos profissionais da saúde.	+	+	+	+	4
	4- Falta de realização de um inquérito sobre a prevalência tabagismo a partir do grupo etário dos 15 anos.	+	+		+	3
<b>VI: Divulgação e uso (G2)</b>	1- Falta do uso de informação em todas equipas de gestão para a M&A, seja a monitoria continua seja a avaliação periódica	+	+	+	+	4
	2- Falta de uso de mapas de cobertura ao nível municipal	+	+			2
	3- Falta de padronização dos relatórios, que não contem dados integrados de todos os programas, pouca divulgação de normas, falta de cumprimentos de calendários e de envio de relatórios, insuficiência também na análise e elaboração de relatórios (o mesmo problema foi elaborado pelo G1 nos Registo de Serviços de Rotina)	+	+	+	+	4
	4- Falta o uso adequado da informação pelos gestores para a planificação e a afectação de recursos. A informação è ocasionalmente utilizada para monitorar e apreciar (M&A) o desempenho dos serviços e o alcance das metas.		+	+	+	3
	5- Falta de capacidade e consciencialização do pessoal clínico e gestores da saúde no uso da informação.			+	+	2
	6- A comissão técnica sobre os factores de risco e principais determinantes da saúde, já existente, não funciona adequadamente, faltam os incentivos e os mecanismos para implementar as suas sugestões	+		+	+	3
<b>Total</b>	<b>68</b>					



## ANEXO 4

### Lista Nominal dos Participantes aos Grupos de Trabalho, Seminário SIS, Junho 2010

RELAÇÃO NOMINAL DOS ELEMENTOS QUE PARTICIPARAM NOS GRUPOS DE TRABALHO PARA A ELABORAÇÃO DO PE SIS JUNHO DE 2010				
GRUPO Nº 1				
Nº ordem	Nome	Organismo	Nº de telefone	E-mail
1	Lukoki Artur	INE	923400411	<a href="mailto:lucokinku@ine.gv.ao">lucokinku@ine.gv.ao</a>
2	Woluma Mbo Azol Mahatma	DE/GEPE/MINSA	923451084	<a href="mailto:wolumamahatma@yahoo.com.br">wolumamahatma@yahoo.com.br</a>
3	Luzia Maria Tchipia	INE	923638696	<a href="mailto:luziatcipia@ine.gv.ao">luziatcipia@ine.gv.ao</a>
4	Disimwa Kiavewa	DE/GEPE/MINSA	923606494	<a href="mailto:disimwa@hotmail.com">disimwa@hotmail.com</a>
5	Alfredo Manuel Rodrigues	DSS/EMG/FAA	924165827	<a href="mailto:sakapaz@yahoo.com.br">sakapaz@yahoo.com.br</a>
6	Margarida Lourenço	INE	923603075	<a href="mailto:margarida.lourenco@ine.gv.ao">margarida.lourenco@ine.gv.ao</a>
7	Bonifácio Lucanga	DPS L: NORTE	923708465	
8	João Camenhe	DPS HUAMBO	923847732	
9	Miguel Gaspar	DSS/EMG/FAA	923540297	<a href="mailto:gasparchi61@yahoo.com.br">gasparchi61@yahoo.com.br</a>
10	Inaldo Esgueira	DPS UIGE	923539915	<a href="mailto:inaildoesgueira@hotmail.com">inaildoesgueira@hotmail.com</a>
GRUPO Nº 2				
11	Ana Lidia Miguel Alberto Francisco	DE/GEPE/MINSA	923638259	<a href="mailto:alfaf67@yahoo.com.br">alfaf67@yahoo.com.br</a>
11	Tomás Hambili Paulo	DPS HUILA	924345210	<a href="mailto:tomashambili@yahoo.com.br">tomashambili@yahoo.com.br</a>
12	Cipriana Maria Cassova	DPS HUAMBO	922498145	
13	Augusto Capinga	DPS BENGUELA	923392317	<a href="mailto:augustokapinga2009@hotmail.com">augustokapinga2009@hotmail.com</a>
14	António Pedro	DPS BENGUELA	924086802	
15	Jorje Manuel da Cruz	DSS/EMG/FAA	923510004	<a href="mailto:jorgitohml@hotmail.com">jorgitohml@hotmail.com</a>
16	António da Silva Matoso Andrade	H. J. Machel	923482443	
17	Pedro dos Santos	DPS HUILA	923668968	<a href="mailto:pedrobubdi@yahoo.com.br">pedrobubdi@yahoo.com.br</a>
18	Mirtha Murillo	UNICEF	929588571	<a href="mailto:mimurillo@unicef.org">mimurillo@unicef.org</a>
19	Manuel Vindo Laco	DI/GEPE/MINSA	912521327	<a href="mailto:mvlaco7@hotmail.com">mvlaco7@hotmail.com</a>
20	Francisco Muganza	UNICEF	922241976	<a href="mailto:fmuganza@unicef.org">fmuganza@unicef.org</a>
21	Coulibaly Seystou	OMS	927306278	<a href="mailto:coulibalys@ao.afro.who">coulibalys@ao.afro.who</a>
22	Lina Kito Miguel	ASCAM	923047120	
23	Domingas Alexandre	ANEA	923428270	<a href="mailto:domingasalex@hotmail.com">domingasalex@hotmail.com</a>

24	Vagno António Gomes	Advance-Consultoria	929736795	<a href="mailto:vagnogomes@advance.co.ao">vagnogomes@advance.co.ao</a>
25	Maria Fernanda Carlos Baptista	INLS/MINSA	923413667	<a href="mailto:nhambarsbaptista@hotmail.com">nhambarsbaptista@hotmail.com</a>
26	Manuel Vieira Reepson	DP/GEPE/MINSA	923401857	<a href="mailto:mvreepson@hotmail.com">mvreepson@hotmail.com</a>
27	Cristina Lourenço da Costa	H.M.L.PAIM	923404299	
<b>GRUPO Nº 3</b>				
28	Marta do Rosário Jeremias Jonas	INLS/MINSA	924730685	<a href="mailto:benignaclente@yahoo.com.br">benignaclente@yahoo.com.br</a>
29	André Neto Gongga	DNISP/MINSA	923362495	<a href="mailto:andregonga@gmail.com">andregonga@gmail.com</a>
30	Amadeu Dala	ICCT/MINSA	936198081	<a href="mailto:amade-dala@yahoo.com.br">amade-dala@yahoo.com.br</a>
31	Paulo Ernesto Alves	CNO	924040596	
32	Maria Lúcia M. Furtado	INLS/MINSA	923303515	<a href="mailto:malufurt@hotmail.com">malufurt@hotmail.com</a>
33	Lando Mienzi Geraldo	H. Psiquiatrico LDA	925924831	<a href="mailto:landumgeraldo@hotmail.com">landumgeraldo@hotmail.com</a>
34	Francisco A.M.Quinto	H.M.L.PAIM	923403712	<a href="mailto:drquinto@yahoo.com.br">drquinto@yahoo.com.br</a>
35	Vanda Goulão	DNISP/CPDE/MINSA	924812779	<a href="mailto:vanda-gou-lao@hotmail.com">vanda-gou-lao@hotmail.com</a>
36	Filomena Gomes da Silva	INSP/MINSA	929402902	<a href="mailto:filomenasilva5@yahoo.com.br">filomenasilva5@yahoo.com.br</a>
37	Eusébio Manuel	DNISP/CPDE/MINSA	912202523	<a href="mailto:cpde@snet.co.ao">cpde@snet.co.ao</a>
38	Maria Georgina Panzo Marques	DE/GEPE/MINSA	912264098	<a href="mailto:marikikas@hotmail.com">marikikas@hotmail.com</a>
<b>GRUPO Nº 4</b>				
39	Joana Gomes	DNRH/MINSA	923610436	<a href="mailto:josimago32@hotmail.com">josimago32@hotmail.com</a>
40	Arlete Monteiro de Sousa	MINFIN	912507083	<a href="mailto:arletesousa@minfin.gv.ao">arletesousa@minfin.gv.ao</a>
41	Morgado Ngudivita Paulo	ICCT/MINSA	923444135	<a href="mailto:atanor22@yahoo.com.br">atanor22@yahoo.com.br</a>
42	Mário João L. Quitumbo	DNME/MINSA	914243145	<a href="mailto:marioquitumbo25@yahoo.com.br">marioquitumbo25@yahoo.com.br</a>
43	Sucami André	DNME/MINSA	923498425	<a href="mailto:sucamiandre@hotmail.com">sucamiandre@hotmail.com</a>
44	Munzala M. Ngola	OMS	925966703	<a href="mailto:ngola.@ao.afro.who">ngola.@ao.afro.who</a>
45	José Chocolate Lelo Zinga	DNME/MINSA	912329653	<a href="mailto:lelozinga@gmail.com">lelozinga@gmail.com</a>
46	Bart Bruins	USAID	927844626	<a href="mailto:bbruins@usaid.gov">bbruins@usaid.gov</a>
47	Nzau Mbundo	DPS LUANDA	928807703	<a href="mailto:nzauclement@yahoo.fr">nzauclement@yahoo.fr</a>
48	Nobre Miguel Paulo	DEP/GEPE/MINSA		<a href="mailto:nobremiguel@yahoo.com.br">nobremiguel@yahoo.com.br</a>
49	Rosa Matias Manuel Borges	DE/GEPE/MINSA	912264099	<a href="mailto:rosamatias10@hotmail.com">rosamatias10@hotmail.com</a>
50	Amélia Domingos Comba Joaquim	DE/GEPE/MINSA	923605189	<a href="mailto:adcombaj@hotmail.com">adcombaj@hotmail.com</a>

## ANEXO 5

<b>Lista de Projectos de reforço do SIS em curso (Angola, Outubro 2010, inventario parcial)</b>						
<b>Num</b>	<b>Nome e conteúdo do projecto de reforço</b>	<b>Unidade responsável</b>	<b>Produtos/Resultados</b>	<b>Período de implementação</b>	<b>Finanças, AT</b>	<b>Fontes de ajuda externa</b>
1	Elaboração de mapas sanitário a nível nacional	GEPE	Plano do desenvolvimento sanitário Provincial.	2006- 2010	OGE, OMS, EU, USAID/ Techassist, Medhalf	OMS, USAID, EU
2	Contas Nacional da Saúde	GEPE	Despesas totais com a saúde do sector público e privado	2008- Junho de 2010	OMS	OMS, USAID, EU, Embaixada de França
3	Suporte para desenvolver a política dos recursos humanos	DNRH	Observatório do pessoal, Biblioteca virtual, ....	2009	EU/OMS	EU
4	Reformulação do plano de desenvolvimento dos recursos humanos	DNRH	Plano anterior 1997-2007, reformulado	2010 – 2013	OGE/OMS	OMS
5	Digitalização do arquivo manual existente dos RH	DNRH	Arquivo actualizado e informatizado	2009 – 2015	OGE/OMS	OMS
6	Estudo de sero - prevalência VIH	INLS	Dados da prevalência e incidência do HIV/SIDA	2007 – 2010	Fundo Global/CDC	Fundo Global
7	Reforço para combate aos SIDA, TB, Malária	INLS, TB e Malária	....	Ronda 7, 8 e 9 (duração 5 anos)	PNUD e agora MINSA (GEPE)	Fundo Global Sida, TB e Malária para os principais recipientes
8	Capacitação dos técnicos Municipais de Vigilância	DNSP	Técnicos VE capacitados	2005 – 2010	EU, OMS	EU, OMS
9	Projecto de controlo do SIDA, Malária e TB (HAMSET)	GEPE	Produção de material educativo, realização de inquéritos na comunidades e nas empresas públicas	2007-2010	IDA \$14 M, Banco Mundial \$21 M, OGE £4 M	OGE, Banco Mundial e IDA

			privadas, estudos de CAP sobre SIDA			
10	Revitalização do serviços municipal de saúde	DNSP	Capacitação do pessoal na a recolha de dados a nível municipal.	2008 – 2010	OGE-Parceiros	Parceiros internacionais
11	Informatização do MINSA, componente de ligação Internet e Intranet, gestão electrónica dos documentos, formação em serviço	GEPE	Infra-estrutura TIC do novo edificio do MINSA,	2010-2015	E-GOV Angola,	Bilateral China
12	Actualização da base de dados nacional do pessoal da saúde	DNRH	Gestão e desenvolvimento dos recursos humanos	2006 – 2013	EU, OMS	EU, OMS (Actualmente paralisado)
13	Informatização do SIS nos Hospitais Nacionais	Advance (BR)	SIS informatizados	2007-2013	OGE	
14	Capacitação dos técnicos de Vigilância Epidemiologia da província do Uíge	DNSP	Técnicos capacitados	Nov. á Dez de 2010	OMS	
15	Equipar os Centros de VE com computadores	DNSP	Centros de V:E equipados	2010 á 2011	OGE, OMS	
16	Implementação de livros de registos em todas unidades com programas do HIV	INLS	Livros implementados em todas as US	2010-Dezembro á Junho de 2011	OMS, Fundo Global OGE	
17	Recolha de Indicadores de alerta precoce (IAPS)	INLS	Indicadores de alerta	2010 á Março 2011	OMS, OGE	
18	Capacitação dos técnicos de fármaco vigilância	DNME	Técnicos capacitados	2010 á 2011	OGE	
19	Formação dos pontos focais das Província, Município, US sobre a M&A da Malária	PNCM	Técnicos capacitados	2009-2013	Fundo Global/GEPE	
20	Formação dos técnicos nacionais e provinciais para uso da base de dados	PNCM	Técnicos capacitados	2010-2011	OMS, GMP, GF-Ronda 7	
21	Formação dos pontos focais das Província, Município, US na alerta rápida nas Províncias de Kunene, Huila, Namibe, Kuando Kubango	PNCM	Técnicos capacitados	2010-2011	OGE-PNCM	

# ANEXO 6

## MACROPROCESSO

Sistema Nacional de Saúde - Monitorização da Actividade

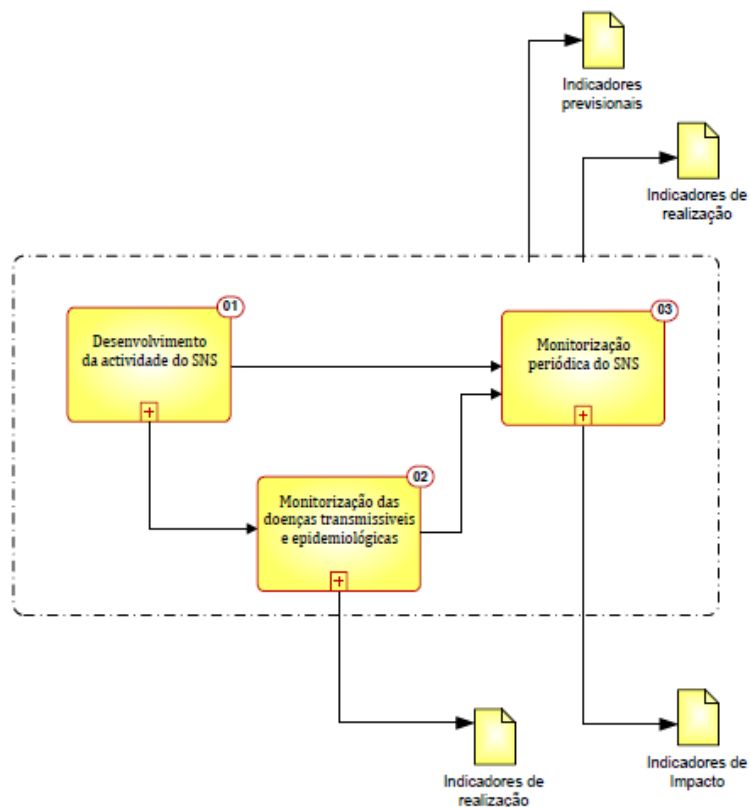


GOVERNO DE ANGOLA

**SMPN**

SISTEMA DE MONITORIZAÇÃO DO PLANO NACIONAL

### MAPEAMENTO DE PROCESSOS



### MONOTORIZAÇÃO

#### INDICADORES DE REALIZAÇÃO

- Partos assistidos por pessoal de saúde qualificado
- Número de médicos por 1000 habitantes
- Criar centros de hemodiálise
- Evacuação de pacientes ao exterior do país
- N.º de Recursos Humanos afectos à saúde por 10 000 habitantes
- Percentagem de unidades de saúde operacionais
- N.º habitantes por unidade de saúde
- N.º de camas por 1000 habitantes
- N.º de consultas por 1000 habitantes
- N.º de admissões (internamento) por 1000 habitantes
- N.º de cirurgias hospitalares realizadas
- N.º de procedimentos anestésicos hospitalares utilizados
- Índice global de cesarianas
- Percentagem de nascidos vivos com peso inferior a 2500kg
- N.º de consultas de planeamento familiar por método contraceptivo
- N.º de consultas de retorno de planeamento familiar por método contraceptivo
- N.º de contraceptivos distribuídos
- N.º de complicações na utilização dos método contraceptivos
- Percentagem de novos casos de SIDA
- N.º de crianças com SIDA acompanhados
- N.º de crianças com SIDA sujeitas a TARV
- N.º de adultos com SIDA acompanhados
- N.º de adultos com SIDA sujeitas a TARV
- N.º de casos de doenças transmissíveis
- N.º de óbitos causados por doenças transmissíveis
- N.º doentes atendidos
- N.º de exames médicos efectuados
- Pública
- N.º total de estabelecimentos de saúde
- N.º de salas
- N.º de casas - estruturas de apoio
- N.º total de camas
- N.º de surtos epidémicos
- N.º de técnicos formados
- N.º de máquinas e viaturas afectas à saúde

#### INDICADORES DE IMPACTO

- Taxa de detecção de casos novos com baciloscopia positiva
- Taxa de sucesso para os novos casos com baciloscopia positiva
- Reduzir a taxa de incidência de tripanossomiase
- Reduzir a taxa de incidência de malária (por 100 000 habitantes)
- Taxa de mortalidade em menores de 5 anos por 1000 nados vivos
- Taxa de mortalidade materna
- Taxa de mortalidade líquida do movimento Hospitalar
- Taxa de mortalidade bruta do movimento Hospitalar
- Índice de ocupação Hospitalar
- Média de estadia em camas Hospitalares
- Índice de rotação Hospitalar
- Intervalo de substituição Hospitalar
- Taxa de cobertura de partos
- Taxa de cobertura de vacinações de febre amarela a crianças < 1 ano
- Taxa de cobertura de vacinações de DTP a crianças < 1 ano
- Taxa de abandono de vacinações de DTP a crianças < 1 ano
- Taxa de cobertura de vacinações BCG com crianças < 1 ano
- Taxa de cobertura de vacinações de sarampo com crianças < 1 ano
- Taxa de cobertura de vacinações de POLIO com crianças < 1 ano
- Taxa de cobertura de vacinações de TOXOIDE TETANICO após 2ª dose
- Taxa de cobertura de vacinações de TOXOIDE TETANICO após 3ª dose
- Taxa de abandono de vacinações de TOXOIDE TETANICO
- Taxa de prevalência da Lepra
- Taxa de detecção da Lepra

#### INDICADORES DE PREVISIONAIS

- Necessidade de novos médicos
- Necessidade novos enfermeiros
- Necessidades de novos equipamentos de saúde

ELABORADO

SINTEC

APROVADO

REVISÃO

0

DATA

**ANEXO 7 LISTA DOS FORMULARIOS E RELATORIOS EM USO**
**DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

Nº	NOME	DEPARTAMENTO	AGENTE	FORM	PERIODICIDADE	DESCRIÇÃO SUMARIA
1	Modelo diário de Doenças Tropicais Negligenciadas	Departamento de Controlo de Doenças	MINSA	A4	Diária	Recolha de dados de Doenças Tropicais Negligenciadas
2	Modelo Mensal de Doenças Tropicais Negligenciadas	Departamento de Controlo de Doenças	MINSA	A4	Mensal, Trimestral, Semestral e Anual	Recolha de dados de Doenças Tropicais Negligenciadas
3	Relatório Mensal do Controlo da Malaria	Departamento de Controlo de Doenças	Fundo Global	A4	Mensal, Trimestral, Semestral e Anual	Recolha de dados de Malaria na Unidade Sanitária
4	Modelo de Notificação Trimestral e Actividades de TB-VIH	Departamento de Controlo de Doenças	Fundo Global	A4	Trimestral, Semestral e Anual	Recolha de casos novos de TB com Baciloscopia positiva
5	Modelo Trimestral dos Casos de Tuberculose e Actividades de TB-VIH - Categoria 1	Departamento de Controlo de Doenças	Fundo Global	A4	Trimestral, Semestral e Anual	Recolha de Total de casos de TB em todas suas formas Consolidado Provincial
6	Modelo do resultados de TB Pulmonar e das Notificações TB/VIH- Categoria 1	Departamento de Controlo de Doenças	Fundo Global	A4	Trimestral, Semestral e Anual	Recolha de resultado de casos de TBPulmonar e das notificações TB/VIH registados 12 a 15 meses antes Consolidado Provincial
7	Modelo do resultados de TB Pulmonar e das Notificações TB/VIH Registados - Categoria 1	Departamento de Controlo de Doenças	Fundo Global	A4	Trimestral, Semestral e Anual	Recolha de resultado de TBPulmonar e das Notificações TB/VIH registados 12 a 15 meses antes Consolidado Provincial
8	Modelo do resultados de Tratamento de TB Pulmonar e das Notificações TB/VIH Registados - Categoria 1	Departamento de Controlo de Doenças	Fundo Global	A4	Trimestral, Semestral e Anual	Recolha de resultado de TBPulmonar e das Notificações TB/VIH registados 12 a 15 meses antes Consolidado Provincial
9	Modelo do resultados de Tratamento de TB Pulmonar e das Notificações TB/VIH Registados - Categoria 2	Departamento de Controlo de Doenças	Fundo Global	A4	Trimestral, Semestral e Anual	Recolha de resultado de TBPulmonar e das Notificações TB/VIH registados 12 a 15 meses antes Consolidado Provincial
10	Modelo do resultados de Tratamento de TB Pulmonar e das Notificações TB/VIH Registados - Categoria 2	Departamento de Controlo de Doenças	Fundo Global	A4	Trimestral, Semestral e Anual	Recolha de resultado de TBPulmonar e das Notificações TB/VIH registados 12 a 15 meses antes Consolidado Provincial

11	Modelo do resultados de Tratamento de TB Pulmonar e das Notificações TB/VIH Registrados - Categoria 2	Departamento de Controlo de Doenças	Fundo Global	A4	Trimestral, Semestral e Anual	Recolha de resultado de TBPulmonar e das Notificações TB/VIH registados 12 a 15 meses antes Consolidado Provincial
12	Modelo Trimestral da Taxa de Conversão da Baciloscopia	Departamento de Controlo de Doenças	Fundo Global	A4	Trimestral, Semestral e Anual	Relatório Trimestral da Taxa de Conversão da Baciloscopia Consolidado Trimestral
13	Modelo Trimestral da Taxa dos Pacientes com Baciloscopia	Departamento de Controlo de Doenças	Fundo Global	A4	Trimestral, Semestral e Anual	Relatório Trimestral de pacientes examinados com Baciloscopia - Consolidado Trimestral
14	Ficha de encomenda de Medicamentos e Materiais	Departamento de Controlo de Doenças	Fundo Global	A4	Trimestral, Semestral e Anual	Fichas de encomenda de Medicamentos e Materiais para Tuberculose e Lepra
15	Mapa de resumo Estatísticos sobre a Lepra	Departamento de Controlo de Doenças	Fundo Global	A4	Trimestral, Semestral e Anual	Resumo de Dados Estatísticos sobre a Lepra
16	Ficha de Avaliação rápida da Situação Sanitária de Emergência	Departamento de Programas Especiais	MINSA	A4	Semanal, Mensal, Trimestral	Avaliação rápida da situação Sanitária das Populações Vulneráveis
17	Inquerito Sócio-Económico de Saúde Mental	Departamento de Programas Especiais	MINSA	A4	Semestral	Resumo sobre a Saúde Mental
18	Questionário sobre Saúde Mental e Abuso de Substâncias Psicoactivas	Departamento de Programas Especiais	MINSA	A4	Semestral	Resumo sobre a Saúde Mental e abuso de Substâncias Psicoactivas
19	Relatório de Actividades de Saúde Infantil	Departamento de Programas Especiais	MINSA	A4	Semestral	Resumo sobre a Saúde Infantil
20	Questionário para actualização dos Dados sobre efeitos Nocivos do Consumo do Alcool sobre a Saúde	Departamento de Programas Especiais	MINSA	A4	Semestral	Consequência Sociais e Para a Saúde
21	Guia de Recolha de Informação de Centros de Saúde (A)	Departamento de Programas Especiais	MINSA	A4		
22	Guia de Recolha de Informação Sobre Hospital Municipal (B)	Departamento de Programas Especiais	MINSA	A4		
23	Guia de Recolha de Informação Sobre Resumo Geral (A)	Departamento de Programas Especiais	MINSA	A4		
24	Guia de Recolha de Informação de Postos de saúde (B)	Departamento de Programas Especiais	MINSA	A4		

25	Ficha de Stock Mensal de Anticoncepcional	Departamento de Saúde Reprodutiva	MINSA	A4	Mensal, Trimestral, Semestral e Anual	Resumo de Stocks da Unidade Sanitária
26	Relatório Mensal dos Serviços de Planeamento Familiar	Departamento de Saúde Reprodutiva	MINSA	A4	Mensal, Trimestral, Semestral e Anual	Resumo dos Serviços de Planeamento Familiar da Unidade Sanitária
27	Relatório Mensal dos Serviços de Planeamento Familiar	Departamento de Saúde Reprodutiva	MINSA	A4	Mensal, Trimestral, Semestral e Anual	Resumo dos Serviços de Planeamento Familiar a nível Municipal e Provincial
28	Relatório Mensal do Movimento dos Contraceptivos	Departamento de Saúde Reprodutiva	MINSA	A4	Mensal, Trimestral, Semestral e Anual	Relatório Mensal do Movimento dos Contraceptivos da Unidade Sanitária
29	Ficha de Stock Continuo	Departamento de Saúde Reprodutiva	MINSA	A4	Mensal, Trimestral, Semestral e Anual	Resumo de Stocks Continuo do Municipio e Provincia
30	Modelo Mensal de Estatística de Consultas Pré -Natais	Departamento de Saúde Reprodutiva	MINSA	A4	Mensal, Trimestral, Semestral e Anual	Resumo de Consultas Pré-Natais do Municipio e Provincia
31	Ficha de Controlo Estatístico de CPN/Partos	Departamento de Saúde Reprodutiva	MINSA	A4	Mensal, Trimestral, Semestral e Anual	Resumo de Consultas Pré-Natais nas CPN/Partos e Mortes Maternas
32	Boletim Diário de Notificação Epidemiologica ( Cólera)	Departamento de Higiene e Epidemiologia	MINSA	A4	Diária	Dados sobre a Cólera
33	Boletim de Notificação Epidemiologica Semanal	Departamento de Higiene e Epidemiologia	MINSA	A4	Semanal	Recolha de Dados sobre Doenças Epidemiologicas
34	Boletim de Notificação Epidemiologica Mensal	Departamento de Higiene e Epidemiologia	MINSA	A4	Mensal, Trimestral, Semestral e Anual	Recolha de Dados sobre Doenças Epidemiologicas na Unidade Sanitária
35	Boletim de Notificação Epidemiologica Mensal	Departamento de Higiene e Epidemiologia	MINSA	A4	Mensal, Trimestral, Semestral e Anual	Recolha de Dados sobre Doenças Epidemiologicas consolidado Provincial



36	Boletim de Notificação Epidemiologica Mensal	Departamento de Higiene e Epidemiologia	MINSA	A4	Mensal, Trimestral, Semestral e Anual	Recolha de Dados sobre Doenças Epidemiologicas consolidado Municipal
37	Ficha de Avaliação Trimestral das Actividades de Promoção da Saúde a Nível Provincial	Departamento de Promoção de Saúde	MINSA	A4	Trimestral, Semestral e Anual	Dados sobre bem estar da População
38	Resumo Gestão Financeira	Programa de Saúde Ambiental	MINSA		Anual	Resumo das Actividades

**INSTITUTO NACIONAL DE LUTA CONTRA A SIDA**

Nº	NOME	DEPARTAMENTO	AGENTE	FORM	PERIODICIDADE	DESCRIÇÃO SUMARIA
1	Ficha de Registo do Formando	Departamento de Vigilância Epidemiologica	MINSA	A4		Dados pessoais do Formando
2	Processo Clínico de 1º atendimento da Criança Seropositiva	Departamento de Vigilância Epidemiologica	MINSA	A4		Dados pessoais da criança seropositiva
3	Balanço Mensal de Retrovirais	Departamento de Vigilância Epidemiologica	MINSA	A4		
4	Prescrição de Medicamentos Anti-Retrovirais	Departamento de Apoio Clínico	MINSA	A4		Fcha da História Clinica do Doente
5	Solicitação Trimestral de Retrovirais	Departamento de Apoio Clínico	MINSA	A4	Trimestral	Balanço Trimestral de Retrovirais
6	Ficha de Estiva	Departamento de Vigilância Epidemiologica	MINSA	A4	Mensal, Trimestral, Semestral e Anual	
7	Relatório do Programa PTV-VIH/SIDA	Departamento de Vigilância Epidemiologica e Apoio Clínico	MINSA	A4	Mensal, Trimestral, Semestral e Anual	Vela pelo Tratamento do Seropositivos
8	Resultado do Laboratório	Departamento de Apoio Clínico	MINSA	A4	Ficha Individual	
9	Encarte de Atendimento da Gestante VIH +	Departamento de Apoio Clínico	MINSA	A4	Ficha Individual	
10	Processo Clínico de 1º atendimento	Departamento de Apoio Clínico	MINSA	A4	Ficha Individual	

11	Ficha do Recém- Nascido Expocto ao VIH( 1º atendimento)	Departamento de Apoio Clínico	MINSA	A4	Ficha Individual	
12	Ficha de Amostra de Expectoração	Departamento de Apoio Clínico	MINSA	A4	Ficha Individual	
13	Relatório de Transferência	Departamento de Apoio Clínico	MINSA	A4	Ficha Individual	
14	Ficha do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do VIH	Departamento de Apoio Clínico	MINSA	A4	Ficha Individual	Prescrição de Zidovudina (AZT) Solução Oral
15	Ficha do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do VIH	Departamento de Apoio Clínico	MINSA	A4	Ficha Individual	Prescrição de Zidovudina (AZT) Injectável (Programa PTV)
16	Registo Diário de Testes Rápidos	Departamento de Apoio Clínico	MINSA	A4	Diária	
17	Registo Mensal do ATV	Departamento de Apoio Clínico	MINSA	A4	Mensal	
18	Registo da História sobre Teste de VIH e Aconselhamento Pós-Teste	Departamento de Apoio Clínico	MINSA	A4	Ficha Individual	
19	Ficha individual de Notificação /Investigação de VIH/SIDA	Departamento de Vigilância Epidemiologica	MINSA	A4	Ficha Individual	
20	Livro de Registo de Pacientes Seropositivos para Acompanhamento e Sua Instrução	Departamento de Vigilância Epidemiologica e Apoio Clínico	MINSA	A4		
21	Livro de Registo de Pacientes para Terapia Anti-Retroviral e Sua Instrução de Preenchimento	Departamento de Vigilância Epidemiologica e Apoio Clínico	MINSA	A4		
22	Livro de Registo de Pacientes para a Prevenção da transmissão Vertical e Sua Instrução de Preenchimento	Departamento de Vigilância Epidemiologica e Apoio Clínico	MINSA	A4		
23	Livro de Registo de Pacientes Co-Infectedos HIV/SIDA e Tuberculose e Sua Instrução de Preenchimento	Departamento de Vigilância Epidemiologica e Apoio Clínico	MINSA	A4		

I

**INSTITUTO NACIONAL DE ONCOLOGIA**

Nº	NOME	DEPARTAMENTO	AGENTE	FORM	PERIODICIDADE	DESCRIÇÃO SUMARIA
1	Mapa de Registo dos Dados de Imagiologia		MINSA	A4	Diário, Semanal, Mensal	
2	Serie Cronológica de Cirurgia		MINSA	A4	Mensal, eAnual	
3	Serie Cronológica de Laboratório	Departamento de Análises Clínicas	MINSA	A4	Mensal, eAnual	
4	Serie Cronologica de Internamento		MINSA	A4	Mensal, eAnual	
5	Recolha de dados de Cancro		MINSA	A4	Semanal e Mensal	Recolha de dados de Cancro em Geral
6	Recolha de dados não Oncologicos		MINSA	A4	Semanal e Mensal	
7	Estatistica da Anatomia Patologica	Departamento de Anatomia Patologica	MINSA	A4	Mensal e Anual	
8	Estatistica da Enfermagem		MINSA	A4	Mensal e Anual	

**DIRECÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS**

Nº	NOME	DEPARTAMENTO	AGENTE	FORM	PERIODICIDADE	DESCRIÇÃO SUMARIA
1	Mapa de Distribuição Psicotrópicos ou estupefacientes	Departamento de Medicamentos e Produtos Sanitários	OGE		Mensal, trimestral, Semestral e Anual	Controlo de Medicamentos na Unidade Sanitária
2	Controlo de Expediente para Tratamento Continuo de três dias de Espupefacientes e Psicotropicos	Departamento de Medicamentos e Produtos Sanitários	OGE		Diário	Controlo de Estupefacientes e Psicotrópicos na Unidade Sanitária
3	Modelo de Receitas de Estupefacientes e Psicotropicos	Departamento de Medicamentos e Produtos Sanitários	OGE		Diário	Padrão de como os Estupefacientes e Psicotrópicos na Unidade Sanitária devem obedecer
4	Autorização concedida a Farmacia	Departamento de Medicamentos e Produtos Sanitários	OGE		Anual	Distribuição a retalho de Medicamentos
5	Autorização concedida a Farmacia	Departamento de Medicamentos e Produtos Sanitários	OGE		Trimestral	Distribuição a retalho de Medicamentos

6	Autorização concedida a Farmacia	Departamento de Medicamentos e Produtos Sanitários	OGE		Anual	Distribuição a retalho de Medicamentos, incluindo Substâncias Psicotrópica /Estupefacientes
7	Autorização concedida a Farmacia	Departamento de Medicamentos e Produtos Sanitários	OGE		Trimestral	Distribuição a retalho de Medicamentos, incluindo Substâncias Psicotrópica /Estupefacientes
8	Autorização concedida a Farmacia	Departamento de Medicamentos e Produtos Sanitários	OGE		Anual	Deposito de Medicamentos, incluindo Substâncias Psicotrópica /Estupefacientes Renovável
9	Autorização concedida a Farmacia	Departamento de Medicamentos e Produtos Sanitários	OGE		Trimestral	Deposito de Medicamentos, incluindo Substâncias Psicotrópicas /Estupefacientes Provisório
10	Certificado de Importação de Psicotrópicos	Departamento de Medicamentos e Produtos Sanitários	OGE		Trimestral	Importadores de Substâncias Psicotrópicas
11	Certificado de Importação de Estupefacientes	Departamento de Medicamentos e Produtos Sanitários	OGE		Trimestral	Importadores de Estupefacientes
12	Certificado de Importação de Produtos Especiais	Departamento de Medicamentos e Produtos Sanitários	OGE		Uma vez	Importadores de Medicamentos em Geral
13	Nota de Entrada Física	Departamento Nacional de Medicamentos e Equipamentos	OGE		Diário	Contra da entrada de Medicamentos e Equipamentos
14	Guia de Remessa	Departamento Nacional de Medicamentos e Equipamentos	OGE		Diário	Recepção de Medicamentos
15	Ficha de Stock	Departamento Nacional de Medicamentos e Equipamentos	OGE		Trimestral e Semestral	Stock Existente
16	Nota de Recepção	Departamento Nacional de Medicamentos e	OGE		Diário	Recepção de Medicamentos

		Equipamentos				
--	--	--------------	--	--	--	--

**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DE SAÚDE**

Nº	NOME	DEPARTAMENTO	AGENTE	FORM	PERIODICIDADE	DESCRIÇÃO SUMARIA
1	Mapa de Pessoal não Docente Efectivo	Departamento de Recursos Humanos	OGE		Semestral e Anual	Control do Pessoal não Docente Efectivo
2	Mapa de Pessoal não Docente Contratado	Departamento de Recursos Humanos	OGE		Semestral e Anual	Control do Pessoal não Docente Contratado
3	Mapa de Control de Docentes cooperantes	Departamento de Recursos Humanos	OGE		Semestral e Anual	Control des Docente Cooperantes
4	Mapa de Controlo de Docentes Colaboradores	Departamento de Recursos Humanos	OGE		Semestral e Anual	Control des Docente Colaboradores
5	Mapa de Controlo de Docentes Efectivo	Departamento de Recursos Humanos	OGE		Semestral e Anual	Control des Docente Efectivos
6	Avaliação de dados Institucionais	Departamento de assuntos Academicos	OGE		Anual	Estrutura Organica e Quadro do Pessoal
7	Acta de Exame de acesso	Departamento de assuntos Academicos	OGE		Anual	
8	Distribuição dos Candidatos Tabelas (1,2,3,4 e 5)	Departamento de assuntos Academicos	OGE		Anual	Exame de acesso
9	Resumo de Dados Estatisticos dos Estudantes	Departamento de assuntos Academicos	OGE		Anual	

**GABINETE DE ESTUDOS PLANEAMENTO E ESTATISTICA**

Nº	NOME	DEPARTAMENTO	AGENTE	FORM	PERIODICIDADE	DESCRIÇÃO SUMARIA
1	Resumo Diário do Movimento de Sala	Departamento de Estatistica	OGE		Diária	Recolha de Doentes Internados nos Serviços Hospitalares
2	Resumo Diário Mensal do Movimento Hospitalar	Departamento de Estatistica	OGE		Mensal	Recolha de Doentes Internados nos Serviços Hospitalares
3	Mapa Mensal do Movimento Hospitalar	Departamento de Estatistica	OGE		Mensal	Recolha das actividades da Unidade Sanitária com Internamento
4	Registo de Doentes Internados	Departamento de Estatistica	OGE		Mensal	Registo de Doentes Internados por serviço

5	Informação de Censo de Camas	Departamento de Estatística	OGE		Outubro de cada Ano	Conhecer o número de camas por Serviços na US
6	Resumo Diário Mensal de Operações	Departamento de Estatística	OGE		Mensal	Conhecer o número de Operações realizadas na Unidade Sanitária
7	Resumo Diário Mensal de Anestesia	Departamento de Estatística	OGE		Mensal	Conhecer o número de Anestesia aplicadas durante as Intervenções Cirúrgicas na Unidades Sanitárias
8	Mapa Mensal de Operações	Departamento de Estatística	OGE		Mensal	Conhecer o número de Operações realizadas na Unidade Sanitária
9	Mapa Diário de Laboratório Clínico	Departamento de Estatística	OGE		Diária	Colher o número de Análises realizadas na Unidade Sanitário
10	Recolha Diária de RX	Departamento de Estatística	OGE		Diária	Conhecer o número de Placas Utilizadas segundo o tamanho nas Unidades Sanitárias
11	Mapa Diário Mensal de Laboratório Clínico	Departamento de Estatística	OGE		Mensal	Colher o número de Análises realizadas na Unidade Sanitário
12	Recolha Diário Mensal de RX	Departamento de Estatística	OGE		Mensal	Conhecer o número de Placas Utilizadas segundo o tamanho nas Unidades Sanitárias
13	Mapa Mensal de Meios de Diagnóstico e Tratamentos	Departamento de Estatística	OGE		Mensal	Colher o número de Análises e Placas segundo tamanho realizadas na Unidade Sanitário
14	Mapa Mensal de Obstetrícia	Departamento de Estatística	OGE		Mensal	Obter Informação necessária sobre actividades de Obstetricia
15	Diário Mensal de Consultas Externas e Urgências	Departamento de Estatística	OGE		Mensal	Conhecer o número de Consultas Externas e de Banco de Urgências
16	Informação Mensal de Serviços Externas	Departamento de Estatística	OGE		Mensal	Conhecer o número de Consultas Externas e de Banco de Urgências
17	Actividades Diárias de Estomatologia	Departamento de Estatística	OGE		Diária	Conhecer o número de doentes consultados em Estomatologia
18	Resumo Diário Mensal de Estomatol'gia	Departamento de Estatística	OGE		Mensal	Conhecer o número de doentes consultados em Estomatologia
19	Informação de Actividades de Centros e Postos de Saúde	Departamento de Estatística	OGE		Mensal	Conhecer as actividades desenvolvidas pelos Médicos e Enfermeiros nos Centros e Postos de Saúde
20	Mapa Mensal de Nosso- Necrologia	Departamento de	OGE		Mensal	Conhecer as Causas e Óbitos por grupo

		Estatística				de Idades
21	Mapa Mensal de Necrologia Geral	Departamento de Estatística	OGE		Mensal	Conhecer as Causas de Óbitos por grupo de Idades ocorridos nas Unidades e Comunidades

**DIRECÇÃO NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS**

Nº	NOME	DEPARTAMENTO	AGENTE	FORM	PERIODICIDADE	DESCRIÇÃO SUMARIA
1	Mapa de Carreira	Departamento de Administração de Recursos Humanos	OGE		Trimestral	Control de Técnicos por Carreira
2	Ficha de Infraestrutura e Recursos das Escolas	Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos	OGE		Semestrasl	Control de Infraestruturas
3	Ficha de Direcção de Escolas	Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos	OGE		Semestrasl	Control de Infraestruturas
4	Ficha do Corpo Docente Efectivo	Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos	OGE		Semestrasl	Control de Professores Efectivo
5	Ficha de Corpo Docente Colaborador	Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos	OGE		Semestrasl	Control de Professores Colaboradores
6	Ficha do Pessoal Administrativo e Serventuário	Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos	OGE		Semestrasl	Control do Pessoal Administrativo E Serventuário
7	Ficha de Cursos a decorrer nas Escolas	Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos	OGE		Semestrasl	Control de Cursos a Decorrer
8	Ficha de Cursos Concluidos	Departamento de Desenvolvimento de Recursos Humanos	OGE		Semestrasl	Control de Cursos Concluidos

## ANEXO 8

### Plano de Implementação do PE SIS, 2011-2015

#### Exemplos de folha electrónica, 1 Objectivo Especifico por cada um dos 4 Objectivos Gerais

N	Objectivo Especifico	Intervenção	Actividade	Resultado esperado	Prazo (Mês/Ano)	Entidade Responsável	Recursos necessários
1	Actualizar e implementar a legislação sanitária do País e as normas de implementação nacionais da recolha e uso dos dados estatísticos da saúde	1.1. Propor ao INE a implementação do artigo 9º, da lei 15/96, e o Estatuto Orgânico do INE, decreto nº32/00, no que diz respeito a obrigação de submeter periodicamente dados estatísticos por parte das entidades privadas que operam no sector da saúde com ou sem fim de lucro	1.1.1.Elaboração dos instrumentos jurídicos e outras disposições legais complementares que regulamentam a recolha e utilização dos dados estatísticos do sector da saúde	Diploma legal que delega formalmente a autoridade e tratamento de dados estatísticos ao MINSA	Junho de 2011	INE, MINSA/GEPE e Gabinete Jurídico	3 Técnicos, 5 dias de trabalho, material de escritório, lanche, subsídios
			1.1.2.Submissão da regulamentação para aprovação superior	Aprovação e Publicação do pacote legislativo (decretos executivos e regulamentos)	Dezembro de 2011	Ministro da Saúde	Conselho, Publicação, material de escritório
		1.2. Adoptar e aplicar na íntegra o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), aprovado pela resolução WHA/58 em 2005 e em vigor globalmente desde Junho 2007	1.2.1. Criação de um grupo técnico multissetorial do SIS para elaborar a documentação inerente ao SIS no quadro da revisão da lei 21B/92 e do decreto 54/03, Regulamento geral das US do SNS,	Grupo criado	Jan. – Outubro 2011	2 GEPE/DE – Dr. Belarmino	2 DNSP/DHE, 1 GAB. Jurídico e 1 OMS, 6 Representantes dos Subsistemas do SIS (Inclusão de DSS/FAA; Faculdades de Medicina, ISEe ENSP)
			1.2.2. Selecção dos indicadores de progresso do Regulamento Sanitário Internacional; Harmonização dos indicadores essenciais de avaliação da VIDR/RSI Adaptação das normas internacionais de notificação e controlo de doenças	Indicadores harmonizados seleccionados, normas actualizadas e aprovados pª implementação do RSI	Jan - Março 2011	2 GEPE/DE, 2 DNSP/Depart. Epidem, 1 GAB. Jurídico e 1 OMS	6 Representantes dos Subsistemas do SIS, material de escritório, lanches, subsídios, 15 dias



				Instrumentos de recolha da informação seleccionados, harmonizados e aprovados	Março - Dez 2011	2 GEPE/DE, 2 DNSP/Depart. Epidem, 1 GAB. Jurídicos 1 OMS	MINSA (DNSP, INSP, GEPE E ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PUBLICA
		<b>1.3. Promover acções para aprovação de Lei sobre a segurança social específica dos trabalhadores do sector da saúde – contra riscos decorrentes de actividades quotidianas</b>	1.3.1 Elaboração da proposta de lei e da regulamentação sobre a segurança social dos trabalhadores da Saúde	Lei elaborada, regulamentada e aprovada	Jan - Junho de 2011	GAB.Juridico/MINSA	2 DNSP/DHE, 1 GAB. Jurídico e 1 MAPESS, 4 técnicos, 15 dias, material de escritório, lanches e subsídios (este assunto deve ser incluído no Plano Estratégico de Desenvolvimento Sanitário)
<b>N</b>	<b>Objectivo Especifico</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Actividade</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Prazo (Mês/Ano)</b>	<b>Entidade Responsável</b>	<b>Recursos necessários</b>
5	Estabelecer uma lista mínima nacional de indicadores essenciais para monitorar os resultados do Serviço Nacional e do Sistema Nacional de saúde	5.1. Definir uma lista de indicadores essenciais a ser utilizada no MINSA, para monitorar os resultados dos planos, em colaboração com todos os programas e institutos de saúde	5.1.1. Reactivação e integração com novos membros da Comissão Técnica para selecção dos indicadores	Lista dos membros e TDR definidos	Uma semana (Mar 2011)	GEPE/DE, DNSP	4 Técnicos para 3 dias, material de escritório, subsídios e lanches
			5.1.2. Inventariação dos indicadores utilizados no passado e comparar com os objectivos/metabolos dos últimos 2-3 anos, racionalização, proposta de mudanças	Inventario indicadores completados	Um mês (Abr. 2011)	GEPE/DE e Comissão Técnica dos indicadores	1 Coordenador e 12 técnicos, 10 dias, 1 AT (remuneração), Material de Escritório, lanches, subsídios

			5.1.3. Elaboração de uma nova lista de indicadores para níveis nacional, provincial e municipal, discutida e aprovada num workshop nacional	Nova Listas dos indicadores produzidas	Um mês (Mai. 2011)	GEPE/DE e Comissão Técnica dos indicadores	1 Coordenador e 12 técnicos, 5 dias, 1 AT (remuneração), Material de Escritório, lanches, subsídios
<b>N</b>	<b>Objectivo Especifico</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Actividade</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Prazo (Mês/Ano)</b>	<b>Entidade Responsável</b>	<b>Recursos necessários</b>
			5.1.5. Definição de uma matriz padrão para Plano operacional anual central, provincial e municipal, incluindo metas e mecanismos de apreciação trimestral ou semestral de avanços na execução	Matrizes de planos operacionais produzidas	Um mês (Jun 2011)	GEPE/DE, EP, Planeamento e comissão	1 Coordenador e 12 técnicos, 15 dias, 1 AT (remuneração), Material de Escritório, lanches, subsídios
		<b>5.2. Definir uma lista de indicadores essenciais a ser utilizada no País inteiro, no sector público e no sector privado, por todos os intervenientes para</b>	5.2.1. Criação duma Comissão técnica interministerial, para definir a lista mínima de indicadores para o País, pelo Conselho Nacional de Estatística (CNE)	Lista dos membros e TDR	Uma semana (Set 2011)	INE/CNE, MINSA/GEPE	1 Coordenador + 9 técnicos (1 técnico INE, 1 GEPE/DE, 1 DNSP, 1 FAA, 1 MININT, 1 ONG, 1 Privado lucrativo, 2 Parceiros de saúde)

		<b>monitorar os resultados, em colaboração com as organizações profissionais e privadas.</b>	5.2.2. Inventariação dos indicadores utilizados no passado e comparar com os objectivos/metabolos planos dos últimos 2-3 anos, racionalização, proposta de mudanças, com apoio de AT	Inventario dos indicadores em uso completado	Um mês (Out 2011)	Comissão interministerial e AT	1 Coordenador + 9 técnicos (1 técnico INE, 1 GEPE/DE, 1 DNSP, 1 FAA, 1 MININT, 1 ONG, 1 Privado lucrativo, 2 Parceiros de saúde), subsídios, lanche, material de escritório + remuneração da 1 AT, durante 10 dias úteis.
<b>N</b>	<b>Objectivo Especifico</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Actividade</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Prazo (Mês/Ano)</b>	<b>Entidade Responsável</b>	<b>Recursos necessários</b>
9	<b>Melhorar e integrar a vigilância epidemiológica do País no SIS, incluindo o reforço da vigilância sentinela do VIH</b>	<b>9.1. Actualização do Plano estratégico da VIDR / RSI pela comissão constituída</b>	9.1.1. Realização de encontros de actualização das estratégias do RSI ratificado pela Assembleia Nacional (Julho 2008)	Estratégias actualizadas e aprovadas	Até Janeiro 2011	GEPE, DNSP/DHE e outros intervenientes do SIS	Membros RSI responsáveis municipais e provinciais
			9.1.2 Revisão do mandato da comissão e termos de referências do comité técnico para RSI	Comissão Revista e termos de referencia aprovados.	Até Janeiro 2011	GEPE, DNSP/DHE e outros intervenientes do SIS	Membros da Comissão RSI e Gabinete jurídico do MINSA.

		<b>9.2. Integrar os casos de morte materna no modelo de recolha e notificação</b>	9.2.1.Criação e extensão de Comités de auditoria de morte materna e neonatal institucionais a nível municipal, provincial, nacional e nas unidades sanitárias, para a confirmação das causas de morte materna e neonatal	Comité de auditoria de morte materna e neonatal criados	Setembro de 2011	GEPE/DNSP/DPS, DMS e US	Técnicos das DNSP/DPS, DMS e das US, SEM CUSTO
		<b>9.3. Fomentar a formação contínua das equipas multidisciplinares de VIDR (Clínico, técnico de laboratório, técnico de vigilância, técnico de emergência e técnico de promoção) em alerta precoce e resposta rápida aos surtos</b>	9.3.1.Actualização do manual para formação das equipas multidisciplinares dos técnicos de VIDR.	Manual de formação actualizado	Junho de 2011	GEPE/DNSP/DHE	6 Técnicos x 5 dias, subsídios, lanches, material de escritório
			9.3.2Realização de um curso de formação de formadores, duração 2 semanas, participantes 36 técnicos das 18 províncias sobre alerta precoce e resposta rápida aos surtos	Formação dos formadores realizada	Junho 2011	DNSP/DHE	6 Formadores nacionais x 2 semanas formam 36 técnicos das 18 províncias, subsídios, material didáctico, lanches
<b>N</b>	<b>Objectivo Especifico</b>	<b>Intervenção</b>	<b>Actividade</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Prazo (Mês/Ano)</b>	<b>Entidade Responsável</b>	<b>Recursos necessários</b>

14	<b>Estabelecer um sistema de informação de rotina de RH, como sob – componente do SIS</b>	<b>14.1. Actualizar e reforçar o sistema de informação de rotina dos RH: sobre o enquadramento, situação laboral, e grau de formação no sector público e privado com um fluxo periódico de dados das US para município, província e nível central e vice-versa</b>	14.1.1. Ajustar e rever os formulários existentes tendo em conta que os dados devem ser extraídos de fontes múltiplas: educação e numero de escolas de formação, situação laboral (ver base de dados MAPESS e MINFIN) e grau de abandono; colocação actual e transferências	Formulários ajustados	Um mês (Set 2011)	DNRH, GEPE/DE, FAA, MININT, Privados lucrativos e não lucrativos	Remuneração do Consultor internacional, subsídios para 6 técnicos nacionais representativos das 6 entidades, materiais de escritório e formulários imprimidos
			14.1.2. Uniformização dos formulários entre os diferentes fornecedores de serviço: Defesa, Privados lucrativos, ONG e Igrejas	Formulários unificados	Dois meses (Out-Nov 2011)	DNRH, GEPE/DE, FAA, MININT, Privados lucrativos e não lucrativos	Remuneração do Consultor internacional, subsídios para 6 técnicos nacionais, materiais de escritório e formulários imprimidos
			14.1.3. Testagem dos formulários aos níveis de US, DPS e Direcções nacionais	Formulários testados e adoptados	Três meses (Jan-Mar 2012)	DNRH, GEPE/DE	Subsídios para 6 técnicos nacionais, 3 dias, subsídios, transporte

## REFERENCIAS

---

- <sup>1</sup> Health Metrics Network (HMN), *Framework and Standards for Country Health Information Systems*, second edition, WHO, Geneva, June 2008. [www http://www.who.int/healthmetrics/en/](http://www.who.int/healthmetrics/en/).
- <sup>2</sup> MINSA-GEPE, *Relatório de Avaliação Nacional do Sistema de Informação da Saúde (SIS), Dezembro 2009 – Março 2010*, versão final, com o apoio da OMS e da EU, Luanda, Junho 2010.
- <sup>3</sup> República de Angola, *Política Nacional de Saúde, Por uma vida saudável para todos*, versão 3 de Maio, texto aprovado pelo Conselhos dos Ministros, Luanda, Agosto 2010.
- <sup>4</sup> MINSA, *Revitalização do Sistema Nacional de Saúde a Nível Municipal*, documento de trabalho, 4º rascunho, Luanda, Outubro 2009.
- <sup>5</sup> República de Angola, MINSA, *Plano de Desenvolvimento Económico e Social de Médio Prazo, 2009-2013 (PDMP)*, Luanda, 2009.
- <sup>6</sup> Health Metrics Network, (HMN), *Guidance for the Health Information Systems (HIS) Strategic Planning Process, Version 6*, WHO, Geneva, March 2009. [www http://www.who.int/healthmetrics/en/](http://www.who.int/healthmetrics/en/).
- <sup>7</sup> MINSA, *Reforma do Sistema Nacional de Saúde*, documento de trabalho, rascunho, Luanda, Outubro 2009.
- <sup>8</sup> MINSA-OMS, *Relatório da avaliação das Estratégias de “Saúde para todos no Ano 2000”*, período 1985-1989, Luanda, Dezembro 1990.
- <sup>9</sup> OMS - Health Transition Project, *Proposta de uma Estratégia para o Sistema de Informação de Saúde em Angola*, Relatório final da Consultoria, Luanda, Março 1998.
- <sup>10</sup> RMS – OMS, *Avaliando o Sistema de Informação Sanitária Nacional, Guião para o Instrumento de Avaliação*, tradução em PT da versão 4.00 em EN, Genebra, 2008.
- <sup>11</sup> Diário da República, Iª Série, N.º41, de Sexta-feira, 27 de Setembro de 1996, consta a Lei N.º 15/96, que cria o Sistema Estatístico Nacional, da Assembleia Nacional.
- <sup>12</sup> Diário da República, Iª Série, N.º30, de Sexta-feira, 28 de Julho de 2000, consta de Decreto N.º 32/00, que aprova o estatuto orgânico do Instituto Nacional de Estatística, do Conselho de Ministros; o Decreto n.33/00, aprova o regulamento da Lei n. 15/96, de 27 de Setembro, Lei de Base do Sistema Estatístico Nacional.
- <sup>13</sup> Diário da República, Iª Série, N.º30, de Sexta-feira, 28 de Julho de 2000, consta de Decreto executivo N.º 60/00, que aprova o regulamento das transgressões Estatísticas do Sistema Estatístico Nacional.
- <sup>14</sup> INE, UNICEF, *Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS)- Avaliando a situação das crianças e das mulheres Angolanas no início do Milénio*, Luanda, Angola 2003.
- <sup>15</sup> INE, *Inquérito de Indicadores Básicos de Bem Estar (QIBB)*, Angola, Luanda, 2005/2006.
- <sup>16</sup> INE, *Inquérito Integrado sobre o Bem Estar da População (IBEP), 2008-2009, Resultados Preliminares*, Luanda, Dezembro 2009.
- <sup>17</sup> MINSA/Instituto Nacional de Luta contra Sida (INLS), *Relatório de actividades 2009*, versão final, Luanda, Abril 2010.
- <sup>18</sup> MINSA/DNSP, *Boletim Epidemiológico, Ano de 2007*, elaborado pelo Centro de Processamento de Dados Epidemiológicos, Luanda, 2008.

---

<sup>19</sup> OMS, *Relatório da Consultoria de preparação da Avaliação do SIS usando a metodologia da RMS*, Luanda, Novembro 2008.

<sup>20</sup> MINSA/GEPE, *Plano Estratégico do SIS 2007 – 2016*, Documento de trabalho, circulação restrita, Luanda, Maio 2007.

<sup>21</sup> Global Health Information Forum, Prince Mahidol Award International Conference, *Call for Action*, Bangkok, Thailand, 26-30 January 2010.

<sup>22</sup> OMS-EU, *Relatório de Avaliação da utilização e fontes de dados dos RHS de Angola - Outubro 2009*, rascunho, Luanda, Maio 2010.