



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

**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO NACIONAL DO SISTEMA DE
INFORMAÇÃO SANITÁRIA (SIS)**

Versão final

Luanda, Março 2010

Apoio:



**World Health
Organization**

Organização Mundial da Saúde



União Europeia

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO NACIONAL DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA (SIS)

Comissão para elaboração:

Sr. Disimwa Kiavewa: Coordenador (Departamento de Estatística)

Sr. André Gongá (DNSP)

Revisores:

Dr. Bruno Piotti (Consultor Independente da RMS/OMS)

Dr. Belarmino João (Chefe do Departamento de Estatística/GEPE)

Luanda, Março 2010

Agradecimentos

Na fase conclusiva da avaliação abrangente do SIS, o Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística (GEPE) e o seu Director Daniel António querem agradecer para 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, Kuanza Sul, Huíge e Lunda Norte), Instituto Nacional de Estatística, Estado Maior das FAA e Hospital Militar, Ministério de Administração do Território, Ministério das Finanças, 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 e as equipas de facilitadores que se deslocaram as províncias seleccionadas para avaliação do Sistema de Informação Sanitária (SIS). Agradecimento especial para a União Europeia que apoiou e financiou o processo e para a OMS e o seu Representante Dr. Diosdado Nsue - Milang pelo empenho, dedicação e participação activa ao longo de todo o processo de avaliação.

Índice

Agradecimentos.....	3
Índice.....	4
Lista dos acrónimos.....	5
Sumario Executivo.....	6
1. Antecedentes.....	11
2. Metodologia da presente avaliação.....	23
3. Resultados da Avaliação.....	29
4. Insuficiências e particularidades nas seis (6) categorias.....	34
5. Avanços futuros.....	42
6. Recomendações para obter uma avaliação bem sucedida.....	46
Referencias.....	47
ANEXO 1.....	50
ANEXO 2.....	51
ANEXO 3.....	53
ANEXO 4.....	54
ANEXO 5.....	56
ANEXO 6.....	60
ANEXO 7.....	68
ANEXO 8.....	70
ANEXO 8-a.....	71
ANEXO 8-b.....	72
ANEXO 9.....	73

Lista dos acrónimos

DNME	Direcção Nacional dos Medicamentos e Equipamentos
DNRH	Direcção Nacional dos Recursos Humanos
DNSP	Direcção Nacional de Saúde Pública
DPS's	Direcções Provinciais de Saúde
EN	Equipa Nuclear
ENDE	Estratégia Nacional do Desenvolvimento da Estatística
GEPE	Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística
INLS	Instituto Nacional de Luta Contra o SIDA
ICCT	Instituto de Combate e Controlo das Tripanossomias
INE:	Instituto Nacional de Estatística.
HAMSET	Projecto do Banco Mundial para VIH/SIDA, Tuberculose e Malária
OMS	Organização Mundial da Saúde
Ong's/ONGs	Organizações não Governamentais
MINSA	Ministério da saúde
PSP_E	Programa de Saúde Pós Emergência
PASS	Projecto de Apoio ao Sector de Saúde
RMS	Rede de Metrologia de Saúde
SIS	Sistema de Informação Sanitária
SSM	Sistema de Saúde Municipal
SNS/SS	Sistema Nacional de Saúde
UNFPA	Fundo das Nações Unidas Para População

Sumario Executivo

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 e o reforço dos sistemas de saúde no Continente Africano e no contexto da sua reforma do Sistema de Saúde e do movimento de Revitalização do Sistema de Saúde a nível Municipal (2009).

A OMS de Angola, dando seguimento ao suporte prestado nos últimos anos a diferentes Departamentos do MINSA e especialmente ao Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística (GEPE) e sentido o parecer do Gabinete Regional da OMS, convidou a Rede de Metrologia da Saúde (RMS), baseada em Genebra, para prestar assistência técnica e financeira ao Departamento de Estatísticas do MINSA aplicando a sua metodologia já desenvolvida em 35 dos 60 Países de vários Continentes que aderem a esta rede. A proposta e a metodologia da OMS/RMS enquadra-se na iniciativa de numerosas Agências das Nações Unidas, de Países doadores e de Fundações privadas para apoiar a melhoria da informação estatística nacional com vista a medir melhor os Objectivos e as Metas do Milénio (ODM, 2015) e melhor monitorizar e avaliar os resultados dos programas e dos projectos nacionais para a saúde.

Em Outubro de 2009 durante a primeira missão da RMS foram dados os primeiros passos para lançar um processo de avaliação e de planificação abrangente e multisectorial do SIS, subdivididos em **três Fases e múltiplas etapas**, ver a **Figura 1** e o Capítulo 2 para mais detalhes. Aqui apresentamos alguns princípios que estão na base desta proposta e metodologia:

1. **Liderança e apoderamento** por parte dos países, especialmente Ministérios da Saúde e Institutos Nacionais de Estatísticas e Ministérios ligados ao Registo Civil;
2. **Responder as necessidades** de cada país, sendo realísticos e actuáveis;
3. **Construir a partir do que já existe**: dos sistemas já operacionais, tendo em conta as iniciativas e os projectos no terreno;
4. **Construir a partir duma ampla base de consenso e envolvimento entre as partes interessadas**, incluindo gestores do topo, doadores e peritos de todos os sectores;
5. **Abordagem gradual e crescente** rumo a uma visão de longo prazo, através dum plano sustentável a médio e longo prazos e dum plano operacional com actividades imediatas e custeadas.

Estes princípios são harmonizados com os princípios que estão na base do processo da implementação da Estratégia Nacional do Desenvolvimento da Estatística (**ENDE**) e na construção do Sistema Estatístico Nacional (**SEN**) actualmente em curso por parte do Instituto Nacional de Estatística (**INE**). Por exemplo, são princípios comuns com o ENDE: a integração dos dados da saúde na **política de desenvolvimento do País**, orientar todo o processo de reforço para a procura da informação, os resultados do processo devem ser construídos a partir do consenso, seguir os valores e princípios fundamentais da estatística oficial das Nações Unidas,

usar os padrões e as recomendações internacionais, incorporar os princípios de **gestão com base em resultados** nas suas actividades e atender aos padrões de **qualidade**, abranger todo o território e ter uma cobertura nacional, manter quando for possível a produção e os procedimentos existentes, mas elaborar uma perspectiva para as estatísticas nacionais e um programa integrado para a criação de capacidade estatística no País.

- As motivações para a avaliação e o reforço do SIS são resumidas na procura sempre mais urgente e ampla para uma informação fidedigna, atempada e completa por parte de gestores de serviços, directores de instituição, políticos e parceiros de ajuda. Os decisores da política e da gestão do Serviço Nacional de Saúde necessitam de mecanismos de M&A sempre mais sólidos e capazes de produzir evidências confiáveis e completas das prestações e do desempenho.

Três documentos do MINSA: a Política Nacional de Saúde, a Revitalização dos Municípios e do esboço da Reforma do Sistema de Saúde, demonstra duma forma unívoca a vontade política de melhorar a prestação do SIS. Em vários parágrafos é salientada a importância estratégica de dados de qualidade e duma informação abrangente e a tempo oportuno. Entre as citações possíveis, refere-se aqui somente o documento da PNS (2009):

“ 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 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.” ... Os instrumentos e os procedimentos do SIS, da M&A e da pesquisa “...serão melhorados e reforçados para permitir uma recolha de dados que possibilitem a monitorização, identificação de constrangimentos e a tomada de decisões atempadas para correcção de possíveis distorções e desvios na implementação da PNS.”

A vontade política de melhorar a prestação do SIS manifesta-se também nos Relatórios finais de duas Avaliações anteriores do SIS, dos anos 1989 e 1998 respectivamente (ver o parágrafo 1.4) e na documentação dos projectos pendentes como por exemplo aquele de Reformulação do SIS, iniciado no 2001 e ainda não finalizado (ver paragrafo 1.5).

Nos últimos 10 anos o MINSA, os outros actores do sector público da saúde, tais como as FAA e o Ministério do Interior, as vezes com a ajuda significativa de parceiros, fizeram investimentos para desenvolver o SIS.

Infelizmente estas intervenções desenvolveram-se duma maneira fragmentada. Fizeram muita falta a ausência dum Plano Estratégico do SIS e dum Plano de desenvolvimento da capacidade do pessoal estatístico.

Dentro do MINSA, os numerosos investimentos verticais, visando melhorar a capacidade humana, os instrumentos e os procedimentos no horizonte e no território específico de combate a cada doença, não tomaram em conta o conjunto das necessidades do pessoal de saúde na sua integridade e a todos os níveis: periférico, municipal, provincial e central.

Portanto, este Relatório presta conta das actividades de Avaliação abrangente e multisectorial, desenvolvidas de Outubro 2009 até Março 2010, uma descrição mais detalhada do processo é contida no Capítulo 2.

Todas as etapas da **Fase I: Liderança, Coordenação e Análise da Situação, foram completadas**. Numerosos encontros e reuniões foram organizados para formalizar a Liderança nacional do processo. Com os funcionários do GEPE e do Departamento de Estatística foram envolvidos outros intervenientes estratégicos: os representantes dos programas principais do MINSA e fora do Ministério os representantes do INE e das FAA. Foi constituída uma **Equipa Nuclear (EN)** inicialmente composta de 9 membros. Os membros foram familiarizados com as etapas e os materiais necessários para levar a cabo a Análise da Situação do SIS nacional. Especialmente foi apresentado e testado o Questionário padrão de 197 perguntas, subdivididas em 6 Categorias que representam as componentes principais de qualquer SIS nacional a ser testado (**ver a Figura 2** do Capítulo 2). Cada pergunta do questionário apresenta 4 cenários possíveis, cada um dos quais corresponde a um marco de 0 a 3, as pessoas escolhem qual cenário é o mais parecido com aquele de Angola e indica o marco correspondente. A pontuação final das perguntas é a media aritmética dos marcos atribuídos, que portanto define se o situação investigada pela pergunta è adequada ou não adequada relativamente ao padrão internacional (para mais detalhes ver o padrão de interpretação no paragrafo 3.1 deste Relatório).

No fim de Novembro de 2009, foram efectuados os primeiros passos para estender a coordenação ao nível provincial e a avaliação iniciou **em duas DPS: Kuanza Sul e Huambo, onde o questionário padrão foi aplicado** aos profissionais de saúde de nível provincial e municipal. De 12 até 14 funcionários em cada DPS responderam a cerca de 100 perguntas seleccionadas durante a visita de 2 equipas distintas de facilitadores.

A quarta etapa do processo foi o **Seminário Nacional de Avaliação** de 7 até 9 de Dezembro de 2009, em Luanda. Acerca de 80 pessoas foram convidados, e durante 3 dias estiveram no seminário representantes dos órgãos do MINSA (GEPE, DNSP, DNME, DNRH, INLS e Direcções Provinciais de Saúde (Huambo, Huila, Luanda, Lunda Norte, e Uíge), Maternidade Lucrecia Paim, Hospital Josina Machel, Centro Nacional de Oncologia, outras instituições (INE) e Ministérios (Finanças, Plano, Defesa, Interior e Administração do Território). Também fizeram parte nas sessões de trabalhos, Agencias das Nações Unidas (OMS, UNICEF e ONUSIDA) e Banco Mundial, 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 de trabalho e os diferentes sectores presentes, todos os participantes responderam pelo menos a uma amostra das 197 perguntas totais. Os resultados sumários **nacionais** por categoria e subcategorias deste seminário são disponíveis no **Anexos 8**. Os resultados sumários das 2 províncias são disponíveis nos **Anexos 8-a para Kuanza Sul, 8-b para Huambo**. Os resultados detalhados de cada pergunta são disponíveis no ficheiro "spreadsheet" que foi validado durante o Seminário de Março 2010.

Os comentários sobre a **análise sumaria** dos resultados da Avaliação, validados durante o Seminário Nacional de Março 2010, e análise dos **pontos fortes e dos pontos fracos do SIS** Nacional em Angola são disponíveis no **Capítulo 3**. Para mais

detalhes sobre os resultados e as insuficiências ver a **análise pormenorizada** no Capítulo 4. Aqui interessa salientar alguns aspectos positivos da Avaliação. Pela primeira vez no País foi possível reunir os mais diferentes intervenientes provenientes de vários sectores sociais, todos interessados a melhorar a produção, o processamento, a divulgação e o uso da informação ligada a saúde e averiguar as suas opiniões em dois eventos e num único processo de debate e de construção de consenso. Os marcos foram revistos por pessoal, que trabalhando especificamente na área coberta pela pergunta, podiam confirmar ou não se as respostas dos grupos de trabalho de Dezembro foram realísticas e precisas. As pontuações mais baixas foram transformadas em insuficiências, formuladas com comentários quando for possível. Esta descrição da situação é um ponto de partida representativo e valioso de diferentes níveis de serviços e de diferentes instituições ligadas a saúde que permite de formular os problemas que originam as insuficiências detectadas e debater as estratégias e os objectivos futuros.

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, a apreciação da qualidade dos serviços, a monitoria do desempenho dos profissionais, consoante os parâmetros e padrões internacionais.

Os **pontos fortes do SIS** de Angola são limitados. Somente os grandes inquéritos nacionais (MICS, QUIBB, IBEP) receberam uma pontuação de 62%, que significa que eles funcionam duma forma adequada, forneceram no passado e continuam agora a fornecer dados sobre indicadores cruciais para a política de saúde.

Também alguns dos registos sobre as doenças principais (VIH/SIDA, TB, Malária) e os relativos indicadores, assim como a vigilância sobre as doenças potencialmente epidémicas, 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 em quase todas as componentes do sistema, analisando o conjunto das pontuações de categoria todas elas são em baixo do mínimo e são "não adequadas". Indo para uma análise mais profunda 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 apropriados;

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 os fluxos paralelos.

Falta ao momento a capacidade humana, os meios informatizados e a orientação clara para coordenar e integrar a informação necessária a um boletim estatístico anual e completo do MINSA e tão pouco do Serviço Público.

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.

Com o Seminário Nacional de Março em Luanda, foi iniciada e foram completadas as primeiras 3 etapas da **Fase II: Revisão e validação dos resultados da Avaliação, Formulação do Plano Estratégico e Operacional do SIS**, que reúne no total 12 etapas, nomeadamente revisão e validação dos resultados, formulação dos problemas e prioridades contexto do Sistema de Saúde, inventario inicial dos projectos de reforço do SIS em curso no País.

Nos meses próximos espera-se que as pessoas e entidades até agora mobilizadas continuam a sustentar um amplo processo de debate e de construção de consenso para completar o processo de Planificação Estratégica e Operacional. As insuficiências identificadas e os problemas inicialmente formulados e priorizados representam um material precioso a partir do qual os passos podem seguir com sucesso.

1. Antecedentes

1.1 Desenvolvimentos recentes no sector da Saúde que determinam uma procura de dados

A visão da RMS em apoiar os sistemas estatísticos para garantir a qualidade do SIS é uma mais-valia para a estabilização dos Sistemas estatísticos dos países. Paralelamente a esta visão da RMS, os países precisam por outro lado, melhorar os sistemas estatísticos para acompanhar a evolução dos Sistemas Nacionais de Saúde. O nosso País não foge a regra, já que está em curso o debate para a revisão do Sistema Nacional de Saúde (SNS). É nesta base que foram produzidos três documentos importantes com o intuito de reformular o Sistema Nacional de Saúde no geral e o Sistema de Saúde a nível Municipal em particular. Tratam-se dos seguintes documentos:

1. 1.1 Política Nacional de Saúde (PNS) – Angola, Maio 2010

A PNS é uma proposta, ou seja, um rascunho em fase de actualização que brevemente será submetida as entidades para a aprovação. Constam nesta proposta, as grandes linhas, destacando as prioridades e estratégias do MINSA de hoje até 2025.

As prioridades principais da saúde são cinco (5), a saber:

- ❖ Redução da mortalidade materna 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 estratégias prioritárias a ser desenvolvidas para alcançar os objectivos de acordo o PNS são:

- ❖ Reestruturação e desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde com prioridade ao acesso de toda população aos cuidados primários de saúde,
- ❖ Promoção e preservação num contexto geral de um meio ambiente propício à saúde,
- ❖ Apoderamento dos indivíduos, das famílias e comunidades para a promoção e protecção da saúde.

Este documento descreve desta forma o papel do SIS nesta política:

“ 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.”

O documento descreve, no Capítulo da Monitoria e Avaliação, as principais funções que deverão ser também reforçadas, assim como a pesquisa e a investigação operacional. Os instrumentos e os procedimentos do SIS, da M&A e da pesquisa “...serão melhorados e reforçados para permitir uma recolha de dados que possibilitem a monitorização, identificação de constrangimentos e a tomada de decisões atempadas para correcção de possíveis distorções e desvios na implementação da PNS.

Os sectores e instituições do governo, bem como os parceiros nacionais e internacionais, vocacionadas para a monitorização e avaliação do desenvolvimento, serão intimamente associados ao processo de monitorização e avaliação da PNS, através de mecanismos nacionais específicos.

Relatórios consensuais serão publicados e divulgados sobre os progressos realizados no domínio do desenvolvimento sanitário e dos objectivos da PNS”.

1.1.2 Reforma do Sistema Nacional de Saúde (Angola, Outubro 2009)

O documento tem como desafios para 2009-2012, o combate as grandes endemias, VIH/SIDA, a redução da mortalidade materna e a mortalidade infantil, esclarece o preâmbulo da Reforma da Saúde. Os especialistas do Sector, ou seja, os responsáveis do MINSA, pela concepção, com apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam como principais vantagens das reformas dos sistemas de saúde a efectivação dos cuidados primários de saúde, isto é, promover maior acesso, equidade, efectividade e eficiência, conferindo ao sistema, objectivos perseguidos pela maioria dos sistemas de saúde. A relevância desta reformulação prende-se com a previsão de indicadores sócio - sanitários, isto é, as metas a atingir no ano 2025 (reforma do sistema nacional de saúde, pág. 7). Por outro lado, o Governo no seu Programa para 2009-2012 estabelece uma série de metas relacionadas à saúde (reforma do sistema nacional de saúde, pag.12). Por conseguinte a avaliação das metas só é possível com um sistema de informação sanitária consistente capaz de monitorizar e avaliar periodicamente as metas preconizadas, utilizando um pacote de indicadores bem escalonado por níveis. Este exercício só é possível com o melhoramento das performances do Sistema de Informação Sanitária (SIS).

1.1.3.Revitalização do Sistema Nacional de Saúde a Nível Municipal (Luanda, Setembro 2009)

O documento faz menção na página 18, do papel que o Sistema de Informação Sanitária (SIS), deve desempenhar no âmbito do Sistema de Saúde a nível do Município (SSM). De acordo com os pressupostos da revitalização do Sistema Nacional de Saúde a nível municipal, o Sistema de Informação Sanitária (SIS) deve avaliar o Sistema de saúde do nível Municipal (SSM), local e centralmente. O Sistema Nacional de saúde a nível Municipal propõe uma combinação de formulários de recolha e fluxo de transferência de dados, com recursos a sistemas informáticos para a compilação e análise de um conjunto de dados e indicadores acessíveis em tempo útil aos responsáveis dos níveis de tomada de decisões. O SSM orienta de que a selecção de dados a recolher e a determinação dos padrões que orientam a sua interpretação são da responsabilidade do nível central. Por conseguinte, os órgãos centrais do SIS são chamados em preparar os instrumentos de monitorização e avaliação do Sistema Nacional de Saúde a nível Municipal. Esses instrumentos só podem ser coerentes tendo um Sistema de Informação que oferece dados fiáveis. Daí a razão de adaptação do Sistema de Informação actual aos patamares e padrões universais. Por conseguinte, a avaliação do Sistema de Informação pode ponderar os problemas que enfermam o SIS e perspectivar acções concretas para oferecer ao País um instrumento válido, capaz de proporcionar indicadores sanitários para a gestão do Sistema de Saúde a todos os níveis.

1.2 Instituições responsáveis pela informação sanitária

O Decreto nº 32/2000, de 28 de Julho, no seu artigo 3º, estabelece que o Instituto Nacional de Estatística é o órgão executivo central do Sistema Estatístico Nacional, a quem cabe a produção e difusão de informação estatística oficial de interesse geral para o País. O artigo 21º, do mesmo Decreto, define entre outras, as competências do Departamento de Estatísticas Demográficas e Sociais adstrito ao INE. É estabelecida neste artigo, alínea d), a relação de trabalho consubstanciada na recolha e tratamento da informação fornecida pelos órgãos dos Ministérios que são membros do Conselho Nacional de Estatística. Em relação as fontes de dados para o SIS, são na sua maioria unidades sanitárias do estado (Hospitais nacionais, Hospitais provinciais, Hospitais municipais, Centros de saúde e postos de saúde) e um número muito ínfimo de unidades ligadas a igreja católica e protestante. Por outro lado, os órgãos centrais do MINSA- Direcções nacionais (DNME, DNRH, DNSP, Instituto Nacional de Luta Contra o VIH/SIDA, Instituto Nacional de Combate a Tripanossomiose), Direcções Provinciais de saúde, bem como o Instituto Nacional de Estatística fazem parte do rol das fontes de dados do Sistema de Informação Sanitária.

Responsáveis para a agregação, validação, processamento e análise, divulgação dos dados são:

a) MINSA:

- a. Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística (GEPE) através do Departamento de Estatística,
- b. Direcção Nacional de Saúde Pública, através da Vigilância Epidemiológica, PAV, Programas de luta contra as principais endemias (Malária, TB, SIDA, Tripanossomiase) e outras doenças, Instituto de Saúde Pública e outros Institutos,
- c. Hospitais nacionais de referência,

Para apreciar o Organigrama do MINSA, **ver Anexo 1.**

b) MINSA e o Governo Provincial através das Direcções Provinciais de Saúde, Secções Municipais de saúde e as respectivas Unidades Sanitárias,

c) Ministério do Planeamento através do **Instituto Nacional de Estatística** (INE) é um parceiro privilegiado no fornecimento da informação da população que é a base na elaboração de estatísticas de coberturas, incidências, prevalências e rácios, representa o responsável do Sistema de Estatística Nacional (SEN) que abrange todos os sectores económicos e sociais do País. O INE coordena os fluxos de dados originados dos diferentes Ministérios e das diferentes entidades públicas e privadas. Através do seu pessoal mais qualificado assegura a função de organização e coordenação dos grandes inquéritos nacionais sócio - sanitários nas populações, fornece os mais variados pareceres técnicos, oferece com as suas projecções da população residente os denominadores para o cálculo dos mais variados indicadores de saúde, de desenvolvimento económico e social. Nos últimos anos a falta dum Censo Geral actualizado afectou a fiabilidade desta última função, que deveria estar restabelecida quando, entre o 2014, o Censo será efectuado.

Outros importantes actores da produção (fontes de dados) e também do processamento e fornecimento da informação são:

d) Sector Público: Ministério da Defesa/Forças Armadas Angolanas e o Ministério do Interior que fornecem serviços de saúde e estatísticas,

e) Ministério da Justiça através do Registo Civil que produz dados essenciais sobre recém-nascidos, matrimónios e óbitos e causas de mortalidade, as unidades sanitárias das grandes empresas públicas do País como Sonangol, Endiama;

f) Sector Privado: que reúne unidades sanitárias com fins lucrativos (Clínicas e Hospitais) e sem fins lucrativos (ONG e Hospitais de Igrejas) as quais constituem o leque de unidades que produzem informação

sem participar no Sistema de Informação Sanitária do País, o que de certo modo deixa uma quantidade de dados fora do SIS.

Até hoje não existe uma informação sobre a saúde completa e abrangente no País que integra os dados de todos estes actores. Esta situação deixa uma série de interrogações sobre o ideal e a realidade da informação produzida em Angola. Daí o questionamento da coerência da informação fornecida no sistema vigente para a tomada de decisões. Os questionamentos devem servir de reflexões, com realce para os decisores políticos. Pois, a informação é no ideal a base de tomada de qualquer decisão na gestão da coisa pública.

1.3 Lista das organizações das Nações Unidas, dos parceiros de ajuda e iniciativas para o reforço do SIS

1.3.1. 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. Por exemplo, para mencionar somente o combate as principais endemias foram financiados e assistidos 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 SIDA, através do HAMSET/BM, com a definição de indicadores e instrumentos de recolha e análise, formação de técnicos adstritos aos CTV,s 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.

1.3.2 A OMS tem sido a única organização das Nações Unidas que apoia o Sistema de Informação Sanitária (SIS) em geral e em particular o Departamento de Estatística do GEPE em acções pontuais. Este apoio não tem sido sistémico, o que reflecte a ausência até agora de projectos direccionados para o Sistema de Informação Sanitária por parte desta importante agencia das Nações Unidas. A organização desta avaliação é um exemplo claro da ajuda da OMS que disponibilizou as verbas para a

realização de todas as actividades da avaliação do SIS. Este apoio foi vistoso e inclui a deslocação as províncias de Kuanza Sul e Huambo e a realização do Seminário Nacional de avaliação realizado no auditório do Hospital Josina Machel em Luanda.

1.3.3 Para além da OMS, o Departamento de Estatística do GEPE que superintende o SIS tem de forma aleatória, beneficiado de apoio de outras instituições internacionais. Tal é o caso da União Europeia através do **PSP_E e PASS** que desde o ano 2001, assegurou as actividades da consultoria da reformulação do SIS e da concepção da base de dados que infelizmente não se concretizou.

1.4 Projectos em curso que visam reforçarem o sistema estatístico do País.

Antes de examinar os actuais projectos, devemos dar conta de dois **projectos pendentes** que visam reforçar o sistema de informação sanitária a partir do reforço do seu órgão central, quer dizer, o Departamento de Estatística. Tratam-se do *Projecto da reformulação do SIS*, incluindo a concepção e implementação de uma base de dados que o sistema não possui desde a sua concepção, o *Projecto da Mortalidade Geral* é uma das propostas importantes para o reforço do Sistema de Informação Sanitária.

1.4.1. Projecto da Reformulação do SIS e a concepção da base de dados

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, com o projecto de suporte da União Europeia que inclui a consultoria do Dr. Anil Das Gupta Gonzalez, cujos extractos das tarefas consignadas nos termos de referência são as seguintes:

- Definição de indicadores úteis para permitir a tomada de decisões com a informação em tempo útil
- Realização de seminários e workshops com os delegados municipais de saúde para os sensibilizar sobre a importância do sistema de informação nas suas respectivas áreas.
- Desenvolver processos de capacitação informática para os técnicos estatísticos do sistema da saúde provincial

Esta consultoria não conseguiu atingir os objectivos principais, pois, das diversas conclusões e propostas apresentadas ao GEPE (11), nenhuma esteve próxima da concretização, o que naturalmente desmotivou os

interessados do projecto, os financiadores em particular (ver consultoria de apoio ao SIS- relatório da segunda fase, Novembro 2001, pagina 6 e 7.

Situação idêntica aconteceu com a concepção da base de dados para o Sistema de Informação. Este processo teve apoio da União Europeia, através do Projecto de Apoio ao Sector de Saúde (PASS). Foram previstas uma série de actividades, incluindo a formação de definidores da base de dados fora do País (Espanha). Realizaram-se três formações no exterior do País, com a participação de técnicos polivalentes dos órgãos do MINSA (Departamento de Estatística, DNRH, DNME, Instituto Nacional de Luta contra o VIH/SIDA e DNSP). A base de dados e a reformulação do SIS são premissas para a concretização dos objectivos previamente propostos pelas entidades do GEPE para o relançamento do SIS. Atendendo o impasse que se verifica actualmente, o Departamento avançou com a proposta de uma avaliação externa dessa consultoria (ver plano de acção de 2010), com o único objectivo de encontrar as reais causas de inoperacionalidade da base de dados e consequentemente remover os obstáculos, relançando assim o Sistema estatístico do País.

1.4.2 Projecto da Mortalidade geral

O Subsistema de Mortalidade tem sido incoerente por não produzir indicadores fiáveis. As taxas de mortalidade obtidas através do actual Sistema não correspondem a realidade dos acontecimentos, já que os parâmetros definidos no sistema vigente para a recolha de dados primários não permite avaliar com rigor a situação do País.

É sabido que a morte é um acontecimento natural. Para o seu registo, intervêm várias instituições (Conservatórias, Administrações Locais, Unidades Sanitárias (Estatais e Privadas), Ong's, representantes das comunidades, etc. Por conseguinte, os registos das instituições hospitalares do Estado, como única fonte para o calculo dos indicadores da mortalidade, não são suficientes para obtenção da informação sobre o estado de saúde da população (taxa de mortalidade infantil, taxa de mortalidade das crianças entre 1-4 anos, taxa de mortalidade geral etc.)

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 (não se conhecendo a frequência e as características diferenciais dos óbitos ocorridos nas restantes Províncias).

- ✚ Não 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 da estrutura por sexos, uma vez que a fonte das estatísticas elaboradas no Departamento Nacional de Estatística, são os boletins de óbito passado pelo registo civil que não contém o sexo discriminado. O sexo deduz-se do nome do falecido acarretando isso numerosos erros, na medida em que, existem nomes próprios que são utilizados em ambos sexos.
- ✚ Pouca precisão na estrutura por idades, 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 com base na data de nascimento, quando este considera pertinente e incluir no boletim de óbito.
- ✚ Inadequada indicação da causa básica de morte.
- ✚ Não se elaboravam estatísticas das outras variáveis contidas no certificado de óbito.

Apesar das limitações acima referidas o sistema de informação em análise, implantado em 1982 em Luanda (28,5 % da população do país) permitia conhecer-se a frequência dos óbitos registados nos cemitérios mensalmente com um certo atraso devido aos condicionalismos da época. Nessa altura, também era possível conhecer-se a tendência de algumas patologias seleccionadas. O projecto é uma tentativa de relançar o subsistema de mortalidade que funciona limitadamente por não fornecer indicadores importantes para avaliação do estado de saúde da população, tal é o propósito ideal dos indicadores extraídos. Portanto, visa recolher-se os dados a partir dos cemitérios em toda extensão do País, utilizando todas as fontes de registo de óbitos que ocorrem no território angolano.

Há quatro anos que se reformulou o projecto e entregue aos órgãos de direito, cuja resposta tarda chegar.

1.4.3. Os projectos actualmente em curso:

O Inventario dos projectos ainda parcial pode ser consultado no **Anexo 2**. Este é um trabalho não acabado e nos próximos meses, antes da formulação do Plano Estratégico do SIS, deveria ser completado.

1.4.4. Estratégia Nacional de desenvolvimento do Sistema Estatístico

Antes de motivar a avaliação presente precisamos de olhar para a estratégia nacional, que até agora não foi devidamente definida, o que é um obstáculo para o Sistema de Informação Sanitária. O MINSA nunca teve um Plano Estratégico para o Sistema de Informação Sanitária. Tem havido tentativa na concepção deste instrumento. 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 o País

continua a funcionar sem uma orientação estratégica do Sistema estatístico. A última tentativa do INE em que fez parte o Departamento Nacional de Estatística foi realizada nas instalações deste órgão, com a organização de um workshop promovido pelo “**Partenariat Statistique au Service de Developpement au XXIeme Siecle (PARIS21)**” nos dias 7-8 de Julho de 2009. Neste evento foram abordadas, com a presença de responsáveis da área de planeamento dos Ministérios de Angola, temáticas interessantes que são 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

A **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)
- 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

Neste momento o INE está elaborando o Plano Estratégico Nacional para colmatar o vazio existente na falta deste importante instrumento

1.5 Motivações que levaram à realização da avaliação do Sistema de Informação Sanitária (SIS)

A avaliação é um processo sistémico que se realiza através duma análise crítica das diferentes fases de planificação, programação e execução e tem como finalidade o melhoramento das mesmas fases. Por conseguinte, a avaliação é o princípio de controlo que prevê os seguintes quatro passos:

1. Definir o objectivo da avaliação e estabelecer normas ou standards.
2. Recolher a informação necessária
3. Comparar a "performance" do objectivo definido com as normas ou standards relativos
4. Se necessário, tomar decisões

O objecto da avaliação pode ser uma componente qualquer do processo de planificação, programação e execução: por exemplo definição de problemas, recursos, actividades, resultados. Na visão tradicional a avaliação coloca-se dentro de um processo cíclico, entre a fase de execução e a de reinício da programação. Nesta visão, a avaliação é uma actividade pontual e intermitente que constitui uma das várias fases do ciclo. Segundo uma visão mais actualizada a avaliação coloca-se paralelamente a todas fases do ciclo de planificação, programação e execução, assumindo diferentes objectivos e modalidades. É com base nestes pressupostos que se programou e se realizou a avaliação do SIS em Angola.

Nos últimos 20 anos, registaram-se apenas duas avaliações anteriores do SIS em Angola, que envolveram o GEPE e o Departamento de Estatísticas:

A Primeira realizada em 1989, não é uma avaliação propriamente dita do Sistema de Informação Sanitária. É sim uma avaliação dos resultados do Serviço Nacional de Saúde no seu todo, que tinha como lema **“Avaliar as estratégias de saúde para todos no ano 2000”**, cujo sistema de informação serviu para medir as acções previstas no período 1985-1989. Nessa altura, o País estava a viver num período de guerra. Relativamente aos resultados da primeira avaliação, o relatório aponta algumas limitações do Sistema de Informação Sanitária tais como:

- 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

Com base aos resultados da avaliação, foram traçadas as seguintes orientações:

- Selecção dos indicadores sanitários nacionais
- Reajustamento do sistema de informação único (Sistema de Informação de Estatísticas Sanitárias Contínuas)
- Previsão de unidades sentinelas para a vigilância epidemiológica e implantação de um novo sistema de vigilância epidemiológica
- Realização de um censo das unidades sanitárias
- Reforço de um sistema operativo dos cemitérios da cidade de Luanda e extensão às restantes províncias
- Reforço na utilização da informação para gestão e tomada de decisões
- Intensificação da retro-informação
- Uniformização, a partir de 1990, do relatório de execução do Plano das Delegações Provinciais de Saúde e dos Hospitais, em substituição do sistema de informação trimestral criado em 1984
- Intensificação da utilização da metodologia utilizada na avaliação internacional do PAV
- Elaboração do ante-projecto da Reestruturação dos órgãos de Estatística a todos os níveis do SNS

A segunda avaliação, realizada em 1998, foi levada a cabo no âmbito do **projecto HTP** (Health Transition Project), patrocinado pela Agencia (DFID) de parceria bilateral do Reino Unido e no quadro do suporte da OMS para o MINSA. Na altura a paz não estava ainda consolidada no País. Todavia, a equipa teve a oportunidade de examinar uma lista de documentos bastante elevada (ver o Anexo 9 do documento final **“Proposta para a estratégia de desenvolvimento do SIS”**, Fevereiro 1998) e de Leis que regulamentavam o

Serviço Nacional de Saúde (1992) e a Estatística nacional (1996). A avaliação foi restrita ao nível central na capital Luanda e focou a sua atenção mais nas propostas de revitalização e reforma do SIS que na análise dos problemas. O desenvolvimento do SIS estava planificado em 4 Fases:

Fase I: Revitalização do SIS nos vertentes do Quadro legislativo, Integração dos fluxos de dados dentro e fora do MINSA, capacitação do pessoal existente aos níveis municipal, provincial e central, Comunicação e informatização e Formação formal do pessoal clínico e estatístico dentro e fora do País, Produção duma lista mínima de indicadores nacionais, Registo civil, código Internacional da doenças e mortalidade.

Fase II: Revisão, actualização e uniformização dos instrumentos de recolha, processamento, análise e divulgação dos dados.

Fase III: Consolidação dos resultados depois de 2 anos de implementação de actividades de reforço e Recenseamento nacional da população, quando acabar a situação após emergência e de ajuda humanitária.

Fase IV: O SIS depois de ter consolidado o pessoal formado e recém-capacitado e a frente duma reestruturação da rede de centros e de hospitais públicos em via de acabamento, poderia passar a estabelecer um sistema de informação sobre qualidade de serviços e a monitoria do desempenho do pessoal e dos serviços.

Como **sumário** das avaliações antecedentes, podemos dizer que a situação do Sistema de Informação Sanitária é extremamente preocupante, tendo em conta o seguinte:

- Inexistência de um Plano Estratégico para o Sistema de Informação Sanitária,
- Sistema de Informação Sanitária (SIS) inconsistente,
- Não há uniformização dos órgãos de estatística nas províncias.
- Inexistência de órgãos de estatística nos municípios do ponto de vista formal,
- Falta de sistematização de instrumento de acompanhamento e funcionamento (supervisão, avaliação e monitorização),
- Falta de sustentabilidade do Sistema (dependência total de fundos externos),
- Inexistência de um plano de capacitação e formação permanente do pessoal ligado ao SIS,
- Inexistência de publicações estatísticas a nível intermédio,
- Incumprimento dos resultados de análises dos relatórios e informações estatísticas das fontes (Direcções Nacionais, Direcções Provinciais de Saúde, Hospitais Nacionais, Hospitais províncias e municipais (retro-informação),
- Inexistência de uma base de dados electrónica uniforme e nacional.

Outras motivações que levaram a avaliação do Sistema de Informação prendem-se com as atribuições do Departamento estampadas no Artigo 8º,

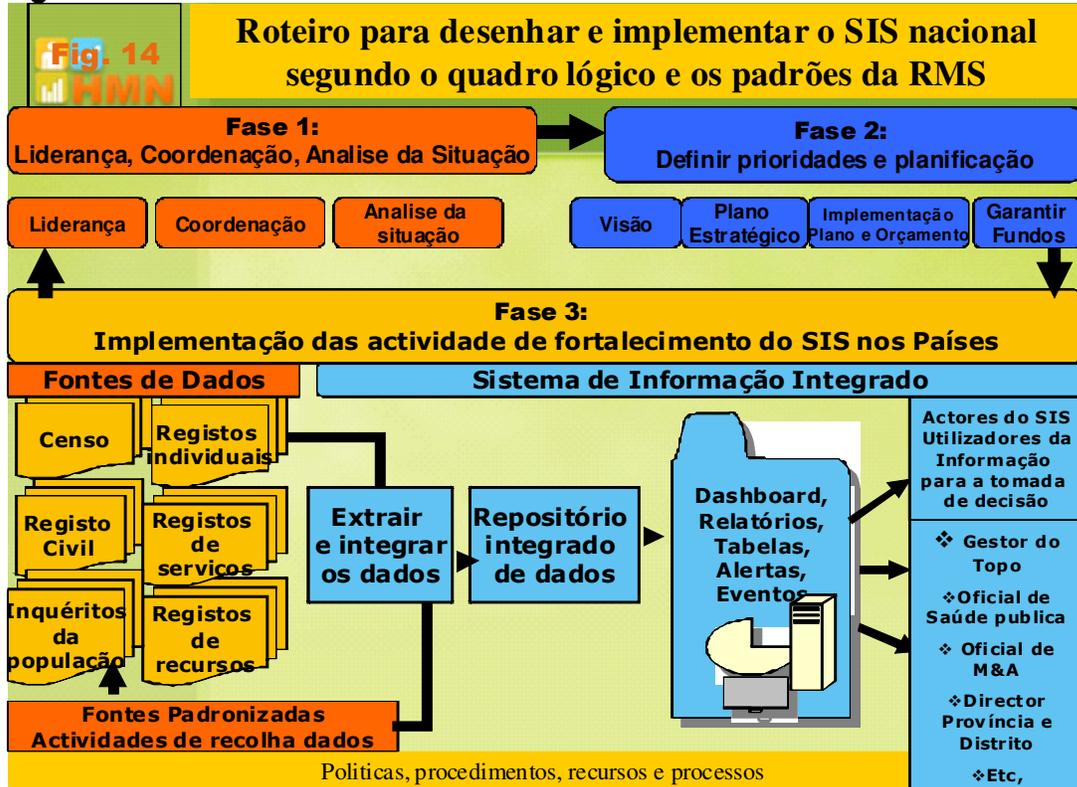
do Decreto Executivo Conjunto nº39/89, no ponto 5 (pagina 15, Proposta de uma estratégia para o SIS em Angola).

2. Metodologia da presente avaliação

O processo foi liderado pelo **GEPE, através do Departamento de Estatística**. Teve apoio institucional e financeiro da **OMS**, por intermédio da Rede de Metrologia de Saúde (RMS) que enviou em Angola um Consultor independente, Dr. Bruno Piotti para avaliação dos sistemas estatísticos. Para além do Consultor da RMS, a OMS local teve uma participação activa, através do Dr. Coulibaly, Gestor de projectos que acompanhou todas as fases e eventos (contactos interministeriais, reuniões de concertação e esclarecimentos, seminário, formação de grupos de trabalho, participação no teste de avaliação nacional, facilitação do processo de transferência de verbas da actividade da avaliação etc.). O **INE** teve uma participação importante no processo desde a primeira fase, deslocação a Província do Huambo até a realização do Seminário de avaliação representado pela Directora e outras técnicas seniores daquela instituição. Neste processo foram identificados e convidados, muitos actores e parceiros do Sistema de Informação sanitária. Ministério da Justiça, Ministério das Finanças, Ministério da Defesa, Ministério do Interior, Ministério do Planeamento, Ministério da Administração do Território, Núcleo de revitalização do Sistema Municipal de Saúde, Órgãos do Ministério da Saúde (Direcções Nacionais, Institutos Nacionais de Saúde, Hospitais Nacionais entre outros.

A metodologia aplicada foi consoante aquela sugerida pela RMS e ilustrada no gráfico do **Roteiro** aconselhado pela RMS, Figura 1. A **Fase I** que prevê uma primeira fase para estabelecer **uma liderança nacional** sobre todo o processo, criar ou reforçar a **coordenação** entre os actores múltiplos da saúde e dos diferentes sectores sociais envolvidos na saúde, depois uma **avaliação do SIS nacional** numa forma abrangente e multisectorial, incluindo os profissionais dos vários níveis de atendimento, municipal, provincial e central. A **Fase II**, dedicada ao processo de planificação estratégica do SIS, a estimativa dos custos e a procura dos fundos necessários, e finalmente a **Fase III**, que descreve a implementação das actividades de reforço e de reforma do SIS no sector e nos outros sectores ligados a saúde, investimentos e acções que visam melhorar o processo de tomada de decisão, de planeamento e de M&E do sistema nacional.

Figura 1.



Fase I

Relativamente ao processo, na primeira fase, a actividade teve início com a chegada no País, do Consultor da Rede de Metrologia de Saúde (RMS), a convite da Representação da Organização Mundial de Saúde (OMS) em Angola e os passos seguidos são, subdivididos em varias **etapas**, são aqui de seguinte ilustradas.

2.1. Primeira etapa: Liderança e coordenação.

Durante a primeira missão foram realizados: o encontro com Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística (GEPE), a discussão com INE sobre a metodologia a utilizar durante a avaliação conjunta, no quadro de adequação abrangente do SIS nacional, com os diferentes actores implicados no SIS (Direcções Nacionais do MINSA, Institutos do SIDA e Tripanossomiase), parceiros (ONGs Nacionais e Internacionais, Agencias das Nações Unidas) com a finalidade de formar o **Comité de Coordenação e uma Equipa Nuclear**, encarregue de executar a avaliação e a planificação do reforço do SIS, com o Departamento de Estatística do GEPE. Na reunião final que se realizou nas instalações do INLCS, Luanda, no dia 08 de Outubro de 2009 estes pontos foram atingidos. Durante a reunião foram também apresentados os três (3) objectivos da RMS que são:

- ✓ Estabelecer um quadro comum e global para o SIS nacionais, promover nos países padrões estatísticos internacionais e consistentes e praticas integras
- ✓ Fortalecer os SIS nacionais, explorando os pontos fortes, ultrapassando as fraquezas e construindo a partir dos mecanismos existentes
- ✓ Acrescentar o acesso e uso da informação de saúde e a transparência nas tomadas de decisão pelos gestores e decisores de política.

Os participantes são listados no **Anexo 3**.

2.2. Segunda etapa: Fase preparatória da avaliação

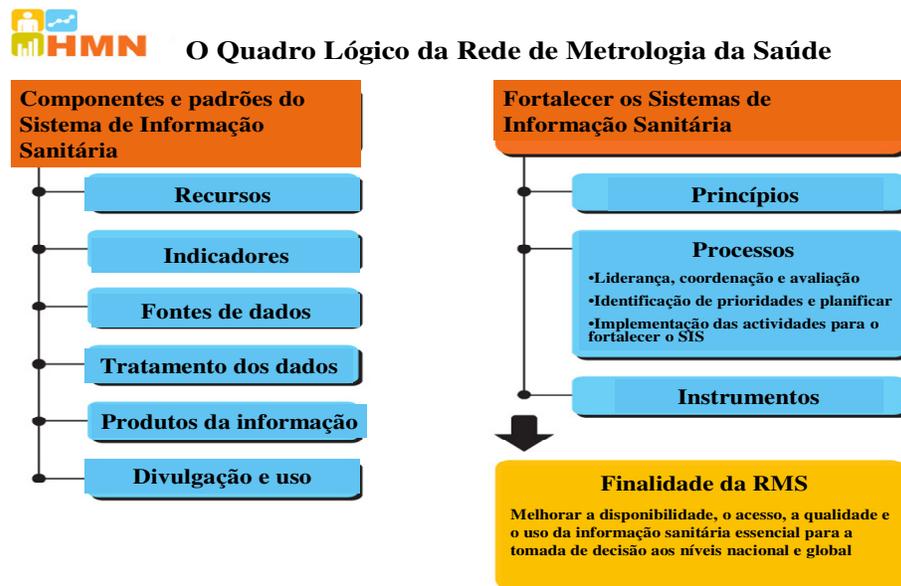
A avaliação foi antecedida de inúmeras actividades. Entre as quais se destacam a formação da **Equipa nuclear** (EN) compostos por 4 técnicos do Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística (GEPE), 1 técnico da Direcção Nacional da Saúde Publica (DNSP), 1 técnico da Divisão do Serviços de Saúde do Estado Maior das Forças Armadas e 1 técnica do Instituto Nacional de Estatística (INE). A Equipa Nuclear começou a funcionar momentos depois da sua criação. Foi assim que se encarregou de imediato seleccionar os membros que fizeram parte da avaliação nas Províncias do Kuanza Sul e Huambo. Foram seleccionados 3 técnicos para a Província do Kuanza Sul e 2 técnicos para a Província do Huambo. A Equipa Nuclear com o apoio do Consultor da RMS e do Gestor de Projectos da OMS/ANGOLA, organizaram nas instalações do Departamento de Estatística o primeiro ensaio, ou seja, o teste de avaliação para testar o instrumento previamente preparado pelo o Consultor. Atendendo as limitações físicas do Departamento de Estatística, tendo em conta a experiência do primeiro dia do teste, a Equipa solicitou os préstimos das instalações do HAMSET/BM, que disponibilizou a sala que albergou os membros da Equipa Nuclear e a equipa da OMS para a continuação de actividade do teste que antecedeu as avaliações provinciais e o Seminário Nacional. É de recordar que o teste nacional foi apoiado com os instrumentos de avaliação reajustados pelo Consultor da RMS, depois de reprodução do material em quantidade que cobriu as necessidades das duas províncias e do Seminário Nacional. Por outro lado, fazendo parte da fase preparatória, a Equipa Nuclear reajustou a lista de convidados que participou no seminário Nacional. Na mesma ocasião criaram-se os grupos de trabalho para o Seminário. Na composição dos grupos estabelece-se alguns critérios para facilitar a produtividade de cada grupo ao longo de discussão de temáticas propostos pela RMS.

Critérios de procedimento e normas praticas e de atitude geral foram discutidos e aprovados entre o grupo de acerca 10 facilitadores, reunidos na Equipa Nuclear. O critério fundamental aplicado para distribuir os participantes e os convidados ao Seminário foi de por no mesmo grupo o pessoal que trabalhava na mesma área ou exercia funções e tarefas semelhantes ou equivalentes, for isso **foram criados 5 grupos**, nomeadamente:

1. Grupo 1 reuniu todos os estatísticos do SIS de nível provincial, central, do MINSA ou das FAA;
 2. Grupo 2 reuniu todos os profissionais que dirigem ou trabalham num programa nacional e vertical da Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP), por exemplo aqueles da saúde materna e infantil, da luta contra a Malária, SIDA, etc;
 3. Grupo 3 reuniu os profissionais que trabalham num serviço de fornecimento de recursos, por exemplo os Recursos humanos, Financeiros, Farmácia e produtos sanitários, etc;
 4. Grupo 4 reuniu os clínicos que trabalham num Hospital nacional do MINSA ou das FAA;
 5. Grupo 5 reuniu os representantes dos diferentes sectores, por exemplo o INE, Ministério do Interior, do Território, da Defesa e FAA.
- Os representantes das Agencias das NU (OMS, UNICEF, UNAIDS, e outros) foram distribuídos em todos os grupos, mas principalmente no Grupo 3 que apreciava as perguntas relativas a informação sobre recursos para o sistema da saúde. A Lista nominal dos grupos é disponível no **Anexo 7**.

As 197 perguntas do Questionário padrão, que são subdivididas em 6 grandes Categorias que originam das principais componentes do SIS, foram seleccionadas e distribuídas nos 5 grupos, com base no critério da competência: cada grupo avaliava todas as perguntas que por conteúdo e tipologia eram mais relevantes e pertinentes para a própria área de trabalho e de responsabilidade. Critério análogo foi seguido para seleccionar as perguntas para as duas Direcções Provinciais.

Figura 2



Na **Figura 2**, o diagrama da RMS mostra na parte esquerda as 6 Categorias e componentes do SIS que do Questionário padrão. Por exemplo, durante o Seminário Nacional, todas as perguntas que tratam da fonte de dados da

Vigilância sobre as doenças epidémicas e comuns foram submetidas ao Grupo 2 e 4. Todas as perguntas relativas as fontes de dados relativos aos Recursos humanos e financeiros foram reservadas ao Grupo 3. Todavia, as perguntas de ordem geral da Categoria I (Politica e Recursos do SIS) foram submetidas a todos os grupos, assim como foi administrada uma amostra reduzida de algumas das perguntas contidas em todas as 6 Categorias do Questionário a todos os participantes.

2.3. Terceira etapa: Avaliação nas províncias do Kuanza Sul e Huambo

A avaliação nas províncias teve a duração de cinco (5) dias. Em relação a metodologia usada, destacamos a nomeação de técnicos que formaram as duas equipas que se deslocaram às províncias, 3 para a província de Kuanza Sul e 2 para a província do Huambo. As equipas foram minuciosamente orientados e documentados para a realização da avaliação sem sobressaltos. Contudo, constrangimentos não faltaram, a partir de Luanda já se haviam registado alguns, tais como, o atraso de uma semana devido a problemas administrativos, nomeadamente levantamento tardio das verbas e falta de transporte institucional para a equipa do Kuanza Sul. Teve que alugar-se uma viatura. As equipas partiram e conseguiram com êxito organizar a avaliação depois de ultrapassados os constrangimentos. Relativamente a metodologia, foram propostos 14 técnicos reunidos numa sala em cada província para responderem as perguntas da RMS. Um dos constrangimentos encontrados é da redução do número de participantes na Província do Kuanza Sul, apenas apareceram 12 participantes dos 14 previstos. A província do Huambo superou a província do Kuanza Sul, pois participaram 15 técnicos na avaliação. Destes técnicos, fizeram também parte representantes das Agencias das Nações Unidas (OMS)

Depois da apresentação dos objectivos e do instrumento de avaliação do SIS pelo responsável da Equipa Nuclear vindo de Luanda, os membros da província responderam as perguntas individualmente escolhendo sem influencia dos colegas ou facilitadores, os cenários de cada pergunta, propostos no instrumento. As perguntas do Questionário padrão foram seleccionadas e do total de 197, acerca de 100 foram submetidas aos profissionais do nível provincial. Esta redução visava diminuir o tempo necessário ao preenchimento e visava evitar perguntas sobre as quais o conhecimento e a experiência destes quadros fosse mínima, focando invés a atenção sobre os aspectos de funcionamento do SIS mais relevantes para as actividades e os programas desenvolvidos aos níveis municipal e provincial

É de realçar os debates havidos em certas ocasiões devido a complexidade de algumas perguntas, com destaque as da legislação, indicadores, estatísticas vitais, planos estratégicos e de acção entre outras.

Tal como previsto, no último dia da avaliação, foram apresentados os resultados em tabelas e em gráficos e discutidos em plenária entre participantes e os facilitadores (membros da Equipa Nuclear). Quanto a discussão dos resultados, houve um debate aturado sobre a gestão de

fundos doados pelas Agencias Internacionais, sobretudo entre o responsável dos recursos humanos e financeiros da DPS e os restantes membros da província do Kuanza Sul em particular que não quiseram concordar com este quando insistia no consenso sobre a gestão dos fundos e doações internacionais. Para além dos resultados, foi elaborado um relatório síntese que realça as actividades desenvolvidas ao longo da avaliação em cada província. Para elucidar ver no **Anexo 8-a e Anexo 8-b** as Tabelas de Resumo e os respectivos Gráficos dos Resultados das avaliações nas duas províncias.

2.4. Quarta etapa: Seminário Nacional de avaliação abrangente do SIS

Quanto a avaliação nacional, foi realizado o Seminário Nacional como forma mais viável de aglutinar os actores, parceiros e outros intervenientes do SIS. Ver o **Programa do evento no Anexo 4**. A metodologia consistiu em organizar grupos de trabalhos especializados para responderem as perguntas da RMS durante 3 dias. Estiveram no seminário, representantes dos órgãos do MINSA (GEPE, DNSP, DNME, DNRH, INLS e Direcções Provinciais de Saúde (Huambo, Huila, Luanda, Lunda Norte, e Uíge), Maternidade Lucrecia Paim, Hospital Josina Machel, Centro Nacional de Oncologia, outras instituições (INE) e Ministérios (Finanças, Plano, Defesa, Interior e Administração do Território. Também fizeram parte nas sessões de trabalhos, Agencias das Nações Unidas (OMS, UNICEF e ONUSIDA) e Banco Mundial. O representante da Delegação da União Europeia e o representante da USAID, participaram apenas na sessão de encerramento dos trabalhos, ver a **Lista dos convidados no Anexo 5**.

Na abertura do Seminário, tomaram a palavra, destacadas personalidades ligadas a liderança do SIS. Referimo-nos concretamente do Sr. Director do Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística (GEPE), que agradeceu a OMS e a RMS na organização. O Director do GEPE chamou atenção aos presentes no sentido de colaborarem para o êxito da avaliação.

Para a OMS, foi convidado o Dr. GAYE em representação dessa instituição. O Dr. Gaye delegou o Consultor, para apresentar a mensagem de apreço e enalteceu os feitos da OMS em prol do Sistema Nacional Da Saúde em Angola, tendo em consideração a favorável conjuntura evidenciada nos compromissos do Governo de Angola e nos três documentos do MINSA, a saber:

- ✓ Política Nacional da Saúde até 2025
- ✓ Revitalização do Sistema Nacional de Saúde no Município
- ✓ Reforma do Sistema de Saúde

A **Directora do INE** na qualidade da representante do órgão que rege as políticas de estatística do país fez uma abordagem importante sobre o papel do Sistema de Estatística Nacional (SEN) em Angola, **ver Anexo 6**. A Directora do INE apresentou uma temática rigorosamente estruturada que versou

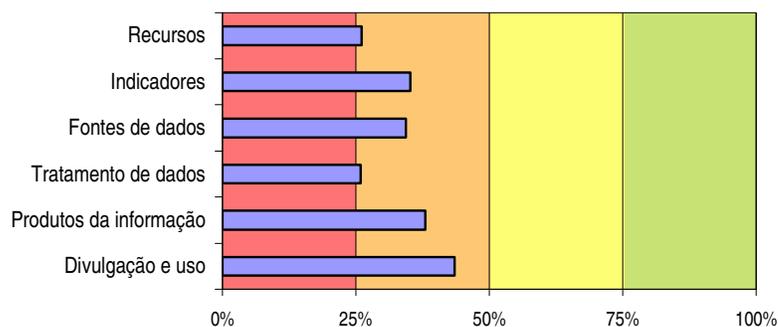
sobre os desafios da Instituição que dirige e a relação do INE com os demais sectores produtores da informação estatística, entre os quais o Ministério da Saúde representado por dois membros no Conselho Nacional de Estatística. Trata-se do Director do GEPE (membro efectivo) e do Chefe do Departamento de Estatística (membro suplente).

3. Resultados da Avaliação

Tabela de Resumo das 6 Categorias/Componentes e algumas subcategorias

I. Recursos	26%
Política e planificação	23%
Instituições, recursos humanos e financiamento do SIS	25%
Infra-estrutura do SIS	33%
II. Indicadores	35%
III. Fontes de dados	34%
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%
IV. Tratamento dos Dados	26%
V. Produtos da Informação	39%
VI. Divulgação e Uso	44%

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 diferencas 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 efectuada 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 política do País. 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 análise 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 publico (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 è 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 desenvolvidos e podem melhorar a situação actual. A informação sobre as **Infra-estruturas** e o inventario 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 um única codificação entre todos os subsistemas do serviço publico 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 numa 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 o 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 Kuanza 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 uma 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 **Inqueritos 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 de uma 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 destes diferentes subsistemas continua a afectar a qualidade e o uso da informação produzida e mereceu marcos muito baixos.

4. Insuficiências e particularidades nas seis (6) categorias

A análise mais pormenorizada sobre cada categoria mostra que:

I. Recursos do SIS (26%)

A categoria recursos é composta por três (3) subcategorias a saber:

A. Política e Planificação (23%)

Da análise feita desta subcategoria destaca-se que algumas perguntas deste capítulo apresentam marcos de 0.8 até 1.5, considerados não adequados. Estão nestas condições as perguntas relacionadas com a legislação da lei de estatística do País que não é satisfatória, a falta de

atualização da legislação do registo civil, bem como da lei sobre as doenças notificáveis e dos dados do sector privado, a regulamentação deficiente da regulamentação das funções e tarefas do pessoal do SIS, a não satisfação dos manuais de procedimentos no País. Por outro lado, há perguntas com pontuação que vai de 0.0 à 0.6, <25%, marcos considerados nada adequado ou ausente. Estão nestas condições as perguntas com as insuficiências identificadas com a Comissão de coordenação do SIS dentro do MINSA que não existe, com a inexistência de um Plano Estratégico do SIS no País, a participação insuficiente do Sector da Saúde no Conselho Nacional de Estatística criado em 2000 e a inexistência de um sistema regular de monitoria do desempenho do SIS.

B. Instituições, Recursos humanos e financiamento do SIS (25%)

A pontuação das perguntas nesta subcategoria inicia de 0,0 até 0.7, <25%, classificada como nada adequada ou ausente e outras de 0.8 até 1.5, classificadas como não adequada. As insuficiências principais são relativas ao número limitado de RH dedicados ao SIS e sua fraca qualificação. Menos de 50% das DPS e dos Municípios e dos Hospitais do País tem um funcionário qualificado, encarregado a tempo inteiro da estatística e informação de saúde. A taxa de mudança do pessoal do SIS que é muito a e completamente inaceitável, a capacidade limitada em TIC no MINSA, a insuficiência de recursos humanos para o SIS, sobretudo em termos de epidemiologistas, demografos, estatísticos e informático na unidade central do SIS (Departamento de Estatística do GEPE. Não há um Plano de desenvolvimento da capacitação do pessoal de saúde na área de estatística do MINSA e do pessoal do INE (1.0 e 1.2 respectivamente).

Também a taxa de mudança do pessoal do INE central e no Departamento de Demografia e Assuntos Sociais é elevada, prejudicando o bom funcionamento da estatística. Há linhas orçamentais específicas do OGE para o SIS no sector da saúde, mas estas não são suficientes para bem desenvolver o sistema.

C. Infra-estrutura do SIS (33%)

A pontuação nesta subcategoria inicia de 0.2 até 1.8. Dum lado há formulários e material de escritório para registar dados no sector de saúde, no INE e no Registo Civil. Por outro lado, foram identificadas insuficiências relativas a manutenção em TIC por não existir este apoio a nível intermédio e municipal, existindo apenas infra-estruturas de TIC ao nível central e em algumas DPS.

II. Indicadores (35%)

Em relação a identificação de indicadores mínimos, apenas uma pergunta tem a média de 0.4, <25 %, considerada nada adequada. A insuficiência que se nota neste grupo de perguntas é a falta de definição de indicadores essenciais, quer dizer não existe uma Lista nacional de indicadores 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. Outras insuficiências encontradas tem a ver com falta de relatórios regulares e publicações que integram indicadores de diferentes fontes, igualmente não foi debatida ainda uma lista abrangente de todas as categorias de indicadores de saúde (determinantes da saúde, recursos, produtos e resultados do sistema de saúde, estado de saúde da população). Deu-se conta na avaliação de que cerca de 50 % de indicadores sobre OdM (MDG) estão a ser calculados. A avaliação reconheceu a existência de orientações escritas sobre a utilidade, fiabilidade, representatividade, viabilidade e acessibilidade na selecção de alguns indicadores, embora de forma dispersa.

III. Fontes de dados (34%)

Esta categoria é composta por seis (6) subcategorias a saber:

A. Censo (11%)

A insuficiência identificada neste capítulo é do último Censo Geral da população residente no País ter-se realizado no ano de 1971, portanto acerca de 39 anos atrás. Deu-se conta que em 1983 um Censo foi realizado e que foi parcial, quer dizer o exercício não se efectuou ao mesmo tempo e nem cobriu todas as áreas de todas as províncias

Reconhece-se haver no INE capacidade adequada para recolha, embora possuir uma capacidade limitada para o processamento e análise dos resultados do futuro Censo Geral, previsto antes do fim do 2014.

B. Estatísticas vitais (16%)

Quanto as estatísticas vitais, desde o início da independência, o Governo decidiu de criar um Registo Civil, portanto não há registo por amostra (SRS em EN), nem um sistema de demografia sentinela (DSS em EN). A cobertura do Registo Civil é limitada aos centros urbanos mais vastos, a mesma não é monitorizada anualmente. Há insuficiência no preenchimento do formulário de óbitos, pois as causas de morte nem sempre são preenchidas, também não são reportadas pelos registos de óbitos e pelas estatísticas oficiais do Registo Civil, nem a qualidade dos seus dados é monitorizada anualmente. A Classificação Internacional das Doenças (CID) versão 9 ou 10, não é utilizada em todos os Hospitais do País para preencher a causa de morte.

A informação sobre a mortalidade a todos os níveis não é baseada sobre o número e as causas de morte do Registo Civil. Quando houver é baseada sobre recolha de dados hospitalares, em algumas áreas do País, por exemplo Luanda.

C. Inquéritos baseados nas populações (62%)

A análise sobre os inquéritos nas populações mostra que estas funções são as mais positivas no quadro da informação nacional relativa à saúde. Os resultados são geralmente com marcos elevados.

Únicos marcos abaixo de 0.8 são os seguintes:

- A coordenação entre o INE e o MINSA sobre a análise e a interpretação dos resultados dos Inqueritos não é satisfatória (0.6)
- Nos últimos 5 anos não foram feitos Inquéritos nacionais representativos sobre incapacidades físicas e mentais, excepto o IBEP que pergunta sobre incapacidade física e mental. NÃO houve sobre as doenças mentais, hipertensão, diabetes, acidentes de varia natureza e violência sobre mulheres ou outras pessoas; nem houve Inquéritos nacionais sobre os factores de risco, tais como tabaco, uso de drogas, dietas alimentares e inactividade física. Com ou sem o emprego de "bio marcadores" durante os exercícios (0.7).

Os marcos positivos em cima de 50% são os seguintes:

- Os Inquéritos representativos sobre base nacional que foram efectuados são o MICS-2002, o QUIB-2005/6 e o IBEP-2008. Estes dois últimos estão dentro dos 5 anos e contêm informação sobre os principais serviços de saúde materno-infantil, tais como planeamento, cuidados pré-natais, partos profissionalmente assistidos, vacinação. O IBEP irá disponibilizar informações actualizados dentro do ano 2010.
- INE e outras entidades, como por exemplo os Institutos Nacionais de Saúde Pública, têm uma capacidade completa e adequada na recolha, mas parcial e inadequada para o processamento e análise dos dados.
- INE e outras entidades, como por exemplo os Institutos Nacionais de Saúde Pública aplicam os modelos e os padrões internacionais na execução dos Inqueritos nacionais (1.7).
- Os micro-dados de Inquéritos recentes, sob a responsabilidade do INE, são disponíveis ao público com restrições (2,0)
- Os dados produzidos permitem a desagregação por idade, sexo, localidade, estatuto socio-económico, rendimentos e grau de educação (3,0)

D. Registos sobre saúde e doenças (43%)

Há neste capítulo alguns dos aspectos mais positivos que foram apreciados pelos respondentes e que receberam marcos elevados, todavia lacunas baixaram o total da pontuação para menos do 50%.

Por exemplo, as principais doenças potencialmente epidémicas e doenças alvo de erradicação tem definições apropriadas e os casos são notificados no actual formato de notificação (2.1).

Existe uma estratégia de vigilância para as doenças principais causas de mortalidade, morbidade e incapacidades, tais como pneumonia e diarreias com desidratação em crianças com menos de 5 anos de idade, paludismo, tuberculose, VIH/SIDA, doenças sexualmente transmissíveis e doenças não transmissíveis. Alguns destes programas têm Planos Estratégicos de combate (1.6).

Não existe mapeamento de população de alto risco, por exemplo as populações com alto nível de desnutrição e pobreza, nem de populações expostas a riscos específicos (0.3)

Existe a capacidade para detectar, registrar e transmitir os casos de doenças notificáveis, mas a rapidez da detecção não é adequada, muitos municípios não detectam surtos, por fraca capacidade e ausência de laboratórios de referência nas Províncias (1.4).

Os relatórios semanais continuam a ser submetidos com grande atrasos das Unidades sanitárias para os Municípios (1.3), melhoram a notificação dos Municípios para as Províncias e especialmente destas para o nível Central com a recente deslocação de profissionais nas DSP.

O CID não é usado nas unidades hospitalares para classificar o diagnóstico das doenças (0.5).

Quanta a divulgação dos dados de Vigilância sobre as doenças potencialmente epidémicas, são divulgados e retro-informados semanalmente. Os dados das doenças consideradas passivas são divulgados semestral e anualmente.

E. Registos dos serviços de saúde (35%)

Foram identificadas neste capítulo insuficiências cuja pontuação está abaixo de 25%. Entre outras destacam-se as relacionadas com a falta de um sistema unificado dentro do sector público que agrega os dados de todos os programas verticais e dos diferentes subsistemas do sector, nomeadamente, FAA, Ministério do Interior, e uniforme também quanto aos procedimentos e as regras com o sector privado de saúde com ou sem fins lucrativos (0.6).

Não existe uma abordagem sistemática para avaliar a qualidade dos serviços prestados ao público pelas unidades sanitárias (0.5).

Por outro lado, não está disponível pessoal devidamente qualificado para todos os municípios (0.3). O treino em serviço para capacitação do pessoal não é regular. A falta de supervisão sistemática do pessoal e do desempenho é outra grande insuficiência, mesmo tendo alguns mecanismos já criados formalmente mas não sendo operacionais.

Por outro lado, nota-se também a falta de rigorosidade na verificação da consistência e do completamento dos dados recolhidos e o uso dos resultados dos inquéritos para validar os dados de rotina (0.2).

O último resumo estatístico do País foi publicado em 2006. As limitações impostas interferem no atraso de publicações anuais da informação sanitária do País. Há um grande deficit nos municípios que não têm um relatório

padrão para a produção da informação a este nível, o que faz com que cada município produza o seu relatório da sua maneira.

A utilização de dados por gestores e analistas dos níveis nacional e intermédio é ocasional. Quanto o uso dos registos de saúde para estimar a cobertura de programas, apenas um número limitado de programas tem a cultura de o fazer.

F. Registos dos recursos (39%)

Esta subcategoria reúne muitas componentes cruciais do SIS, a saber:

1. Infra-estruturas e serviços de saúde

Relativamente ao inventário e base de dados nacional das unidades sanitária do sector público e privado, está em curso o mapeamento de unidades sanitárias do sector público apenas (5 mapas sanitários já completados). Os gestores e analistas não têm o hábito de avaliar de forma adequada o acesso físico aos serviços, com base a informação.

2. Recursos Humanos

Foi criado uma base de dados no ano 2007, no âmbito do Projecto PASS. O projecto está paralisado portanto a base de dados nacional não funciona. Ela estava desagregada por: nome, idade, sexo, categoria profissional e local de trabalho. As categorias profissionais são baseadas sobre o Decreto-lei do 2003. A base não inclui o sector privado, Não existe uma base de dados que identifica o número anual dos recém formados em todas as Instituições de ensino público e privado.

3. Financiamento e despesas para serviços de saúde

Há registos das despesas públicas, nomeadamente do MINSA, de outros Ministérios que prestam cuidados e serviços (FAA, Min. Interior). As DPS e os Municípios são descentralizados e dependem do Governo Provincial. Por outro lado o MINSA tem registos dos financiamentos previstos dos parceiros, mas não registos dos fundos recebidos e das despesas realmente efectuadas. Para as despesas do sector privado sem e com fins lucrativos não há registos ao nível central. E' possível apenas acompanhar as despesas públicas ao nível central. Ao nível Provincial e Municipal a monitorização è feita pelo Governo Provincial.

4. Equipamento, materiais e produtos

A situação è satisfatória. Apesar de se apresentar com algumas dificuldades, por exemplo não existe ainda um modelo padronizado para fazer-se os relatórios. A capacidade do pessoal desta área é limitada, Não todos os hospitais têm nas suas Direcções gestores hospitalares especializados. Também nas áreas de farmácia, logística, eco grafia existem insuficiências de especialistas. Existe um Plano de distribuição anual dos medicamentos a nível central, isto não está harmonizado aos casos notificados, provocando as vezes ruptura de stock.

IV. Tratamento dos dados (26%)

As insuficiências neste capítulo prendem-se com a falta de um armazém de dados integrados que produz relatórios padronizados para os funcionários e público em geral e que contem dados de todas as principais fontes da saúde, incluindo as fontes baseados sobre a população e aqueles baseados sobre instituições e unidades sanitárias. De igual modo a nível das províncias também não existe armazém de dados integrados que possam produzir relatórios automáticos.

Há falta de dicionário de meta dados que forneça definições abrangentes das variáveis e definições que cobrem as seguintes áreas: (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.

Durante a produção de Mapas sanitários (5 Províncias já com mapas, as outras em via de completamento) foram identificados códigos de identificação das unidades sanitárias e unidades geográficas administrativas que serão disponíveis para os órgãos de gestão aos diferentes níveis. Mas estes códigos não são uniformes para todas as fontes de dados do sector de saúde público e privado.

V. Produtos da Informação (38%)

Categoria compósita com aspectos não adequados e alguns outros adequados. A maioria dos produtos de informação e indicadores testados pelas perguntas apresentam aspectos críticos:

- A Taxa de mortalidade das crianças menos de 5 anos e Taxa de mortalidade materna não são estimados com base no Censo geral, nem sobre os óbitos do Registo Civil, mas sobre inquéritos nas populações com perguntas directas as famílias.
- As insuficiências nestas 2 taxas são acompanhadas pelos marcos baixos recebidos na Taxa de partos assistidos por pessoal qualificado que também é baseada sobre dados de inquéritos populacionais (MICS-2002, QUIBB-2005-6) e dados recolhidos das unidades de rotina que não estão avaliados duma forma adequada por cobertura e consistência.
- Os dados sobre as Despesas gerais do governo com a saúde per capita públicos são baseados sobre dados imputados a fontes secundárias. Os inquéritos parciais sobre as despesas do MINSA e outros ministérios que gerem despesas de saúde (FAA, Min. Interior) foram efectuados por agências especializadas. Neste ano estão ser finalizados as contas nacionais de saúde (NHA). A contabilidade dos governos provinciais e municipais está ligada as despesas dos governos provinciais. As despesas privadas com a saúde per capita

- (desembolso familiar, seguros privados de saúde, ONG, empresas e sociedades) não são também satisfatórias;
- A Densidade do pessoal por 1.000 habitantes não pode ser calculada por ausência dum denominador populacional fiável (falta do Censo actualizado), mas ainda mais por falta dum numerador fiável, sendo a base de dados do pessoal, iniciada alguns anos atrás não está actualizada. A Classificação adoptada é consoante o Decreto -Lei do 2003 sobre a Classificação Nacional de Profissões de Angola (1997) que aplica parcialmente os padrões internacionais ISCO das categorias ocupacionais.
 - Não foi efectuado nenhum inquérito sobre a prevalência do tabagismo a partir dos 15 anos.

Os indicadores produzidos numa forma satisfatória são os seguintes:

- A cobertura da vacinação contra o Sarampo aos 12 meses de idade, a pontuação vai de encontro a realidade; houve um inquérito (2008) sobre nutrição que inclui também a vacinação contra sarampo, o intervalo entre a recolha e a publicação dos dados foi menos de 1 ano, as publicações de estatística de rotina são anuais.
- Para a prevalência do VIH/SIDA, o método de recolha é satisfatório, é baseado na vigilância nos CPN cada 2 anos, a amostragem é dirigida, os casos de triagem nas CPN das Clínicas urbanas e rurais, a desagregação dos casos é satisfatória.
- Para a Taxa de sucesso do tratamento DOTS contra a TB os relatórios municipais com limitada avaliação dos desvios; o intervalo entre a recolha e a publicação dos dados vai de 1 a 2 anos; a desagregação dos casos é satisfatória.

VI. Divulgação e uso (44%)

A. Procura e Análise da informação (57%)

Quanto ao uso da informação, geralmente os gestores de nível superior e dirigentes políticos solicitam informação do SIS completa, atempada, exacta, relevante e validada e a usam numa maneira ocasional. Os Gráficos de doenças e de outros indicadores são utilizados aos níveis: central, provincial e municipal. Os mapas sanitários não são utilizados ao nível municipal e das unidades sanitárias.

B. Uso da informação na política e na advocacia (24%)

Os relatórios do SIS não são originados de dados integrados, que cobrem os indicadores essenciais e todos os de ODM e nem sempre são disseminadas as partes interessadas.

C. Uso da informação na planificação e definição de prioridades (32%)

A informação sanitária (estado de saúde da população, desempenho e cobertura do sistema de saúde, factores de risco) é usada ocasionalmente e não devidamente a todos os níveis para a planificação e a afectação de recursos (por exemplo, para a elaboração de planos operacionais anuais, quadros de despesas à curto prazo, planos estratégicos à longo prazo em

alguns programas e revisões periódicas do desempenho do sector da saúde).

D. Uso da informação para a afectação de recursos (38%)

A informação SIS é usada por equipas de gestão provinciais e municipais somente em algumas províncias para estabelecer a afectação de recursos nos processos orçamentais anuais. A informação do SIS é usada para advocacia a favor da equidade e para aumentar os recursos dos grupos e comunidades desfavorecidos, duma maneira ocasional

E. Uso da informação para implementação e acção (44%)

Os gestores do nível central, e somente de algumas DPS usam a informação sanitária para gerir a prestação de serviços de saúde, a monitorização contínua e a avaliação periódica, o que não acontece na maioria dos municípios.

Os profissionais da saúde, como o pessoal médico e os enfermeiros dos postos, centros de saúde e hospitais não usam informação sanitária para gerir as prestações de serviços de saúde, a monitorização contínua e a avaliação periódica.

A informação sobre os factores de risco para a saúde não é largamente disponível é ocasionalmente usada para advogar a adopção de comportamentos de menor risco. Houve tentativa de criação de comissões técnicas sobre principais determinantes da saúde, mas não concretizada.

De salientar que os relatórios do SIS não são originados de dados integrados que cobrem os indicadores essenciais e todos os de OdM e nem sempre são disseminados as partes interessadas

5. Avanços futuros

5.1 Passos a seguir

Dois documentos foram aprovados na altura do encerramento do Seminário Nacional de Dezembro, a saber:

- O **Relatório resumido** do Seminário (**ver Anexo 9**),
- Algumas **Conclusões e recomendações**, aqui apresentadas, que podem orientar o trabalho do futuro Comité de Coordenação do SIS, o qual por sua natureza deve ser entendido como um órgão técnico, abrangente e multisectorial, um instrumento constituído por 50-60 profissionais qualificados, que representam todos os actores envolvidos no produção e divulgação da informação de saúde em Angola.

1. A avaliação do SIS enquadra – se no contexto da Declaração de Ouagadougou sobre os cuidados primários de saúde, do movimento de Revitalização do Sistema de Saúde a nível Municipal e do processo de Reforma do Sistema Nacional de Saúde de Angola.

Recomendação 1 - Alinhar a revisão do Sistema de Informação e a implantação da Rede de Metrologia em Saúde com o Processo, Fases e Metas da Reforma do Sistema Nacional de Saúde respeitando os seguintes princípios:

- Construir a partir duma ampla base de consenso e envolvimento entre as partes interessadas, 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 a médio e longo prazo.
- Para 2010, implementar um Plano Operacional integrado, com responsabilidades partilhadas com todos os actores do Sistema Nacional de Saúde.

2. 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.

Recomendação 2.1 - Para obter-se este pressuposto e progredir-se rumo a saúde global, torna-se urgente e necessário promover a coordenação e o alinhamento dos parceiros em volta de um “quadro” concordado para o desenvolvimento e o fortalecimento, do Sistema Nacional de Saúde, apoiado por sistema de informação sanitária integrado.

Recomendação 2.2 – Para desenvolver a função reguladora, o Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística do Ministério da Saúde (GEPE), deve promover a visão de programação estratégica e global das grandes acções do Sector da Saúde. Deve também integrar progressivamente os Subsistemas de Saúde do sector publico, num sistema de informação nacional unificado e abrangente, ficando nos subsistemas o papel efectivo de implementar acções que concorrem para os objectivos e as metas do Desenvolvimento do Milénio e do Programa do Governo de Angola.

Recomendação 2.3 – Aumentar e melhorar a capacidade do pessoal do MINSA e dos Subsistema de saúde através dum plano de desenvolvimento do pessoal, para gerar de forma sistematizada e sustentada a informação, o que é essencial para enriquecer o processo de tomada de decisão faseada na evidência de dados estatísticos.

3. O Ministério da Saúde nos termos da Lei é uma instituição que se insere nos órgãos do INE.

Recomendação 3.1 – Estabelecer em diploma oficial a delegação formal ao Ministério da Saúde das funções de órgão delegado para a produção de estatística, para permitir a liderança do processo de produção e divulgação

da informação no âmbito do Sistema Nacional de Saúde, harmonizando e alinhando os esforços em torno duma visão comum para um sistema de informação sanitária (SIS nacional) sólido e eficaz.

Recomendação 3.2 – estabelecer mecanismos de coordenação interna do Sistema Estatístico do Sector da Saúde, de desenvolvimento de recursos humanos e infra-estruturas com uma visão de médio e longo prazo.

Estas Conclusões e recomendações são submetidas as respectivas autoridades do MINSA, INE e dos Subsistemas de saúde para apreciação, aprovação e implementação.

5.2 Metodologia para estabelecer as prioridades nos problemas formulados

Depois de ter envolvidos os participantes do Seminário de Março na revisão e validação dos resultados, a Equipa Nuclear, convidou os mesmos a:

- Construir o consenso a volta das insuficiências detectadas e elaboradas, consoante as respectivas pontuações;
- Discutir e formular os problemas que causam estas insuficiências e definir uma escada de prioridade entre eles.

Para poder definir prioridades foram atribuídos 4 critérios simples. O uso de critérios ajuda as interpretações subjectivas de cada profissional a seguir uma forma uniforme e padronizada na discussão das prioridades.

Nos 3 Grupos de trabalho, todas as insuficiências das 6 categorias e componentes do SIS foram comparadas com a matriz das funções básicas dum Sistema de Saúde (SS), que representa um padrão ideal, consoante o modelo da OMS do 2008, ver Figura 3 na pagina seguinte.

Assim, preenchendo uma matriz predefinida, os participantes decidiram se e em que medida cada insuficiência do SIS afectava uma ou mais das funções básicas do Sistema de Saúde (SS) em Angola.

Figura 3



Os critérios adoptados para apreciar as diferentes valências de cada problema são aqui resumidos:

- 1. Gravidade da insuficiência**, quer dizer se a pontuação da lacuna que originou o problema do SIS está em baixo de 0.8, este problema vai receber um marco (+) de prioridade;
- 2. Urgência**, se é muito urgente resolver o problema do SIS para o bom funcionamento do Sistema de Saúde (SS), este problema recebe um marco (+);
- 3. Abrangência**, se o problema do SIS afectar mais funções, programas e serviços do SS, este problema recebe um marco (+);
- 4. Impacto**, se o problema do SIS afectar gravemente o bom funcionamento dos programas de Saúde Pública em Angola (vigilância epidemiológica, controlo das epidemias, aumento dos riscos principais de saúde), este problema recebe um marco (+).

Para cada problema os participantes calcularam o total dos marcos eventuais recebidos. Os totais permitiram de elaborar uma primeira escada de prioridade.

A partir desta etapa, nos meses futuros os participantes discutirão em grupos os objectivos e as estratégias para resolver a lista dos problemas

do SIS e para traçar as actividades de reforço do SIS, numa abordagem abrangente e multisectorial.

6. Recomendações para obter uma avaliação bem sucedida

Para se obter uma avaliação bem sucedida, seria necessário:

- Respeitar-se os prazos previamente estabelecidos e cumprir com os pressupostos para uma avaliação, de acordo os padrões internacionais
- Preparar com antecedência toda documentação
- Capacitar os avaliadores, ou seja, os facilitadores da avaliação
- Garantir as condições financeiras e definir antecipadamente as quantias de cada actividade para evitar subjectividade na afectação das verbas
- Definir tarefas específicas para cada membro da Equipa Nuclear
- Alargar o número de províncias a avaliar
- Garantir uma verba para reprodução da documentação

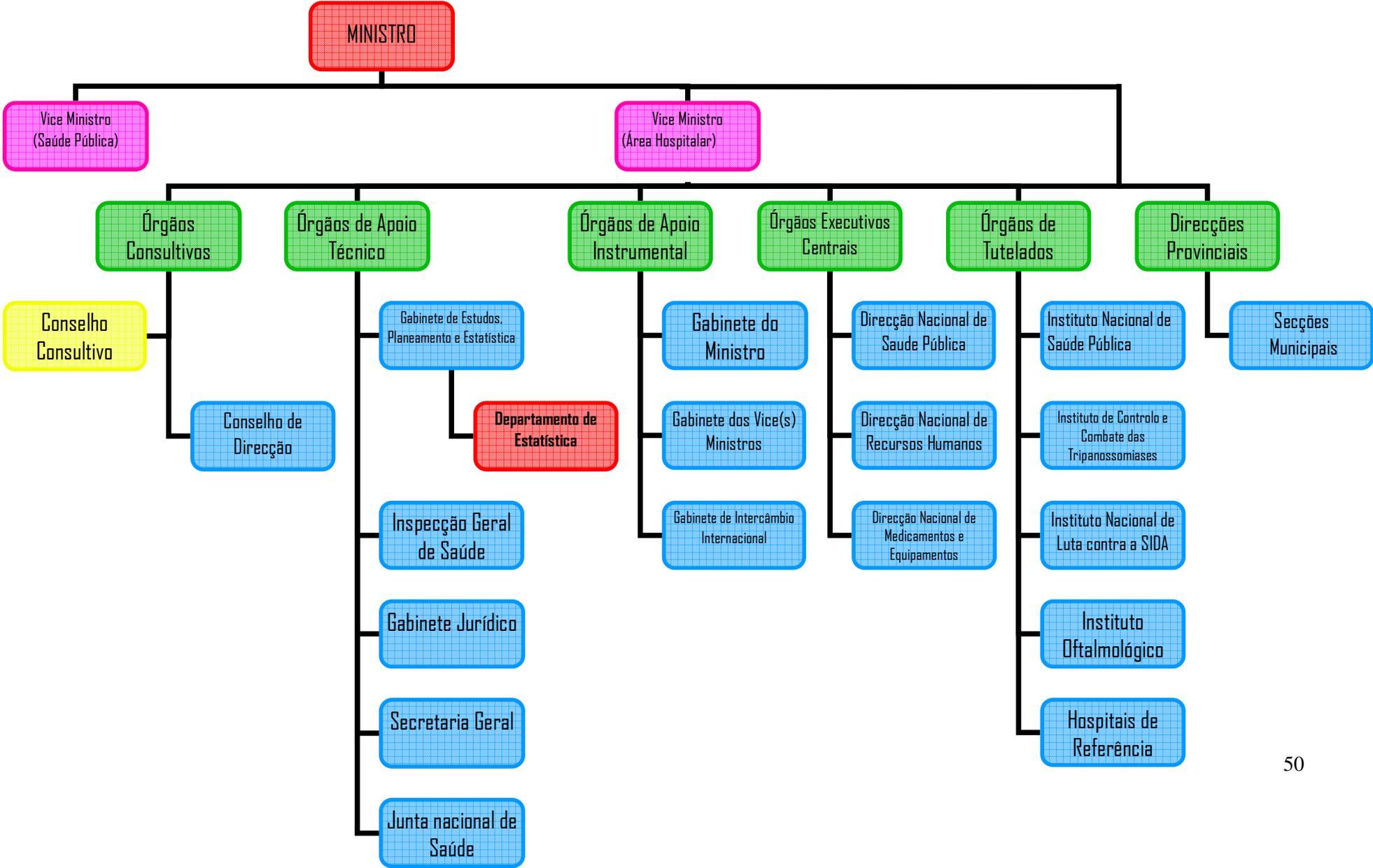
Referencias

1. MINSA, Reforma do Sistema Nacional de Saúde, Luanda, Outubro 2009
2. MINSA, Revitalização do Sistema Nacional de Saúde a Nível Municipal Luanda, Setembro 2009
3. OMS/CRDS, Princípios gerais da avaliação, TF-110.6.6 Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário, Maputo 1990
3. a. OMS/CRDS, Sistema de Informação Sanitária, TF-110.16 Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário, Maputo 1990.
4. OMS/CRDS, Problemas de Saúde e definição de prioridades, TF-110.6.1.1 Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário, Maputo 1990.
5. TECHASSIST, DMAS CONSULTORA S.A Consultoria de apoio ao Sistema de Informação Sanitária, relatório da segunda fase, Novembro 2001
6. MINSA, Relatório da avaliação das Estratégias de Saúde para todos no Ano 2000, período 1985-1989, Luanda, Dezembro 1990
7. OMS, Proposta de uma Estratégia para o Sistema de Informação de Saúde em Angola, Julho97, Março98
8. PARIS21, Planeamento Estratégico em Estatística, "Partenariat Statistique au Service du Developpement au XXI Siècle", Luanda, 7-8 de Julho 2009.
9. Diário da Republica, 1ª Série, N.º 63, de Sábado, 9 de Agosto de 1986. Consta de Decreto nº16/86, aprova o Regulamento sobre a Assistência medicina e medicamentosa em Angola.
10. Diário da Republica, 1ª Série, N.º 34, de Sábado, 28 de Agosto de 1992. Consta Lei de base do Sistema Nacional de Saúde
11. Diário da Republica, 1ª Série, N.º 61, de Terça-feira, 05 de Agosto de 2003, consta de Decreto nº54 /03, que aprova o Regulamento geral das unidades dos serviços nacional de saúde.

12. Diário da República, 1ª Série, Nº49, de Sexta-feira, 22 de Novembro de 1996, consta de Decreto executivo conjunto Nº 64/96, que cria o Sistema de Informação de Assistência Médica Primária (SIAMP), dos Ministérios do Planeamento e da Saúde)
13. Diário da República, 1ª Série, Nº49, de Sexta-feira, 22 de Novembro de 1996, consta de Decreto executivo conjunto Nº 65/96, que cria o Comité Nacional Estatísticas, dos Ministérios do Planeamento e da Saúde
14. Diário da Republica, 1ª Série, Nº41, de Sexta-feira, 27 de Setembro de 1996, consta a Lei Nº 15/96, que cria o Sistema Estatístico Nacional, da Assembleia Nacional.
15. Diário da República, 1ª Série, Nº30, de Sexta-feira, 28 de Julho de 2000, consta de Decreto Nº 32/00, que aprova o estatuto orgânico do Instituto Nacional de Estatística, do Conselho de Ministros.
16. Diário da República, 1ª Série, Nº30, de Sexta-feira, 28 de Julho de 2000, consta de Decreto Nº 33/00, que aprova o regulamento da Lei nº 15/96, de 27 de Setembro, Lei de Bases do Sistema Estatístico Nacional
17. Diário da República, 1ª Série, Nº30, de Sexta-feira, 28 de Julho de 2000, consta de Decreto executivo Nº 60/00, que aprova o regulamento das transgressões Estatísticas do Sistema Estatístico Nacional
18. MINSA/DNSP, Boletim Epidemiológico, S/dia e Mês, de 2007, do Centro de Processamento de Dados Epidemiológicos
19. RMS/OMS-GENEBRA, Avaliando o Sistema de Informação Sanitária Nacional; Guião para o instrumento de avaliação, versão 4.00, de 2008.
20. TELINFO (Marketing e Negócios), InfoMapas, a consulta que resulta, Ver. Agostinho Pedro Neto, Luanda, Angola
21. INE, Inquérito de Indicadores Básicos de Bem Estar (QIBB), 2005/2006, Lunada, Angola
22. INE/UNICEF, Inquérito de Indicadores de Indicadores Múltiplos- Avaliando a situação das crianças e das mulheres Angolanas no início do Milénio, Luanda, Angola 2003.
23. MINSA/INLS, Relatório de actividades 2009, versão final Abril 2010. -

ANEXOS

ANEXO 1: Organigrama do MINSA



ANEXO 2

Angola – Março 2010						
Inventário dos Projectos e das Intervenções de reforço do SIS em curso						
Num	Nome e conteúdo do projecto de reforço	Unidade responsável	Produtos/Resultados	Período de implementação	Suporte Financeiro E AT	Fontes de ajuda externa
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 politica 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, Programas Nacionais de luta contra a 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	DNSP	Técnicos VE	2005 – 2010	EU, OMS	EU, OMS

	Municipais de Vigilância		capacitados			
9	Projecto de controlo do SIDA, Malária e TB (HAMSET)	GEPE	Produção de material educativo, realização de inquéritos na comunidades e nas empresas publicas privadas, estudos de CAP sobre SIDA	2007-2010	IDA \$14 M, Banco Mundial \$21 M, OGE £4 M	OGE, Banco Mundial e IDA
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
Projectos e Intervenções de reforço do SIS que foram iniciados e actualmente paralisados						
11	Actualização da base de dados nacional do pessoal da saúde	DNRH	Gestão e desenvolvimento dos recursos humanos	2006 – 2013	UE, OMS	UE, OMS
	Concepção da base de dados (Grafowim)	GEPE	Informatização do SIS	2001	EU, MINSA	UE

ANEXO 4:

PROGRAMA DO SEMINÁRIO PARA A AVALIAÇÃO ABRANGENTE DO SIS

Local: Auditório Hospital Nacional Josina Machel

Período: 7 a 9 Dezembro 2009

<i>Dia 7/12</i>		
<i>Hora</i>	<i>Actividades</i>	<i>Responsável</i>
8.30-9.00	Chegada e Registo dos participantes	Secretariado
9.15-9.30	Abertura Oficial	S. E. Ministro da Saúde
9.30-9.45	O papel da informação no Sistema de Saúde	Representante da OMS em Angola
9.45-10.00	A importância da coordenação na informação para a saúde em Angola	Directora Geral do INE
10.00-10.15	Considerações gerais sobre o papel da informação actualizada e completa na planificação e na M/A	Director do GEPE
<i>10.15-10.45</i>	<i>Pausa café</i>	
10.45-11.00	Metodologia da Rede de Metrologia da Saude para o reforço do SIS nacional	Dr. B. Piotti, OMS/RMS
11.00-11.15	Orientação sobre o preenchimento do questionário e trabalho de grupo	Dr. Belarmino, Chefe do Departamento de Estatística
11.15-12.30	Trabalho de grupos aplicação do questionario	Facilitadores
<i>12.30- 13.30</i>	<i>Pausa almoço</i>	
13.30- 14.30	Trabalho de grupos aplicação do questionario	Facilitadores
<i>15.30-15.45</i>	<i>Pausa café</i>	
15.45-17.30	Trabalho de grupos aplicação do questionario	Facilitadores
17.30	Reunião dos facilitadores	
<i>Dia 8/12</i>		

<i>Hora</i>	<i>Actividade</i>	<i>Responsável</i>
8.30-10.30	Trabalho de grupos aplicação do questionário	Facilitadores
<i>10.30-11.00</i>	<i>Pausa café</i>	
11.00- 13.30	Trabalho de grupos aplicação do questionário	Facilitadores
<i>12.30- 13.30</i>	<i>Pausa almoço</i>	
13.30- 15.30	Análise dos resultados por grupo (tabelas e gráficos)	Facilitadores
<i>15.30-15.45</i>	<i>Pausa café</i>	
15.45-17.00	Preparação das apresentações dos grupos em plenário	Facilitadores
17.00	Reunião dos facilitadores	

<i>Dia 9/12</i>		
<i>Hora</i>	<i>Actividade</i>	<i>Responsável</i>
8.30-10.30	Plenário sobre os resultados, comentários sobre os pontos fortes e fracos do sistema	Director Nacional de Recursos Humanos
<i>10.30-10.45</i>	<i>Pausa café</i>	
10.45- 12.30	Plenário sobre os resultados, comentários sobre os pontos de força e de fraqueza do sistema	Director Nacional de Recursos Humanos
<i>12.30- 13.30</i>	<i>Pausa almoço</i>	
13.30- 14.30	Encerramento e Recomendações	Director do GEPE
14.30	Reunião dos facilitadores e preparação da documentação do evento	

ANEXO 5: Lista dos convidados ao Seminário de avaliação abrangente do SIS, 7-9 Dezembro 2009

Numero	Instituição/Órgão/Programa	Função	Nome	Tel.	E-mail
	MINSA				
1.	GEPE	Director Nacional	Dr. Daniel António		
2.	GEPE/Departamento de Estatística	Chefe	Dr. Belarmino		
3.	GEPE/Departamento de Estatística	Técnico/a	Senhora Rosa Matias		
4.	GEPE/Departamento de Estatística	Técnico/a	Senhora Ana Lídia		
5.	GEPE/Departamento de Estatística	Técnico/a	Senhor Disimwa		
6.	GEPE/Departamento de Estatística	Técnico/a	M ária Georgina Marques		
7.	GEPE/Departamento de Estatística	Técnico/a	Woluma N A Mahatma		
8.	GEPE/Departamento de Estatística	Técnico/a	Amélia Comba		
9.	GEPE/Departamento de Informática	Chefe	Eng. Laco		
10.	GEPE/Departamento de Informática	Técnico	Paulo Felipe		
11.	GEPE-Departamento da Planificação	Chefe	Júlio da Gloria		
12.	GEPE/Departamento Estudos e Projectos	Chefe	Senhor Nobre Paulo		
13.	GEPE/Departamento Estudos e Projectos	Responsável Mapas Sanitários	Dr. Emanuel Ndonbele		
14.	Direcção Nacional Saúde Publica (DNSP)	Directora Nacional	Dr. Adelaide de Carvalho		
15.	DNSP/Núcleo para Desenvolvimento Capacidade Institucional	Responsável	Dr. Helga Freitas		
16.	DNSP/Secção de imunização	Chefe DE secção	Alda Morais		
17.	DNSP/Secção da Saúde Reprodutiva	Chefe de secção	Dr. Inês		
18.	DNSP/Secção de processamento de dados epidemiológicos	Chefe de secção	Dr. Manuel Eusébio		
19.	Programa de Luta contra a Malária	Director	Dr. Filomeno Fortes		
20.	Programa de Luta contra TB	Director	Dr.		

21.	Instituto Nacional de Luta contra SIDA	Directora Geral Adjunta	D. Lúcia Furtado		
22.	Instituto Nacional de Saúde Pública	Director Nacional	Dr. Filomena		
23.	Instituto de Controlo e Combate às Tripanosomias	Director Geral	Dr. Josenando Teofilo		
24.	Direcção Nacional dos Recursos Humanos (DNRH)	Director Nacional	Dr. António Costa		
25.	DNRH/Departamento de Desenvolvimento e Informação	Chefe do Departamento	Dr. Paca Makosso		
26.	Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamento	Director Nacional	Dr. Moura		
27.	DNME/Departamento de Estatística	Chefe			

	ORGAOS DE REFERENCIA				
28.	Hospital Central Josina Machel	Director Geral	Dr. Kinfumo Antonio		
29.	Hospital Central Josina Machel	Chefe de Estatística	António Matoso		
30.	Hospital Central da Maternidade	Director Geral	Dr. Abreu Pecamena		
31.	Maternidade central	Chefe de Estatística	Cristina		
32.	Instituto Nacional de Oncologia (HC)	Director Geral	Dr. Fernando Miguel		
33.	Instituto Nacional de Oncologia (HC)	Chefe de Estatística			
	DIRECÇÕES PROVINCIAIS				
34.	DPS de Luanda	Director	Dr. Vita Vemba		
35.	DPS de Luanda	Chefe de Estatística	Zacarias Mateus		
36.	DPS de Cabinda	Chefe de Estatística	Yombo		
37.	DPS de Uíge	Chefe de Estatística	Enaldo		
38.	DPS de Lunda Norte	Chefe de Estatística	Bonifácio		
39.	DPS de Huambo	Chefe de Estatística	João		
40.	DPS de Benguela	Chefe de Estatística	Pedro		
41.	DPS de Huila	Chefe de Estatística	Tomas Hambiri		

	OUTROS MINISTERIOS				
	INE				
42.	Direcção	Directora Geral	Maria Ferreira Oliveira		
43.	Demografia e Assuntos Sociais	Directora	Margarida Lourenço		
44.	Demografia e Assuntos Sociais	Técnica	Luzia Maria Tchipia		
45.	Recenseamento Nacional	Responsável	Eng. Bernardino		
	Ministério das Finanças				
46.	Departamento de Estatística	Director de Estatística			
	Ministério do Planeamento				
47.	Gabinete de Estudos e Planificação	Director			
48.	Ministério da Justiça				
49.	Gabinete de Estudos e Planificação	Directora	Dr. Amélia Ferreira		
50.	Direcção do Registo Civil e Notariado	Directora	D. Tormenta		
	Ministério da Administração Territorial				
51.	Gabinete de Estudos e Planificação para a Saúde	Director			
	Ministério da Defesa – Estado Maior das Forças Armadas (FAA)				
52.	Gabinete de Estudos e Planificação para a Saúde	Chefe de Divisão	Dr. Hendrique Val Neto		
53.	Departamento de Estatística	Chefe de Planeamento	Dr. Miguel Gaspar		
	Ministério do Interior				
54.	Gabinete de Estudos e Planificação para a Saúde	Director			

	UNIVERSIDADE E INSTITUTOS DE FORMACAO				
	Faculdade de Medicina				
55.	Direcção Didáctica/Curricula	Director			
56.	Instituto Superior de Enfermagem	Director			
57.	Instituto de Cartografia	Director			
	PARCEIROS				
58.	União Europeia	Gestor de Projectos	Dr. Raul Feio		
59.	Cooperação Francesa	Assessor do Gabinete do Ministro	Dr. Patrick Devoiré		

60.	Cooperação Espanhola				
61.	Cooperação Espanhola	Consultor para Plataforma Base de dados	Senhor Pedro del Campo		
62.	MINSA	Assessor Gab. do Ministro	Dr. Kiassekoka		
	NACCOES UNIDAS				
63.	PNUD	Gestor de projectos			
64.	OMS	Gestor de projectos	Dr. Ngola		
65.	OMS	Gestor de projectos	Dr. Coulibaly		
66.	OMS	Gestor de projectos	Dr. Maria José		
67.	OMS	Gestor de projectos	Dr. Balbina Félix		
68.	UNICEF	Assessor Gab. do Ministro para Reformas	Dr. Christian Voumard		
69.	FNUAP	Oficial de Programa	Dr. José Ribeiro		
70.	Banco Mundial	Projecto HAMSET	Dr. Catarina Aragão		
	SOCIEDADE CIVIL				
	ASSOCIAÇÕES PROFISSIONAIS				
71.	Associação dos Médicos	Direcção			
72.	Associação dos Enfermeiros	Direcção			
	ASSOCIAÇÕES DE IGREJAS				
73.	Coordenação Igrejas Cristas		Reverendo Pastor Luís Mbimbi		
	SECTOR PRIVADO DA SAÚDE				
	NÃO LUCRATIVO				
74.	ONG locais/Internacionais				
75.	ONG locais/Internacionais				
76.	LUCRATIVO				
77.	Representante de Clínicas privadas	Sagrada Esperança			
78.	Representante de Clínicas privadas	MEDITEX			

ANEXO 6: Princípios do Sistema Estatístico Nacional (Apresentação da Directora do INE no Seminário de avaliação do SIS, Dezembro 2009



PRINCIPIOS DO SISTEMA ESTATÍSTICO NACIONAL

IMPORTANCIA DA COORDENAÇÃO ESTATÍSTICA

INE - Dezembro de 2009



Índice

1. Sistema Estatístico Nacional – SEN
2. Composição do SEN
3. Princípios Fundamentais do SEN
 - 3.1 Autoridade Estatística
 - 3.2 Autonomia Técnica dos Órgãos Estatísticos
 - 3.3 Segredo Estatístico
 - 3.4 Coordenação Estatística
4. Acções Desenvolvidas pelo INE
5. Passos Subsequentes



1. Sistema Estatístico Nacional - SEN

A actividade do INE rege-se pelos seguintes diplomas:

Lei 15/ 96 de 27 de Setembro de 1996 – Aprova as bases gerais do Sistema Estatístico Nacional (SEN);

Decreto n.º 33/00 de 28 de Julho, que aprova o regulamento da Lei n.º 15/96 de 27 de Setembro.

Decreto n.º 32/00 de 28 de Julho, que aprova o estatuto orgânico do Instituto Nacional de Estatística.

Decreto Executivo n.º 60/00, que aprova o regulamento das Transgressões Estatísticas



2. Composição do SEN

O SEN compreende o Conselho Nacional de Estatística (CNE), é o órgão que orienta e coordena superiormente o Sistema Estatístico Nacional;

O Instituto Nacional de Estatística, (INE) é o órgão executivo central do SEN, a quem cabe a produção e difusão de informação estatística oficial e de interesse geral para o país, assegura a supervisão e coordenação técnico-científica do SEN;

Órgãos Estatísticos Sectoriais e Locais, produtores de estatísticas oficiais por delegação do INE.



3.Princípios Fundamentais do SEN

- Autoridade Estatística;
- Coordenação Estatística;
- Autonomia técnica dos órgãos estatísticos;
- Segredo Estatístico;



3.1 Autoridade Estatística

- Poder de exigir o fornecimento, com carácter 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 que, ainda que não relevantes para a actividade específica das entidades obrigadas ao seu fornecimento, se revistam de importância estatística



3.2 Autonomia Técnica dos Órgãos Estatísticos

- 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



3.3 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



3.4 Coordenação Estatística

- Coordenação de objectivos
- Coordenação técnica



3.4.2 Coordenação Técnica

Instrumentos técnicos - estatísticas integradas e comparáveis:

- Elaboração de Metodologias, Nomenclaturas, Conceitos e Definições para todas as Operações Estatísticas;
- Controlo técnico Central dos Questionários Estatísticos;
- Sistema de Contabilidade Nacional;
- Ficheiros de empresas e estabelecimentos;



4. Acções Desenvolvidas pelo INE

- **Nomenclaturas**

O Sistema Integrado de Nomenclaturas Estatísticas constitui um sistema de referência sobre classificações de âmbito nacional, e internacional, utilizadas para fins estatísticos. Pretende-se que este sistema constitua um instrumento de coordenação e harmonização no seio do Sistema Estatístico Nacional



4. Acções Desenvolvidas pelo INE

- Classificação das Actividades Económicas, CAE-Rev.1;
- Classificação Nacional de Bens e Serviços, CNBS;
- Classificação do Consumo Individual por Objectivos, CCIO ;
- Classificação das Construções de Angola, CCA;
- Nomenclatura Territorial, Divisão Política e Administrativa de Angola, (DPA);
- Realização de Seminários de divulgação da Classificação das Actividades Económicas, CAE Rev.1, e da Classificação Nacional de Bens e serviços, CNBS



4. Acções Desenvolvidas pelo INE

- **Conceitos e Definições**

A base de Conceitos Estatísticos do INE contém os termos e definições dos conceitos utilizados nas operações estatísticas realizadas no âmbito do Sistema Estatístico Nacional



4. Acções Desenvolvidas pelo INE

- **Controlo técnico Central dos Questionários Estatísticos**

Cada operação estatística realizada pelo INE, tem um instrumento de recolha, que contém além das variáveis a serem observadas, o número de registo do questionário, os princípios da obrigatoriedade de resposta e do segredo estatístico, bem como o prazo de validade do Instrumento de Notação Estatística.



4. Acções Desenvolvidas pelo INE

- **Ficheiros de Empresas e Estabelecimentos**

O INE realizou em 2003 o Recenseamento Geral das Empresas e Estabelecimentos, para determinar o Universo das Empresas existentes no país, por ramos de actividades, número de pessoas ao serviço e localização geográfica, entre outras. Com o objectivo de manter o Ficheiro Central de Unidades Estatísticas actualizado, realiza anualmente inquéritos às empresas



5. Passos Subsequentes

- Submeter à aprovação ao Conselho de Ministros a CAE revista
- Conclusão da classificação Nacional das Profissões

ANEXO 7

Grupos de trabalho Seminário Nacional do SIS , 7-9 Dezembro 2009

GRUPO DE TRABALHO Nº1: Facilitador: Ana Lúcia		
NOME	INSTITUIÇÃO	FUNÇÃO
Sr. Amélia D.Comba Joaquim	DE/GEPE	Chefe de Secção
Dr. Vita Vemba	DPS Luanda	Director Provincial
Sr. Zacarias Mateus	DPS Luanda	Técnico
Sr. Yombo	DPS Cabinda	Chefe de Secção
Sr. Inaldo	DPS Uige	Chefe de Secção
Sr. Bonifácio	DPS Lunda Norte	Chefe de Secção
Sr. João	DPS Huambo	Chefe de Secção
Sr. Pedro	DPS Benguela	Chefe de Secção
Sr. Tomás Hambiri	DPS Huila	Chefe de Secção
Dr. Ngola	OMS	Gestor de Projectos
GRUPO DE TRABALHO Nº2: Facilitador: Belarmino João e André Neto		
Dra. Adelaide de Carvalho	DNSP	Director Nacional
Dra. Helgas Freitas	DNSP	
Dra. Alda Morais	DNSP	Chefe de Secção de imunização
Dra. Inês	DNSP	
Dr. Manuel Eusebio	DNSP	Chefe de Secção de Processamento de dados
Dr. Filomeno Fortes	DNSP	
Dra. Conceição Palma	DNSP	
Dra. Lúcia Furtado	INLS	Directora Geral Adjunta
Dra. Filomena Gomes Silva	INSP	Directora Geral
Dr. Josenando Teóphile	ICCT	Director Geral
Dra. Maria José	OMS	Gestora de projectos
Dra. Balbina Félix	OMS	Gestora de projectos
Dr. Cristian Voumard	Unicef	Assessor do gabinete do Mintro p/ reforma
Dr. Patrice Thevier	Cooperação Francesa	Assessor do gabinete do Ministro
Dr. Kiassekoka	MINSA	Assessor do gabinete do Mint. p/ reforma
Dr. Nicolas Velardes	Nações Unidas	Gestor de projectos
GRUPO DE TRABALHO Nº3: Facilitador: Manuel Laco		
Woluma Mahatma	DE/GEPE	
Dr. António Costa	DNRH	Director Nacional
Dr. Alberto Paca	DNRH	Chefe do Departamento
Dr. Moura	DNME	Director Nacional
Dr. Luvualo	Ass. Dos Enfermeiros	Presidente da associação
Dr. Coulibaly	OMS	Gestor de projectos
Dra. Catarina Aragão	Banco Mundial	Projecto HAMSET
Júlia da Gloria	GEPE	Departamento de Planificação
Paulo Filipe	GEPE	Departamento de Estatística

Sr. Nobre Paulo	GEPE	Departamento Estudos e Projectos
Dr. Manuel Ndonbele	GEPE	Departamento Estudos e Projectos
Sra. Rosa Matias	GEPE	Departamento de Estatística
GRUPO DE TRABALHO Nº4: Facilitador: Disimwa Kiavewa		
Maria Georgina	DE/GEPE	Chefe de Secção
Dr. Kinfumo António	Hosp. Josina Machel	Director Geral
Sr. António Matoso	Hosp. Josina Machel	Chefe de Secção
Dr. Abreu Pecamena	Maternidade Central	Director Geral
Sra. Cristina	Maternidade Central	Chefe de Secção
Dr. Fernando Miguel	Centro Nac. Oncologia	Director Geral
Miguel Gaspar	Divisao dos SAM	Chefe de Estatística
Mafuta Maria José	Ministerio do Interio	Técnica
P. Reverendo Luis Nguimbi	Coordenação Igrejas Critães	Secretário geral
GRUPO DE TRABALHO Nº5: Facilitador: Luzia Maria Chipia		
Dra. Maria Ferreira Oliveira	INE	Directora Geral
Dra. Margarida Lourenço	INE	Chefe do Departamento
Engº Bernadino	INE	Responsável do Recensamento
	Ministerio das Finanças	Chefe do Departamento de Estatística
	Ministerio da Ad. Territorial	Gabinete de estudos e planificação p/ saúde

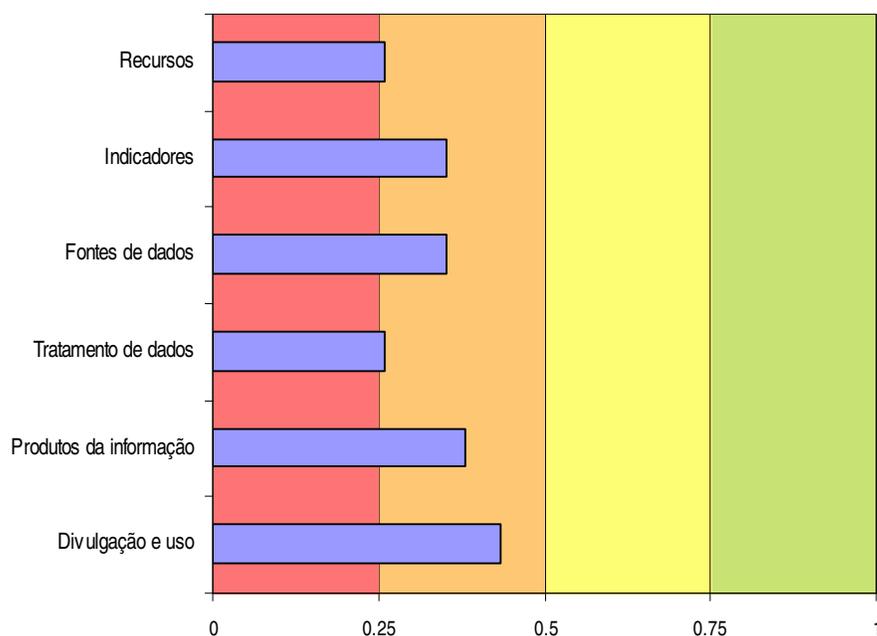
ANEXO 8

Angola - Avaliação SIS, Seminário Nacional – resultados de 7-9, Dez 2009

Tabela de Resumo

I. Recursos	26%
Política e planificação	23%
Instituições, recursos humanos e financiament	25%
Infra-estrutura do SIS	33%
II. Indicadores	35%
III. Fontes de dados	35%
Censo	16%
Estatísticas vitais	14%
Inquéritos baseados nas populações	56%
Registos sobre saúde e doenças	47%
Registos dos serviços de saúde	38%
Registos dos recursos	41%
IV. Tratamento dos Dados	26%
V. Produtos da Informação	38%
VI. Divulgação e Uso	44%

Gráfico



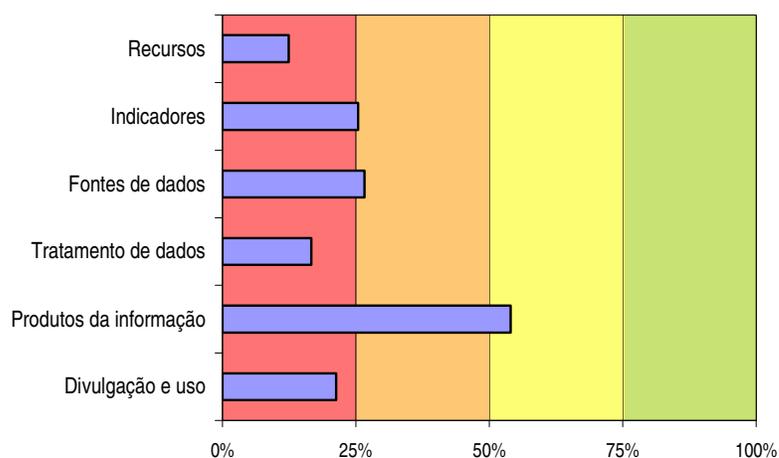
ANEXO 8-a

Angola – Avaliação do SIS, Seminário Província de Kuanza Sul, resultados, Dezembro 2009

Tabela de Resumo

I. Recursos	12%
Política e planificação	10%
Instituições, recursos humanos e financiamento	13%
Infra-estrutura do SIS	13%
II. Indicadores	25%
III. Fontes de dados	27%
Censo	Not assessed
Estatísticas vitais	48%
Inquéritos baseados nas populações	0%
Registos sobre saúde e doenças	36%
Registos dos serviços de saúde	25%
Registos dos recursos	24%
IV. Tratamento dos Dados	17%
V. Produtos da Informação	54%
VI. Divulgação e Uso	21%

Gráfico



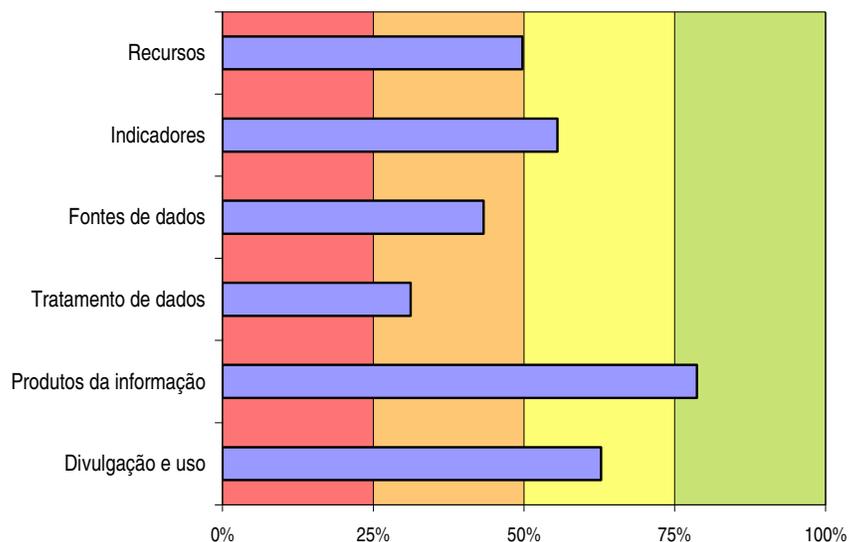
ANEXO 8-b

Angola – Avaliação do SIS, Seminário Província de Huambo, resultados, Dezembro 2009

Tabela de Resumo

I. Recursos	50%
Política e planificação	60%
Instituições, recursos humanos e financiamento	48%
Infra-estrutura do SIS	40%
II. Indicadores	56%
III. Fontes de dados	43%
Censo	Not assessed
Estatísticas vitais	0%
Inquéritos baseados nas populações	32%
Registos sobre saúde e doenças	54%
Registos dos serviços de saúde	58%
Registos dos recursos	73%
IV. Tratamento dos Dados	31%
V. Produtos da Informação	79%
VI. Divulgação e Uso	63%

Gráfico



ANEXO 9

Relatório do Seminário para avaliação abrangente do SIS, 7 à 9/Dezembro/2009



REPÚBLICA DE ANGOLA MINISTÉRIO DA SAÚDE

RELATÓRIO DO SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO ABRANGENTE SOBRE O SISTEMA DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA (SIS)

No âmbito das actividades previstas na fase 2 da avaliação do Sistema de Informação Sanitária (SIS), de 7 à 9 de Dezembro de 2009, no auditório do Hospital Josina Machel, foi realizado um Seminário cujo objectivo é de envolver os actores e parceiros do SIS para responder o questionário previamente preparado pela Rede de Metrologia da Saúde.

A sessão de abertura foi presidida pelo Dr. Daniel António, Director do Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística (GEPE), em representação da Sua Excelência, Sr. Ministro da Saúde, ladeado pelas seguintes individualidades:

- Dr^ª. Maria Ferreira: Directora do Instituto Nacional de Estatística
- Dr. Kinfumo António: Director Geral do Hospital Josina Machel
- Dr. Gaye: Em representação da OMS
- Dr. Paulo Luvualo: Secretário Geral da Ordem dos Enfermeiros de Angola
- Coronel Médico Miguel Gaspar: Representante da Direcção dos Serviços de Saúde/EMG/FAA.

Participaram no seminário, técnicos e Directores dos Ministérios (Saúde, Finanças, Plano, Interior, Defesa e Administração do Território), DNSP, INLS, Medicamentos Essenciais, DNRH e Direcções Provinciais de Saúde (Huambo, Huila, Luanda, Lunda Norte e Uige), Maternidade Lucrecia Paim, Hospital Josina Machel, Centro Nacional de Oncologia, Instituto Nacional de Estatística, Agencias das Nações Unidas (OMS, UNICEF e ONUSIDA), Banco Mundial

O Director do GEPE, manifestou a sua satisfação por se ter concretizado esta actividade, tendo agradecido os presentes pela participação e chamado atenção para participarem activamente, no exercício proposto pela Rede de Metrologia da Saúde - (OMS), respondendo com rigor o questionário. Dr.

Daniel António não escondeu os desafios do Sistema de Informação Sanitária por ser um instrumento de gestão a todos os níveis.

Por outro lado, o Dr. Gaye, em representação da OMS, delegou o Dr. Bruno Piotti para apresentar uma mensagem de apreço dessa instituição enaltecendo sobretudo os feitos da OMS em prol do Sistema Nacional da Saúde em Angola tendo em consideração a favorável conjuntura que esta predisposta por parte dos compromissos do Governo e que esta evidenciada por parte de pelos menos três documentos do MINSA: a Política da Saúde para o ano 2025, a Revitalização do Sistema Nacional de Saúde no Município, descentralização e a Reforma do Sistema de Saúde.

Na mesma ocasião os participantes foram brindados com valiosa contribuição da Dra. Maria Ferreira do Instituto Nacional de Estatística – (INE), que apresentou uma temática rigorosamente estruturada que versou sobre os desafios da Instituição que dirige e a relação do INE com os demais sectores produtores da informação estatística, entre os quais o Ministério da Saúde representado por dois membros no Conselho Nacional de Estatística. Trata-se do Director do GEPE (membro efectivo) e do Chefe do Departamento de Estatística (membro suplente).

Quanto ao Seminário, os participantes foram minuciosamente informados sobre o conteúdo do questionário, o roteiro e as diferentes etapas da avaliação do SIS. O Dr. Bruno Piotti na qualidade do consultor da Rede de Metrologia de Saúde, apresentou a metodologia de trabalho, tendo na ocasião orientado a organização de grupos de trabalhos bem como a composição destes.

A última palavra coube ao Dr. Belarmino João, que resumiu as etapas e fases da avaliação do SIS. Por outro lado chamou atenção para o cumprimento da metodologia do trabalho. O Dr. Belarmino apresentou com pormenor o número de grupos de trabalho bem como os membros de cada grupo.

O preenchimento do questionário teve início no dia 7 de Dezembro e terminou no dia 8. No dia 9 foi feita a apresentação dos resultados por grupos de trabalho com discussões e contribuições em torno da avaliação dos resultados.

Este relatório faz-se acompanhar dos seguintes anexos

- Composição de grupos de trabalho
- Lista de participantes
- Resultados dos grupos de trabalho
- Conclusões e Recomendações

**SECRETARIADO DO SEMINÁRIO DE AVALIAÇÃO ABRANGENTE, EM
LUANDA, Ao 9 DE DEZEMBRO DE 2009. -**

O SECRETARIADO DO SEMINÁRIO