

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**SITUAÇÃO DE SAÚDE DE MÃES E CRIANÇAS EM UM
MUNICÍPIO DA PERIFERIA DE LUANDA, ANGOLA, E A
POTENCIAL CONTRIBUIÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE**

JOÃO BAPTISTA HUMBWAVALI

Orientador: Prof. Dr. BRUCE BARTHOLOW DUNCAN

Porto Alegre, DEZEMBRO de 2011

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**SITUAÇÃO DE SAÚDE DE MÃES E CRIANÇAS EM UM
MUNICÍPIO DA PERIFERIA DE LUANDA, ANGOLA, E A
POTENCIAL CONTRIBUIÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE**

JOÃO BAPTISTA HUMBWAVALI

Orientador: Prof.Dr. BRUCE BARTHOLOW DUNCAN

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2011

CIP - Catalogação na Publicação

Humbwavali, João Baptista

Situação de Saúde de Mães e Crianças em um Município da Periferia de Luanda, Angola, e a Potencial Contribuição dos Agentes Comunitários de Saúde / João Baptista Humbwavali. -- 2011.
139 f.

Orientador: Bruce Bartholow Duncan.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde Materna. 3. Saúde da Criança . 4. Agente Comunitário de Saúde. 5. Angola. I. Duncan, Bruce Bartholow, orient. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. José Luiz Telles
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Prof^a Dra. Andrea Gomes Linard
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
(UNILAB)

Prof. Dr. Erno Harzheim
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais André e Maria, Trindade e Natália Que mesmo distante, seus incentivos foram fundamentais para conclusão deste trabalho.

A minha querida e amada esposa Cristina Wilma Cabral Trindade Humbwavali e aos meus filhos a Tripla “S” Selton, Stelvio, e Solene pela paciência que tiveram ao suportar a minha ausência em especial nos momentos difíceis.

MENSAGEM

*Quando a gente acha que tem todas as respostas,
vem a vida e muda todas as perguntas ...*

(Luis Fernando Verissimo)

AGRADECIMENTOS

A Deus pai todo-poderoso pelo dom da vida e por ter guiado meus passos neste processo de formação.

Aos meus irmãos e cunhados pelo incentivo, força, apoio e carinho.

Aos meus familiares e todos os elementos próximos da família, pelo apoio incondicional.

Ao Meu orientador Prof. Dr. Bruce Bartholow Duncan pela oportunidade e incentivo no aprendizado.

À Prof.^a Dr.^a Camila Giugliani pela co-orientação e pelas grandes sugestões e contribuições para este trabalho e pelo fato de se tornar para mim num verdadeiro presente.

Ao Programa de Pós Graduação em Epidemiologia por esta nobre oportunidade oferecida.

Ao corpo docente do Programa de pós graduação e ao pessoal da secretária acadêmica em especial à Vanessa Delfino, pela prontidão e ensinamentos.

Aos membros da banca Examinadora Prof. Dr. José Luiz Telles, Prof.^a Dra. Andrea Gomes Linard, Prof. Dr. Erno Harzheim pela disponibilidade, entrega e importantes contribuições neste trabalho.

Ao CNPq pelo apoio concedido, o que permitiu o meu ingresso no Mestrado e a minha permanência no Brasil ao longo do processo de formação.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa em Atenção Primária, especialmente aos Professores Erno e Odalci, à Mônica, à Lisiane, Alemão, Rodrigo, Eno e Marcelo pela força que me proporcionaram.

À família Lavor, ao Cássio, à Idalice, Vanira e Patrícia Thomas pela disponibilidade e ricas contribuições oferecidas.

A todos os colegas de mestrado, pelo agradável convívio e por todas as contribuições ao longo da formação.

Aos compatriotas residentes em Porto Alegre na condição de acadêmicos nomeadamente à família Armando, ao Assis e ao Sobrinho pelo conforto que me foi proporcionado.

A direção do Instituto Superior de Ciências de Saúde da Universidade Agostinho Neto Prof.^a MSc Maria da Conceição Martins da Silva, seus colaboradores diretos, e colegas pela idéia, força e incentivo.

*Ao Grande professor e amigo Dr. Belchior da Silva pela força, partilha e incentivos
que proporcionou ao longo do tempo.
A Clínica Sagrada Esperança na pessoa do presidente do conselho de gerência, “Dr.
Rui Veigas Pinto” à diretora dos Recursos humanos Dr.ª Elizabeth Pinto a chefe do
departamento de Enfermagem, Enfª Edith Silveira a direção clínica e de Enfermagem
dos serviços da Unidade de Cuidados Diferenciados (UCD) nomeadamente Dr.ª Maria
Lina Antunes, Enfª Teodora Cabanze e Tomé Bambi, ao cardiologista e amigo Dr. José
Roberto e a grande família da UCD pelo incentivo e apoio.*

*A direção provincial de saúde de Luanda em especial a Dra. Isilda, Dr. Nkanga e a
Dra. Catarina pela cooperação neste trabalho.*

*A repartição municipal de Saúde de Cacuaco em especial a Dra. Joana, ao Pascoal,
Diniz, Inácio, aos ACS, e ao grupo de inquiridores pela grande contribuição.*

*Aos meus contemporâneos colegas amigos e companheiros da academia e suas
respectivas famílias em especial ao Hilifavali, Tiago, Lourenço, Ludovino, Dombaxi,
Monteiro, Paulo, Cláudio, Sambingo, Ndeco, Joel, Daniel, Hambili, Kanda,
Kapalandanda, Hermenegildo Círiilo, Ildefonso, Nando, Lito, Nelo, de forma geral a
todos que direta ou indiretamente deram aquele toque mágico do outro lado do oceano.*

Terna gratidão.

A todos, Luz e Paz Sempre !

SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas

Resumo

Abstract

| | |
|--|-----|
| 1. APRESENTAÇÃO | 14 |
| 2. INTRODUÇÃO | 15 |
| 3. REVISÃO DA LITERATURA | 18 |
| 3.1 PANORÂMICA DE ANGOLA | 18 |
| 3.2 SAÚDE MATERNA E INFANTIL | 36 |
| 3.3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | 40 |
| 3.4 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE | 46 |
| 3.5 DIAGNÓSTICO DE COMUNIDADE | 53 |
| 3.6 IMPLEMENTAÇÃO INICIAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE | 55 |
| 4. OBJETIVOS | 59 |
| 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 60 |
| 6. ARTIGO | 65 |
| 7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS | 98 |
| 8. ANEXOS | |
| a. Projeto de Pesquisa | 100 |
| b. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa | 115 |
| c. Cartas de autorização da Direção Provincial de Saúde de Luanda | 117 |
| d. Questionário utilizado para coleta de dados | 119 |
| e. Termo de consentimento livre e esclarecido | 137 |
| f. Lembrança entregue a cada mãe entrevistada | 138 |
| g. Fotos do trabalho de campo | 139 |

ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| AIDI | Atenção Integral das Doenças da Infância |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ASS | Avaliação do Sistema de Saúde |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CNPq | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico |
| DF | Distrito Federal |
| DNRH | Direção Nacional dos Recursos Humanos |
| DOTS | Estratégia de Tratamento Diretamente Observado |
| DPSL | Direção Provincial de Saúde de Luanda |
| ELB | Estudo de Linha de Base |
| ENSP | Escola Nacional de Saúde Pública-Lisboa |
| ENSPA | Escola Nacional de Saúde Pública de Angola |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| ETPS | Escola Técnica Profissional de Saúde |
| FAA | Forças Armadas Angolana |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| FMI | Fundo Monetário Internacional |
| FMUAN | Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto |
| FNUAP | Fundo das Nações Unidas Para o Desenvolvimento |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| INE | Instituto Nacional de Estatística |
| ISCISA | Instituto Superior de Ciências da Saúde |
| MAPESS | Ministério da Administração Pública Emprego e Segurança Social |
| MINFIN | Ministério das Finanças |
| MINSA | Ministério da Saúde de Angola |
| ODM | Objetivos de Desenvolvimento do Milênio |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONG | Organização Não Governamental |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |

| | |
|-----------|---|
| PDRH | Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos |
| PESMIC | Pesquisa sobre Saúde Materno-Infantil no Estado do Ceará |
| PNI | Programa Nacional de Imunização |
| PNS | Política Nacional de Saúde |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| SIAB | Sistema de Avaliação da Atenção Básica |
| SINGERH | Sistema Integrado Nacional de Gestão de Recursos Humanos |
| SIPACS | Sistema de Avaliação do Programa dos Agentes Comunitários |
| SNS | Sistema Nacional de Saúde |
| SRAG | Síndrome Respiratória Aguda Grave |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| THA | Tripanossomíase Humana Africana |
| TIP | Tratamento Intermitente Preventivo |
| UFRGS | Universidade Federal do Rio Grande do Sul |
| UMA | Universidade Metodista de Angola |
| UNIBELAS | Universidade de Belas |
| UNICEF | United Nations Children's Fund |
| UNUPIAGET | Universidade Jean Piaget |
| UPRA | Universidade Privada de Angola |
| USAID | United States Agency for International Development |

RESUMO

Introdução: Angola se encontra em fase de construção do seu sistema de saúde, que foi amplamente destruído por décadas de guerra. Porém, os dados disponíveis são pouco confiáveis para subsidiar o planejamento de intervenções como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que começou a ser implantado na periferia da capital Luanda em 2007. O objetivo do presente estudo é descrever a situação de saúde de mães e crianças e a sua utilização dos serviços de saúde, bem como fatores socioeconômicos correlacionados.

Métodos: Estudo de prevalência, incluindo crianças menores de dois anos de idade e suas mães. Foram selecionados quatro bairros em duas comunas do município de Cacuaco. Os domicílios foram selecionados seguindo um método sistemático com início aleatório. Foram realizadas entrevistas com as mães, bem como aferições do peso e comprimento das crianças. A análise foi descritiva, baseada em medidas de frequência. A significância estatística da associação de escolaridade e situação econômica com alguns desfechos selecionados foi avaliada por meio do teste do qui-quadrado.

Resultados: No período entre 18/08 e 24/09/2010, foram entrevistadas 749 mães, com média de idade de 26 anos. As perdas e recusas foram de 95 (13%) e 10 (1,3%) respectivamente. Cada mãe tinha, em média, três filhos. Destas, 720 (98,5%; IC 95% 98% - 99%) referiram ter feito consulta pré-natal, 373 (51,7%; IC 95% 47% - 56%), tinham consigo o cartão da gestante, 257 (76,7%; IC 95% 72% - 81%) iniciaram as consultas de pré-natal antes das 20 semanas e 222 (60,3%; IC 95% 55% - 65%) realizaram quatro ou mais consultas. Dentre as mães, 520 (69,5%; IC 95% 69% - 96%) realizaram o parto no serviço de saúde, 602 (81,1%; IC 95% 78% - 84%) possuíam o cartão de saúde da criança e 51 (19,0%; IC 95% 16% - 23%) amamentaram exclusivamente até ao sexto mês. A análise bivariável mostrou que a escolaridade da mãe, mais do que a situação econômica, esteve associada a quase todos os desfechos testados, incluindo número de consultas de pré-natal e a proporção de partos assistidos nos serviços de saúde.

Conclusões: Percebe-se a alta prevalência de mães que referiram ter feito acompanhamento pré-natal, tendo iniciado o mesmo antes das 20 semanas de gestação,

e um número médio de consultas satisfatório, contrastando com uma proporção ainda alta de partos domiciliares e uma prevalência baixa de amamentação exclusiva. A posse do cartão de saúde, principalmente o infantil foi bastante comum, o que parece ser um avanço importante na melhoria do acompanhamento das crianças. Os dados encontrados no presente estudo, quando comparados a dados de outras fontes, indicam, apesar de suas limitações, progresso no município de Cacuaco. Isso pode estar relacionado a diversos fatores, dentre eles o processo de mudanças advindo da política de Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde. Esses achados podem servir para o planejamento de saúde local bem como uma linha de base para avaliar futuras intervenções. Além disso, apoiados na evidência sobre a efetividade do agente comunitário de saúde em situações semelhantes, sugerem campo fértil para a introdução de um sistema de atenção primária com forte atuação do agente comunitário de saúde em Angola.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Saúde Materna; Saúde da Criança; Agente Comunitário de Saúde; Angola.

ABSTRACT

Introduction: Angola is currently facing the challenge of building its health system, which was largely destroyed by decades of war. However, available data are not reliable enough to base the planning of interventions, such as the Community Health Workers Program, which started to be implemented in the suburban area of Luanda in 2007. The objective of this study is to describe the health status of mothers and children and their utilization of health services in one municipality in the suburban area of Luanda, as well to investigate socioeconomic correlates of these factors.

Methods: Cross-sectional study, including children under 2 years of age and their mothers. Four neighborhoods were selected in the municipality of Cacuaco. Households were selected according to a systematic method with random start. Mothers were interviewed, and children were weighed and measured. Descriptive analysis was performed based on frequency estimates. The statistical significance of the association of educational level and economic situation with selected outcomes was evaluated with the chi-square test.

Results: Over the period of 18/08 to 24/09/2010, 749 mothers, of mean age 26 years, were interviewed. Losses and refusals were 95 (13%) and 10 (1.3%) respectively. Mothers had, on average, 3 children; 720 (98.5%; IC 95% 98% - 99%) informed having attended antenatal visits, 373 (51.7%; IC 95% 47% - 56%) could present their health cards, 257 (76.7%; IC 95% 72% - 81%) initiated antenatal care before 20 weeks of pregnancy, and 222 (60.3%; IC 95% 55% - 65%) attended to four or more visits. Further, 520 mothers (69.5%; IC 95% 69% - 96%) delivered in a health facility, 602 (81.1%; IC 95% 78% - 84%) had their child's health card in their possession; and 51 (19.0%; IC 95% 16% - 23%) exclusively breastfed until six months. Mother's educational attainment, more so than her economic situation, was associated with almost all outcomes tested, including the number of antenatal visits and proportion of deliveries performed in a health facility.

Conclusions: The high prevalence of mothers informing having attended antenatal care is notable, as well as the early initiation of antenatal care and the satisfactory number of visits (four or more). In contrast, the proportion of deliveries performed at home was high, and the prevalence of exclusive breastfeeding low. Possessing health cards, especially the child's, an important step toward the improvement of child health follow-up, was very common. These data, when compared with those of other sources, show

important progress in Cacuaco. This is likely due to many factors, including changes resulting from the policy of Revitalization of Municipal Health Services. These findings can support local health planning, as well as can serve as a baseline to assess future interventions. Moreover, based on the evidence of the effectiveness of community health workers in similar situations, they suggest a fertile field for the introduction of a primary health care system with a strong presence of community health workers in Angola.

Key words: Primary Health Care; Maternal Health; Child's Health; Community Health Worker; Angola.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Situação de Saúde de Mães e Crianças em um Município da Periferia de Luanda, Angola, e a Potencial Contribuição dos Agentes Comunitários de Saúde”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 10 de novembro de 2011. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo o Projeto de Pesquisa, estão apresentados nos anexos.

1. INTRODUÇÃO

A promoção da saúde consiste em planos, programas e políticas de saúde pública com ações voltadas a proporcionar um equilíbrio na exposição da população a fatores que por um lado condicionam a saúde e por outro se tornam determinantes no desequilíbrio entre o homem e o meio em que habita (AUROUCA, 2003). Uma dentre as definições de promoção de saúde surgiu na primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, tendo sido descrita como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

“Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Portanto, a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (Carta de Ottawa, 1986)”.

Sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) a porta de entrada para os serviços de saúde, espera-se que ela seja acessível a toda a população. Starfield definiu como atributos essenciais da atenção primária: acesso de primeiro contato, continuidade do cuidado ou longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (STARFIELD, 2002). Para a autora, após o primeiro contato, a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo de forma que, quando nova demanda surja, esta seja atendida de forma mais eficiente, garantindo sua longitudinalidade. O nível primário continua com a responsabilidade pela saúde das pessoas ainda que parte dos problemas identificados seja encaminhada ao nível secundário ou terciário, construindo-se deste modo a sua integralidade, além de englobar outras ações, como visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais.

No Brasil, a APS vem sendo implementada em larga escala desde 1994 por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). As equipes da ESF são compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, técnicos de saúde bucal e agentes comunitários de saúde (ACS). A ESF surgiu de experiências prévias com ACS, que trabalhavam sob supervisão de enfermeiras, o que configurava o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que iniciou no nordeste do Brasil e passou a ser

implantado nacionalmente a partir de 1991. O trabalho dos ACS, apesar de ser amplamente reconhecido no Brasil e internacionalmente (SVITONE, 2000; HARRIS, 2010), ainda carece de avaliação suficiente para afirmar a sua efetividade. Apesar disso, de acordo com uma revisão sistemática sobre a efetividade do ACS no Brasil, existem evidências que mostram o seu potencial em contribuir para melhores resultados de saúde nas comunidades, principalmente em relação a mães e crianças (GIUGLIANI, 2011).

Angola, por sua vez, encontra-se em fase de organização dos serviços de saúde, onde o desafio passa pela ampliação e qualificação da sua rede sanitária, que sofreu ampla degradação durante os longos anos de guerra. Esse processo de organização implica em mudanças na orientação do modelo de atenção à saúde em direção a um modelo que seja orientado pela APS. Para tal, muito terá de ser feito para oferecer serviços eficientes, assim como mecanismos que facilitem o contato das pessoas com as unidades básicas de saúde. Segundo estimativas da OMS, as taxas de mortalidade materna e infantil de Angola estão entre as mais altas do mundo (OMS, 2011), o que reflete a vulnerabilidade do estado de saúde da população. O Ministério da Saúde de Angola (MINSA), no quadro da implementação do plano estratégico para acelerar a redução da Mortalidade Materna e Infantil (2004–2009) (ANGOLA, 2008) e visando melhorar estes indicadores de saúde, está incrementando o pacote essencial de cuidados e serviços de saúde por meio do processo de revitalização dos serviços municipais a nível nacional, com a expectativa de cobrir mais de 75% da população angolana até 2015 (UNSD, 2010). Este é um processo que iniciou a ser implementado de forma gradual em 2006, com o apoio do Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), da OMS e do Fundo das Nações Unidas para as Populações (FNUAP). Além disso, o governo de Luanda, com apoio de dois consultores brasileiros, por meio do UNICEF, instituiu em fevereiro de 2007 o PACS, com o objetivo de melhorar as competências familiares para a promoção da saúde e reforçar o elo entre as famílias e as unidades de saúde. O PACS está em andamento em seis municípios da periferia de Luanda: Cacuaco, Sambizanga, Cazenga, Samba, Kilamba Kiaxi e Viana. Cacuaco foi o primeiro município a experimentar o programa, cujas ações estão inicialmente concentradas na área de saúde materno-infantil.

Face a essa situação, propusemo-nos a fazer um estudo para descrever a situação de saúde de mães e crianças menores de dois anos no primeiro município onde o PACS foi implementado, Cacuaco, e analisá-la à luz do processo de mudança relativo à

organização dos serviços de saúde e à sua relação com a comunidade, alavancado, em grande parte, pela atuação dos ACS. Além disso, dada a necessidade de obtenção de dados que reflitam com mais acurácia a situação de saúde das pessoas e que informem sobre estrutura, processos e resultados relativos aos cuidados de saúde, o intuito deste estudo também foi de contribuir para que as estimativas e aproximações que hoje estão disponíveis possam ser gradualmente substituídas por dados mais confiáveis.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura tem por objetivo levantar as informações que fundamentem a análise e a interpretação dos resultados do estudo que está sendo apresentado. Importa realçar que esta não é uma revisão sistemática e sim uma revisão narrativa simples conduzida para dar embasamento ao trabalho.

Assim sendo, foi pesquisada a base de artigos Medline por meio do seu portal PubMed ao longo do ano de 2011. Nossa finalidade nessa estratégia foi de levantar a literatura publicada com descritores relacionados com atenção primária à saúde, agentes comunitários de saúde, assim como descritores relativos à saúde materna e infantil em Angola e no Brasil, principalmente, e no mundo.

A seguinte estratégia genérica de busca foi utilizada: (“Primary health Care” OR “Community Health Workers” OR “Maternal health” OR “Child health”) AND (“Brazil” OR “Angola”). Outras bases de dados, como Lilacs, Scielo, Google e Google Acadêmico também foram visitadas a partir de artigos de referências previamente selecionados, o que possibilitou a identificação de literatura não indexada ao Medline. Teses e dissertações, bem como documentos e relatórios técnicos, também foram fontes importantes para a presente revisão.

2.1 PANORÂMICA DE ANGOLA

Situada na costa do Atlântico Sul da África Ocidental, Angola é um dos países de maior extensão e um dos mais ricos em recursos naturais na região. Conta com uma área de 1.246.700 km², uma costa de 1.600 km de norte a sul, sendo dividida em 18 províncias, 164 municípios e 532 comunas. A população total em 2010 foi estimada em 19.618.000 habitantes (UNSD, 2010), dos quais 50,5% são mulheres. Estima-se que 59% da população residem em área urbana (UNSD, 2010). A densidade populacional é de aproximadamente 15 habitantes por km².

A República de Angola está limitada a norte com as Repúblicas do Congo Brazaville e Congo Democrático, a leste com as Repúblicas Democrática do Congo e da Zambia, a Sul com a República da Namíbia e a oeste está banhada pelo oceano Atlântico (Figura 1).

Figura 1 - Mapa geográfico de Angola



Fonte: <http://www.google.com.br/imgres?q=mapa+geografico+Angola&num=10&hl=pt-> acesso em 12 de Outubro/2011

Segundo o Fundo das Nações Unidas para População (UNFPA, 2010), a taxa de contraceção é de 6,2%, favorecendo uma fecundidade estimada em 5,4 nascimentos por mulher. Face a isto, a taxa de crescimento anual populacional é estimada em 2,7% (UNSTATS, 2011), sendo que as decisões em relação à fecundidade no país são tomadas pelas próprias famílias, uma vez que não existe uma política pública explícita a favor de alta ou baixa fecundidade.

O país efetuou seu único censo demográfico em 1970 (UNFPA, 2010), o que tem dificultado a avaliação do crescimento da população nas últimas quatro décadas, a qual tem sido feita unicamente por meio de estimativas. Segundo a fonte, o ritmo de crescimento populacional aumentou de forma exponencial, reduzindo para menos de 25 anos o período de tempo necessário para sua duplicação (1980-2005). Com esse ritmo de crescimento, Angola se caracteriza como um país eminentemente jovem, com idade média de 17 anos, com 45% da população na faixa etária menor de 15 anos, 46,6% da população total feminina na faixa etária dos 15 aos 49 anos e 4% da população com idade superior a 60 anos. No entanto, a esperança de vida ao nascer é de 48,1 anos, a taxa de mortalidade infantil é de 98 óbitos por mil nascimentos vivos e a mortalidade infanto-juvenil é de 161 óbitos por mil nascimentos vivos (OMS, 2011).

A não atualização do censo populacional tem criado várias dificuldades para a análise de dados de Angola, o que tem contribuído para a dispersão e imprecisão de dados, como refere à Agência Francesa de Desenvolvimento, citada por OLIVEIRA (2010) no seu estudo sobre formação profissional no setor informal de Angola realizado em novembro de 2006. Deste modo, tem existido uma variedade de dados populacionais dependentemente da fonte. A OMS estima a população angolana em mais de 18 milhões de habitantes (OMS, 2011). Assim, os indicadores sociodemográficos do país são estimativas pouco acuradas.

Angola tem o português como língua oficial, devido ao seu antigo colonizador. Além disso, existem numerosas línguas nacionais, sendo o Umbundo, mais presente na região centro-sul, a mais falada delas, com 26%, seguida do Kimbundo, falada principalmente na zona centro-norte, com 20%. O Kikongo é falado na região norte do país, assim como o Fiote, que se fala na província de Cabinda. No leste, o predomínio é do Tchokwe e na região sul do país fala-se Kwanyama, Nhaneca e Mbunda, além de outras línguas de origem Bantu (REDINHA, 1984; FERNANDES e NTONDO, 2002; LUKOMBO, 1997) (Figura 2).

A guerra afetou consideravelmente o país em todos os setores, com visíveis consequências para a vida dos angolanos. Importa realçar que inúmeras infraestruturas básicas, como escolas, estradas, pontes e unidades de saúde foram alvo de destruição, principalmente no interior do país. Associado a isso, o êxodo de grandes populações para as grandes cidades, como a capital Luanda, acelerou o processo de urbanização desordenada, contribuindo para o surgimento de enormes aglomerações, onde as pessoas vivem em condições muito precárias.

Figura 2 - Mapa Etnolinguístico de Angola



Fonte: <http://www.google.com.br/search?um=1&hl=pt-BR&biw=1345&bih> acesso em 16 de Maio de 2011.

3.1.1 Situação econômica de Angola

A economia de Angola é caracterizada por altos níveis de crescimento econômico desde o fim do conflito armado, ocorrido em de abril de 2002. Depende fortemente da produção de petróleo, que representa 55% do Produto Interno Bruto (PIB) e 95% das exportações, e do ressurgimento do setor diamantífero. O PIB para o ano de 2009 foi de 34.991 milhões de dólares, com um PIB per capita de 1.892 dólares (UNSTATS, 2010). Face ao exposto, o PIB cresceu aproximadamente 15,3% em 2002. Em termos setoriais, o petróleo cresceu em 22% e os diamantes, em 6,6%, ao passo que setores como indústria e serviços, agricultura e construção civil alcançaram taxas de crescimento de quase dois algarismos (MINIPLAN, 2005). A produção do petróleo, junto com a de diamante, contribuiu com 61% do PIB em 2002 (Quadro 1).

Quadro 1: Principais indicadores de desempenho macroeconômico: Indicadores econômicos e financeiros selecionados (1999 – 2002).

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--|------|------|------|------|
| Contribuição para o PIB por setor de atividade (%) | | | | |
| Agricultura, florestas e pescas | 6,5 | 5,9 | 8,0 | 7,8 |
| Indústria | 3,5 | 2,9 | 3,8 | 3,7 |
| Comércio e negócios | 15,3 | 14,5 | 15,6 | 15,3 |
| Setor mineiro (petróleo, LGG,* diamantes) | 67,1 | 66,9 | 59,4 | 61,0 |
| Petróleo & LGG | 58,8 | 60,6 | 53,6 | 55,5 |
| Diamantes | 8,2 | 6,4 | 5,8 | 5,5 |

*LGG: Lubrificantes, Gasolina e Gás.

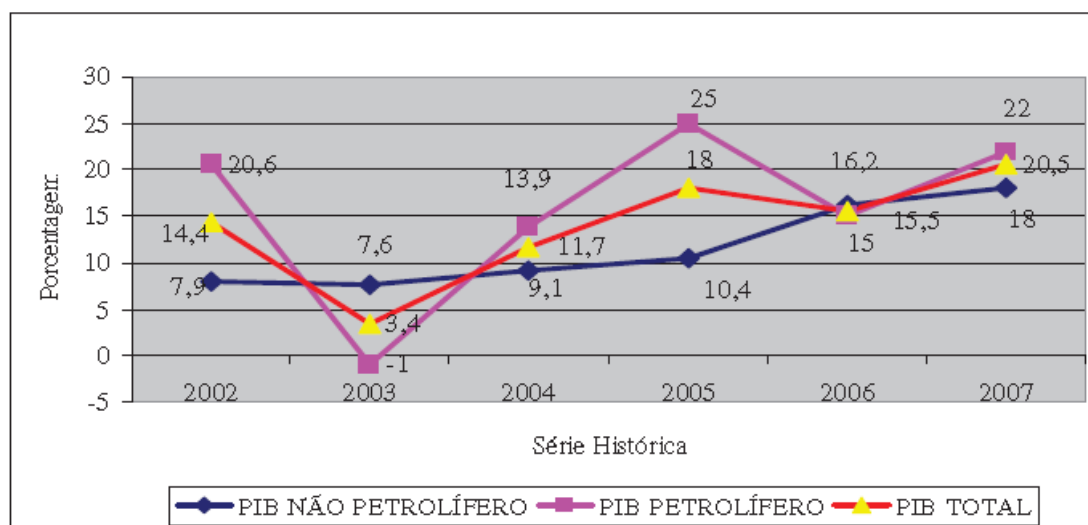
F o n t e : Ministério do Planeamento; Ministério das Finaças; Instituto Nacional de Estatística, Banco Nacional de Angola e Fundo Monetário Internacional(FMI).

Assim sendo, o setor de comércio e negócios é o segundo maior setor produtivo do país, contribuindo em 15,3% para o PIB atualmente. (ANGOLA, 2010a).

Desde 2002, o país está investindo na sua reconstrução: reabilitando estradas e linhas férreas, retirando as minas dos campos, retomando os cultivos e criações de animais, estruturando saneamento básico, canalização da água e rede elétrica e construindo escolas, universidades, postos, centros de saúde e hospitais. Por seu lado, o setor da construção atingiu, no período de 2002-2006, taxas de crescimento impressionantes, as maiores em toda a história do país, em função do elevado número de projetos públicos e privados em curso em todas as províncias. A reconstrução tem dado um impulso ao setor industrial, que tende a renascer após o conflito armado em que o país esteve mergulhado.

Os indicadores macroeconômicos em Angola têm registrado uma melhoria evidente nos últimos anos, como resultado de uma economia mais estável (OLIVEIRA, 2010). Em particular importa realçar que o PIB, que desde 1995 mantinha uma média de crescimento de 6,6%, alcançou a marca de 11% em 2004, como consequência do aumento das receitas petrolíferas, aumentando ainda para 18% no período 2005-2007 (Figura 3). Neste quadro de crescimento, o PIB total para o ano de 2009 foi de 34.991 milhões de dólares norte-americanos (UNSTATS, 2011).

Figura 3- PIB angolano – taxas de crescimento anual de 2000 a 2007



Fonte: FMI, Artigo IV de junho de 2005 e Update março de 2006. Para OGE retificado, citado por (OLIVEIRA, 2010)

Face a isto, Angola surge como potência no continente africano, com valiosos recursos naturais (além do petróleo, o país é rico em diamantes e possui volumosas hidrovias e enormes extensões de terras férteis).

Mesmo com os esforços supracitados, o país situa-se, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), em 146º lugar dentre 169 países (PNUD, 2010b). Apesar do impressionante crescimento econômico, mais de 61% da população angolana vive abaixo da linha de pobreza, sendo 26% em situação de pobreza extrema (UNFPA, 2006). O nível de pobreza da população é refletido pelo deficiente acesso à alimentação, água potável, saneamento, educação, saúde, energia elétrica e outras comodidades sociais. A taxa de dependência considerando as pessoas em idade produtiva, dos 15 aos 64 anos, é estimada em 89,2% (UNSTATS, 2011), o que traduz o elevado índice de desemprego. A taxa de adultos alfabetizados é de 67,4%.

3.1.2 Situação de saúde

O Quadro 2 mostra uma série de indicadores sociodemográficos e de saúde, comparando duas fontes distintas para Angola. Essas estimativas, apesar de não poderem ser consideradas confiáveis, dão uma boa ideia da condição de vulnerabilidade da população angolana. A título de comparação, os mesmos indicadores são listados para o Brasil.

Quadro 2: Indicadores sócio-sanitários selecionados em Angola e Brasil

| Indicador | Angola – OMS* 2009 | Angola – IBEP** 2008-2009 | Brasil – OMS* 2009 |
|--|-------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Expectativa de vida ao nascer | 52 anos | -- | 73 anos |
| Mortalidade infantil | 98/1.000 | 115,7/1.000 | 18/1.000 |
| Mortalidade < 5 anos | 161/1.000 | 193,5/1.000 | 22/1.000 |
| Crianças < 5 anos com baixo peso | 28% | -- | 2,2% |
| Crianças < 5 anos com desnutrição crônica | 51% | -- | 7,1% |
| Cobertura vacinal DTP3 | 81% | 35% | 97% |
| Cobertura vacinal sarampo | 79% | 52,5% | 99% |
| Mortalidade materna | 610/100.000 | -- | 110/100.000 |
| Partos assistidos por profissional qualificado | 47% | 49,4% | -- |
| Consulta pré-natal | 80% (≥ 1 visita) | 47,1% (≥ 4 visitas) | 98% ≥ 1 visita (88% ≥ 4 visitas) |
| Infecção por HIV em adultos 15-49 anos | 2,1% | -- | -- |
| Mortalidade adulta (probabilidade de morrer entre 15-60 anos) | 421/1.000 | -- | 158/1.000 |
| Mortalidade por doenças transmissíveis (ajustada para idade) | 1.287/100.000 | -- | 139/100.000 |
| Mortalidade geral por malária | 52,5/100.000 | -- | -- |
| Mortalidade por doenças não transmissíveis (ajustada para idade) | 1.071/100.000 | -- | 625/100.000 |
| Casos de cólera registrados | 10.511 (2008) | -- | 0 |
| Casos de poliomielite registrados | 29 (2009) | -- | 0 |
| População com acesso a água potável | 50% | -- | 97% |
| População com saneamento adequado | 57% | -- | 80% |
| Gastos com saúde (% do total do PIB) | 2,5% | -- | 8,4% |

*Organização Mundial de Saúde, 2011

**Inquérito Integrado Sobre o Bem-Estar da População, Instituto Nacional de Estatística, Ministério do Planeamento, Angola.

Em relação à mortalidade de crianças menores de cinco anos, vale ressaltar que, em Angola, mais de 50% dos óbitos são devidos a diarreia (22%), pneumonia (18%) e malária (11%) (OMS, 2011).

Angola possui um quadro epidemiológico dominado pelas doenças transmissíveis, principalmente a malária, doenças diarreicas agudas e doenças

respiratórias agudas. A magnitude da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é no momento considerada inferior em relação à média dos países da região austral da África, considerada como o epicentro da pandemia. Os resultados dos últimos inquéritos de seroprevalência indicam taxas abaixo dos 5% (OMS, 2011) com taxas de incidência estimadas abaixo de 2,5% em 2005 (UNFPA-Angola 2007). A malária é a causa principal de morte em Angola com uma dimensão crítica na mortalidade infantil. Em 2005, representou 64% de todos os casos de morbidade e 65% do total de óbitos reportados (UNFPA-Angola, 2007). A taxa de letalidade da malária varia entre 15 e 30%, e as crianças menores de cinco anos de idade e as mulheres grávidas representam os grupos populacionais mais vulneráveis. A malária representa cerca de 35% da procura dos cuidados de saúde, 20% das internações hospitalares, 40% de mortes perinatais e 25% de mortalidade materna (ANGOLA, 2010a). Relativamente à tuberculose, os casos têm vindo a aumentar devido a diversos fatores como a pobreza, a coinfeção com VIH e a limitação de acesso aos cuidados de saúde. Estima-se que a taxa de incidência seja de aproximadamente 1,7%, o que implica 333 novos casos por 100.000 pessoas a cada ano. Para a prevenção dessas taxas, o país conta com o estabelecimento de uma forte base para a Estratégia de Tratamento Diretamente Observado (DOTS), estratégia recomendada pela OMS para o tratamento da tuberculose que está sendo implementada desde 1996, sendo sua cobertura no país estimada em 60% em 2005 (PNUD-Angola 2007).

A Tripanossomíase Humana Africana (THA) ameaça cerca de um terço da população do país. O vetor do parasita, a mosca tsé-tsé, está presente em 14 das 18 províncias. Existem no país algumas bolsas de prevalência da hanseníase como um problema de saúde pública segundo a OMS (2011), foram notificados 1184 casos em 2008. Quanto às doenças respiratórias agudas, ocupam o segundo lugar entre as doenças notificadas, com um número crescente dos casos de óbitos. As doenças diarreicas agudas foram, em 2005, a segunda causa de mortes do total de doenças notificadas. As doenças respiratórias e diarreicas agudas, junto com a malária, representam cerca de 80% das causas de mortalidade (MINSa, 2009a). As doenças imunopreveníveis continuam a constituir uma preocupação no âmbito do esquema epidemiológico, apesar do aumento da cobertura vacinal. Em 2005, foi registrado um total de 1331 casos de sarampo, com 28 óbitos, e ocorreram surtos epidemiológicos em sete províncias do país. Em relação à poliomielite, após três anos sem notificação de casos, ressurgiu em 2005,

quando foi notificado um caso, de estirpe de polio-vírus selvagem diferente da que circulava em Angola, chegando a 29 casos notificados em 2009 (MINSA, 2009a).

O tétano neonatal, com 401 casos reportados e 117 óbitos notificados, foi a terceira causa de morte entre as doenças potencialmente epidêmicas em 2005 (MINSA, 2009a). A meningite, com 1660 casos e 338 óbitos em 2005, é uma das doenças potencialmente epidêmicas com alta taxa de letalidade. As doenças emergentes e reemergentes, como a febre hemorrágica por vírus, a gripe das aves (H1N1) e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) também apresentam potencial epidêmico em Angola, que viveu uma epidemia de febre hemorrágica por vírus do Marburg em 2005, cujo epicentro foi a província do Uíge, no extremo norte do país. Destaca-se que o país viveu uma grande epidemia de cólera no ano de 2006. O Quadro 3 mostra a ocorrência de doenças transmissíveis, assim como a mortalidade e a letalidade ligada a cada uma delas.

A desnutrição, bem como a obesidade e as doenças crônicas, incluindo hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes e câncer tiveram um crescimento acentuado nos últimos anos (MINSA, 2009a). O estilo de vida mais ocidentalizado, assim como os determinantes mais estruturais, como a pobreza e desigualdade social, Estão contribuindo de forma crescente para o aumento da carga de doença atribuída aos agravos não transmissíveis.

Quadro 3 – Perfil epidemiológico: casos notificados e óbitos de doenças transmissíveis em 2006 e 2007.

| Doenças | 2006 | | | 2007 | | |
|-----------------------------|-----------|--------|------------|-----------|--------|------------|
| | Casos | Óbitos | Letalidade | Casos | Óbitos | Letalidade |
| Malária | 2 283 097 | 10 220 | 0,45 | 2 726 530 | 9770 | 0,36 |
| Doença respiratória aguda | 760 764 | 1542 | 0,20 | 629 648 | 1686 | 0,27 |
| Doença diarreica aguda | 340 046 | 1304 | 0,38 | 408 571 | 1459 | 0,36 |
| Desintéria | 81 189 | 120 | 0,15 | 72 658 | 160 | 0,22 |
| Febre Tifoide | 87 116 | 65 | 0,07 | 135 944 | 92 | 0,07 |
| Schistosomiase | 85 690 | 0 | 0,00 | 53 144 | 0 | 0,00 |
| Tuberculose confirmada | 38 833 | 1048 | 2,70 | 42 383 | 1013 | 2,39 |
| Lepra | 1078 | 0 | 0,00 | 1269 | 0 | 0,00 |
| Tripanossomiase | 1105 | 23 | 2,08 | 648 | 32 | 4,94 |
| Infecção trans. sexual | 37 408 | 0 | 0,00 | 44 644 | 0 | 0,00 |
| Meningite | 1408 | 458 | 32,53 | 1306 | 389 | 29,79 |
| Tétano | 1664 | 272 | 16,35 | 810 | 293 | 36,17 |
| Oncocercose | 151 | 0 | 0,00 | 115 | 0 | 0,00 |
| PFA* | 197 | 0 | 0,00 | 281 | 0 | 0,00 |
| Raiva | 81 | 81 | 100,00 | 111 | 111 | 100,00 |
| Sarampo | 4453 | 289 | 6,49 | 1581 | 95 | 6,01 |
| SIDA** | 3024 | 383 | 12,64 | 3894 | 310 | 7,96 |
| Síndrome icterico | 2116 | 72 | 3,40 | 1636 | 70 | 4,28 |
| Tosse convulsa (coqueluche) | 1361 | 0 | 0,00 | 1123 | 17 | 1,51 |
| Xeroftamia | 11 855 | 0 | 0,00 | 5575 | 0 | 0,00 |
| Poliomielite | 2 | 0 | 0,00 | 7 | 0 | 0,00 |
| Febre amarela | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0 | 0,00 |
| Cólera | 67 255 | 2722 | 4,05 | 18 390 | 515 | 0,28 |
| Marburg | 0 | 0 | 0,00 | 0 | 0 | 0,00 |
| Total | 3 831 335 | 20 589 | | 4 169 572 | 16 811 | |

Fonte: Sistema de Saúde em Angola: uma reforma à luz do SNS em Portugal, 2010

*PFA: Paralesias Flácidas Agudas (Poliomielite).

**SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

3.1.3 – Sistema Nacional de Saúde

Características gerais

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) angolano conheceu uma evolução histórica caracterizada por dois períodos distintos: o período colonial, que vai até 11 de novembro de 1975, seguido pelo período pós independência. Este último, subdividido em duas fases: a da economia planificada e a da economia de mercado.

O período colonial foi caracterizado por um sistema de saúde acessível a uma minoria privilegiada, orientada para resolução dos seus problemas de saúde e daqueles que afetavam a produtividade econômica da colônia. Com a proclamação da independência, a 11 de novembro de 1975, o SNS estabeleceu os princípios da

universalidade e gratuidade dos cuidados de saúde, exclusivamente prestados pelo Estado.

Na segunda fase do período pós independência, que inicia com a reafirmação do multipartidarismo, o recrudescimento do conflito militar e político teve um impacto negativo significativo sobre o SNS, tendo como resultado a destruição drástica da rede sanitária e a carência de profissionais de saúde. Em 1992, com a introdução de reformas políticas, administrativas e econômicas, que marcaram o início da fase de economia de mercado, pode-se destacar a publicação da Lei nº 21-B/92, de 28 de agosto, Lei de Bases do SNS (ANGOLA, 2010a). O Quadro 4 mostra indicadores relacionados ao financiamento do sistema de saúde e aos recursos humanos em saúde no Brasil e em Angola.

Quadro 4 Aspectos comparativo do Sistema de Saúde entre Angola e Brasil.

| Indicador | Angola | Brasil |
|--|---|---|
| Órgão reitor | Ministério da Saúde | Ministério da Saúde |
| Política definidora | Sistema Nacional de Saúde | Sistema Único de Saúde |
| Organização dos Serviços, segundo documentos legais | Níveis hierárquicos baseados na estratégia da APS | Níveis hierárquicos baseados na estratégia da APS |
| Nº Médicos /10.000 habitantes | 1/10.000 habitantes | 18/10.000 habitantes |
| Nº de profissionais de enfermagem/ 10.000 habitantes | *13/10.000 habitantes | 9/10.000 habitantes |
| Principal financiador | Governo via Orçamento Geral do Estado | Governo |
| Gastos do governo com saúde (% do total do PIB) | 2,5 | 8,4 |
| Gastos do governo com saúde (% dos gastos totais do governo) | 5,3 | 5,4 |

Organização Mundial de Saúde, 2011

Ministério da Saúde Brasil/Indicadores de Dados Básicos, 2009

Ministério da Saúde Angola, 2009

*Considerados auxiliares, técnicos e enfermeiros licenciados.

Com essa nova lei, o Estado angolano deixa de ter exclusividade na prestação de cuidados de saúde, sucede a legalização do setor privado, incluindo a introdução da noção de co-participação dos cidadãos nos custos de saúde, mantendo o sistema tendencialmente gratuito. A segunda fase da economia de mercado foi marcada pelo alcance da paz, em 2002, o que permitiu a estabilidade macroeconômica e a intensificação do esforço para a reabilitação e reconstrução nacional. Atentos a isto, ficou patente na nova Constituição da República de 2010, assim como nas normas de

regência do MINSA, no seu artigo 77, que o Estado é responsável pela promoção e garantia de medidas necessárias para assegurar a todos o direito à assistência médica e sanitária, bem como o direito à assistência na infância, na maternidade e em qualquer situação, desenvolvendo e assegurando a funcionalidade dos serviços de saúde em todo o território nacional, respaldados nas premissas da integralidade, universalidade e na equidade (ANGOLA, 2010). Com isso, houve um aumento significativo dos recursos financeiros do Estado alocados para desenvolvimento do setor saúde oriundos do Orçamento geral do Estado (ANGOLA, 2010a).

Organização

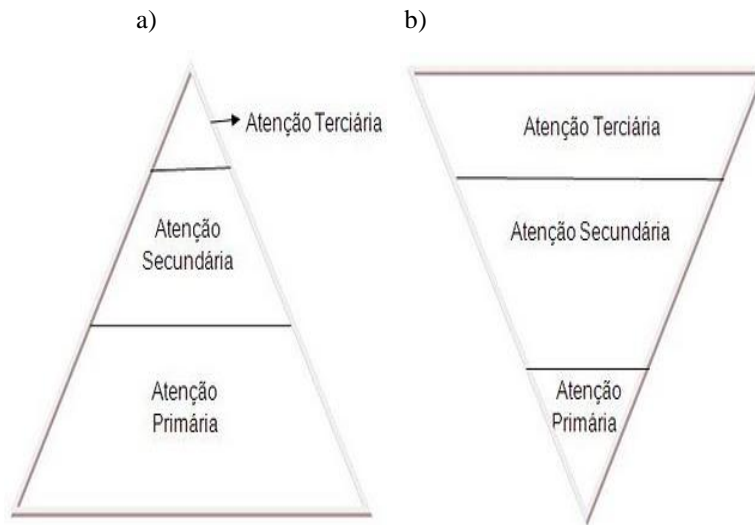
A prestação de cuidados de saúde subdivide-se em três níveis hierárquicos, baseados na estratégia da APS. A APS, como nível primário e representado pelos postos e centros de saúde, hospitais municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos, constitui a porta de entrada da população ao sistema de saúde. O nível secundário ou intermédio, representado pelos hospitais gerais, é o nível de referência para as unidades do nível primário. O nível terciário, representado pelos hospitais de referência mono ou polivalentes diferenciados e especializados, é o nível de referência para as unidades sanitárias do nível secundário.

Apesar da hierarquia estabelecida, o sistema de referência e de contrarreferência não tem sido operacional por vários fatores, principalmente por causa da desestruturação do sistema de saúde e da redução da cobertura sanitária decorrente do longo conflito armado que o país viveu. Associando isso a fatores culturais da população em procurar os serviços assistenciais quando a situação já está agravada, encontramos certas razões para a inversão da pirâmide hierárquica dos serviços de saúde, conforme mostra a Figura 4.

Portanto, urge a necessidade de se investir na rede de atenção primária para melhorar o fluxo do sistema, garantindo acesso e longitudinalidade do cuidado para os indivíduos, famílias e comunidades.

Estima-se que cerca de 30% a 40% da população tem acesso a qualquer serviço de saúde, público ou privado (ANGOLA, 2010a). A prestação de cuidados de saúde é feita pelo setor público, privado e da medicina tradicional. Embora sem número conhecido de pessoas que recorrem à medicina tradicional, há evidências que revelam que muitos recorrem a esta prática (MINSA, 2009a) e, por vezes, simultaneamente à medicina ocidental, assim como à medicina chinesa ou asiática.

Figura 4 Estrutura hierárquica da prestação de cuidados. a) teórica; b) real, respectivamente.



Fonte: Disponível em <http://repensandosaude.blogspot.com/2011/02/caos-na-saude.html> acessada em outubro/2011.

O setor público inclui o SNS, os serviços de saúde das Forças Armadas Angolanas (FAA) e do Ministério do Interior, bem como de empresas públicas. Este setor permanece como o principal prestador dos cuidados de saúde em nível nacional. O SNS e outros serviços do setor público partilham as mesmas dificuldades baseada em recursos humanos qualificados e bens materiais, resultando na prestação de cuidados de saúde sem a qualidade desejada na maioria dos casos, apesar dos progressos registrados nos últimos anos.

A co-participação, seja ela formal ou informal, nos custos de saúde, nos moldes atuais de implementação, no setor público, foi reconhecida como um obstáculo ao acesso aos cuidados de saúde e à equidade (ANGOLA, 2010a). Não existe informação detalhada sobre as contribuições das famílias nas despesas com saúde, contudo, de acordo com estudo não publicado, realizado pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) em 1998 (ANGOLA, 2010a), o nível da co-participação era muito elevado, sobretudo em Luanda. Segundo este estudo, nas instituições do SNS, paga-se mais de 15 dólares norte-americanos por episódio de doença. As despesas com medicamentos representam, no mínimo, 60% das despesas totais em cada episódio. Quando os doentes procuram serviços privados, os valores a pagar são mais do que o dobro dos valores pagos no setor público.

O setor privado lucrativo está ainda confinado aos principais centros urbanos do país e é pouco expressivo no nível terciário. Os preços dos cuidados de saúde ali praticados limitam a acessibilidade da população. À semelhança do que acontece no setor público, a qualidade dos serviços prestados está aquém do desejado. Na sua maioria, o pessoal do setor privado é o mesmo que trabalha no setor público, com evidentes prejuízos para ambos os setores. O setor privado não lucrativo, essencialmente ligado a entidades religiosas e Organizações Não-Governamentais (ONGs), tende a direcionar a prestação de cuidados para as camadas mais vulneráveis das áreas suburbanas e rurais.

A fraqueza no sistema de fiscalização e controle favoreceu a existência de um setor privado informal de prestação de cuidados em condições inaceitáveis e frequentemente praticado por indivíduos sem a mínima qualificação, seja em zona urbana ou rural.

No que se refere às infraestruturas de saúde, regista-se no país um investimento acentuado, com a reforma de unidades sanitárias, assim como a construção de novas. A tendência gradual deste processo é que se possa corrigir a indisponibilidade e a degradação dos serviços de saúde, principalmente nas áreas rurais.

A rede de prestação de cuidados do SNS é constituída por 2396 unidades sanitárias: 11 hospitais nacionais (centrais), 45 hospitais provinciais (gerais), 140 hospitais municipais, 359 centros de saúde e 1841 postos de saúde. A razão atual é de um centro de saúde para 20.000.habitantes, o que sugere a existencia de elevada carência dos serviços básicos para atender a demanda (ANGOLA, 2010a). Além disso, a situação se agrava com a falta de manutenção das estruturas, de padrão de plano diretor e orientação para a construção e implementação territorial das unidades condizentes com uma melhor e equilibrada cobertura sanitária e acessibilidade da população aos cuidados.

Em relação aos medicamentos, o Estado continua a ser o maior importador para o setor público. O fornecimento de medicamentos essenciais para as redes primárias é parcialmente centralizado, a aquisição dos kits (compostos por fármacos básicos tendo em atenção às patologias mais frequentes) é feita por órgãos centrais do MINSA, por meio de licitações públicas internacionais. Outras instituições governamentais, estranhas ao MINSA, intervêm adquirindo avultadas quantidades de medicamentos para o setor público, tanto a nível central como nas províncias. Estas aquisições, em geral, não vão ao encontro das necessidades e prioridades identificadas pelo setor saúde. No

que diz respeito ao armazenamento, as poucas unidades existentes encontram-se degradadas e não reúnem as condições para a preservação dos produtos em padrões adequados de qualidade.

A produção nacional de medicamentos encontra-se numa fase incipiente, de forma que todos os produtos medicamentosos são importados. No domínio de garantia de qualidade dos produtos farmacêuticos, diferentes mecanismos podem ser utilizados, porém, a sua aplicação não tem sido sistematicamente implementada. É notória a ausência de um laboratório nacional adequado de controle de qualidade de medicamentos, e não tem sido prática comum o envio de amostras para o controle de qualidade ao exterior do país (ANGOLA, 2010a). O uso racional dos medicamentos é uma dimensão esquecida na problemática dos medicamentos. Estes conceitos não são ainda parte do currículo de formação da maioria dos profissionais de saúde incumbidos de prestar assistência médica e medicamentosa à população. A grande expansão do mercado informal e das práticas incorretas e generalizadas de automedicação constituem mais um fator que promove o uso irracional dos medicamentos.

3.1.4 Recursos humanos em saúde

Os recursos humanos são fundamentais para a execução de qualquer intervenção. A qualidade dos serviços de saúde depende do conhecimento e das habilidades humanas para utilizar eficientemente as ferramentas disponíveis.

Todas as pessoas envolvidas em ações cuja intenção primordial é melhorar a saúde são consideradas recursos humanos para a saúde. Geralmente, estão incluídos os médicos, enfermeiros, parteiras, farmacêuticos, técnicos e demais profissionais do setor público e privado. Também engloba os gerentes, administradores, equipas de apoio, parteiras tradicionais, agentes comunitários de saúde e voluntários.

Os recursos humanos em saúde têm aumentado progressivamente em Angola, na tentativa de satisfazer a enorme demanda existente. Em 1980, existiam em Angola 101 médicos angolanos, 460 médicos estrangeiros e 573 enfermeiros e técnicos estrangeiros. No mesmo ano, as vinte e duas escolas técnicas de saúde existentes no país formaram um total de 7.312 técnicos de saúde.

Atualmente, o setor saúde conta com 67.078 trabalhadores (ANGOLA, 2010a), sendo 35,8% do regime geral da função pública, 50,3% do regime de carreiras de saúde (Categoria que o profissional vai progredindo ao longo do tempo tendo em conta sua

formação e início de funções) e 13,9% admitidos ao abrigo dos acordos de paz (antigos guerrilheiros). Os trabalhadores do regime de carreiras de saúde contabilizam 1.527 médicos, 27.465 profissionais de enfermagem (enfermeiros licenciados, técnicos e auxiliares de enfermagem) e 4.787 técnicos de diagnóstico e terapêutica. Dos 1.527 médicos, 1.001 são angolanos, o que representa 65%, e os demais 526 médicos são estrangeiros (35%). Dos 4.787 técnicos de diagnóstico e terapêutica, apenas 94 (2,57%) têm formação superior e estão concentrados em Luanda (com destaque para os farmacêuticos), 2.667 (72,67%) têm formação de ensino médio e os restantes (24,76%) têm formação de ensino fundamental (ANGOLA, 2010a).

Segundo o relatório Angola ASS 2005 (Avaliação do Sistema de Saúde) (USAID, 2010), Angola enfrenta os mesmos problemas de recursos humanos que afetam a região da África Subsaariana (Quadro 5).

Quadro 5. Evolução dos recursos humanos em saúde em Angola desde 2005.

| 2005 | 2010 |
|---|---|
| 1. Elevado número de enfermeiros, mas não capacitados suficientemente para o nível de serviço desejado; | 1. Capacitação profissional ainda necessária e persiste a insuficiência de profissionais de enfermagem qualificados; |
| 2. Distribuição desequilibrada da força de trabalho da área de saúde; | 2. Persiste a distribuição desigual porém há mais informações disponíveis nos mapas sanitários permitindo uma descrição precisa do problema; |
| 3. Carência de médicos; | 3. Escassez continua mas houve alguns avanços: 'importação' de médicos no curto prazo e novas faculdades de medicina para médio/longo prazo; |
| 4. Falta de instituições educacionais de qualidade na área médica e de saúde; | 4. Cinco novas universidades incluindo faculdades de medicina e enfermagem, cooperação com instituições estrangeiras; qualidade da capacitação profissional ainda é problema; |
| 5. Insuficiência de supervisão, garantia de qualidade e capacitação profissional em serviço; | 5. Supervisão, qualidade e capacitação profissional no serviço ainda insuficientes em maior escala, mas existem algumas experiências promissoras; |
| 6. Não há trabalhadores da saúde fora do âmbito das unidades de saúde. | 6. Ressurgimento de agentes comunitários de saúde. |

Fonte: USAID; Avaliação do sistema de saúde de Angola, 2010

A United States Agency for International Development (USAID), neste mesmo relatório, identificou como fragilidade do sistema de saúde a carência de capacitação institucional e humana em todos os seus níveis, classificando a elevada quantidade de

técnicos de enfermagem como um ponto forte. Em 2010, os recursos humanos se revelaram como um dos maiores obstáculos para o melhoramento do sistema de saúde de Angola. Não obstante o número total de trabalhadores da área de saúde continuar sendo alto, apenas uma parcela muito pequena é considerada como adequadamente qualificada e capacitada para o trabalho. Segundo a fonte, as décadas em que perduraram as guerras comprometeram seriamente a capacidade do país de formar uma força de trabalho pronta a responder às demandas na área de saúde da população. Como parte do processo das negociações de paz em 2002, o governo absorveu, independentemente da qualificação profissional, cerca de 9.000 pessoas nos quadros de pessoal da área de saúde, muitos dos quais se enquadram na qualificação de técnicos e continuam a demandar atualização profissional.

Existe uma desigual distribuição de recursos humanos em saúde no país, principalmente em relação aos médicos, em detrimento das áreas rurais. 85% dos trabalhadores da saúde encontram-se em Luanda e nas capitais provinciais e 15% no restante território. Essa desigual distribuição é uma das consequências do conflito armado, que originou o deslocamento de grandes parcelas da população do meio rural para o meio urbano e mais especificamente para Luanda, em busca de melhores condições de vida e, conseqüentemente, provocou a desestruturação social e institucional.

As reformas administrativas do Estado visam corrigir estes desvios e permitir uma melhor distribuição dos recursos humanos em saúde no território nacional, por via dos concursos públicos e atendendo às necessidades de preenchimento dos quadros de pessoal das instituições de saúde. A cobertura médica média no país é de 1 médico para 10.000 habitantes (OMS, 2011). Três províncias (Bié, Huambo e Uíge) estão abaixo desta média. Em relação aos profissionais de enfermagem, a taxa é de 13 enfermeiros por cada 10.000 habitantes (OMS, 2011). Estão abaixo desta média as províncias do Bié, Huambo, Malange, Kuanza Sul e Uíge.

Em relação aos técnicos de diagnóstico e terapêutica, a média nacional é de 3 técnicos por 10.000 habitantes. Estão abaixo desta média as províncias do Bengo, Benguela, Huambo, Huíla, Luanda, Moxico, Kuanza Norte, Uíge e Zaire. Encontram-se duas vezes acima desta média as províncias de Cabinda, Cunene, Malange e Kuando Kubango.

As más condições de trabalho, os baixos salários e outros mecanismos de retribuição praticados no setor saúde, os escassos incentivos para a fixação na periferia

(incluindo a falta de moradia adequada), a inadequada implementação das carreiras profissionais e a fraca operacionalidade dos programas de formação permanente, têm contribuído para a desmotivação dos profissionais do setor saúde. Não obstante, reconhece-se o aumento progressivo dos salários e dos esforços contínuos para a melhoria das condições de trabalho.

No âmbito do Programa de Reforma Administrativa do Governo, os recursos humanos em saúde são geridos de forma descentralizada. Contudo, deixou de existir a articulação entre os órgãos centrais, a Direção Nacional dos Recursos Humanos (DNRH) do MINSA e as Direções Provinciais de Saúde como órgão local.

A DNRH procedeu a sua reorganização interna para assumir a função de líder no processo de implementação do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH). As direções e estruturas de recursos humanos ao nível das províncias e dos hospitais centrais (nacionais) estão a ser igualmente preparados para o efeito.

O Sistema Integrado Nacional de Gestão de Recursos Humanos (SINGERH), em curso, assegura a ligação intranet entre o Ministério da Administração Pública, Emprego e Segurança Social (MAPESS), o Ministério das Finanças (MINFIN) com a DNRH do MINSA, dos Governos Provinciais e dos Hospitais Centrais, para uma gestão dos recursos humanos mais céleres, confiável e eficaz.

A formação de profissionais de saúde é ministrada em instituições públicas, nomeadamente em Escolas Técnicas Profissionais de Saúde (ETPS), no Instituto Superior de Ciências de Saúde (ISCISA) e na Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto (FMUAN), bem como em instituições privadas.

Com a criação das regiões académicas e respectivas unidades orgânicas, há um aumento gradual da capacidade de formação de nível superior em ciências de saúde. Desde 2009, o país conta com a existência de mais cinco faculdades públicas de medicina nas províncias do Huambo, Huila, Benguela, Cabinda e Malanje.

O setor privado também contribui para a formação a nível médio com os institutos médios privados de saúde. Para o nível superior, existem as faculdades de medicina e de ciências de enfermagem da Universidade Jean Piaget (UNUPIAGET) em Luanda, bem como a de odontologia, análises clínicas e farmacêuticas da Universidade Privada de Angola (UPRA), enfermagem na Universidade de Belas (UNIBELAS) e análises clínicas e saúde pública na Universidade Metodista de Angola (UMA). A UNUPIAGET possui uma filial na província de Benguela, a UPRA está representada na província da Huila e as demais estão concentradas em Luanda.

Os profissionais de saúde, depois de inseridos no SNS, podem continuar a sua formação via programas de formação permanente e de pós-graduação, que, por enquanto é essencialmente do tipo profissionalizante e apenas para os licenciados. Para o corpo médico, seu enquadramento nas respectivas carreiras só é possível após a frequência de internato geral complementar (o equivalente à residência médica no Brasil).

O PDRH identificou a necessidade de formação de gestores em todos os níveis, para reforço da capacidade institucional. Para o efeito, a ETPS do Lubango, na província de Huíla, realiza cursos para o nível de unidades de saúde e para o nível de município. Os gestores intermédios e de topo foram formados por meio de acordo entre o MINSA/FMUAN/Escola Nacional de Saúde Pública (Lisboa – ENSP), enquanto está a ser criada a Escola Nacional de Saúde Pública de Angola (ENSPA). O processo de criação da ENSPA em curso, conta com o apoio da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) do Brasil e outros parceiros.

3.2. SAÚDE MATERNA E INFANTIL

A gestação e o parto são geralmente momentos de alegria para os pais e famílias. Gestação, nascimento e maternidade, em um ambiente que respeita as mulheres, podem afirmar poderosamente os direitos das mulheres e status social sem comprometer a sua saúde. O ambiente propício para a maternidade segura e o parto depende do cuidado e atenção às gestantes e recém-nascidos das comunidades e famílias, com pessoal de saúde qualificado e a disponibilidade e adequação de instalações, equipamentos, medicamentos e cuidados de emergência, quando necessário (UNICEF, 2009).

Apesar da multiplicidade de riscos associados à gestação e ao parto, a maioria das mães passa por essas etapas sem qualquer complicação. Porém, os riscos de saúde associados com a gestação e o parto são muito maiores nos países em desenvolvimento do que nos industrializados. Eles são especialmente prevalentes nos países menos desenvolvidos e de menor renda, atingindo as famílias menos abastadas e marginalizadas. Globalmente, os esforços para reduzir as mortes entre as mulheres por complicações relacionadas à gestação e ao parto foram menos bem sucedidos do que outras áreas do desenvolvimento humano. Assim, ter uma criança continua sendo um risco de saúde importante para as mulheres de países menos desenvolvidos. Em média,

a cada dia cerca de 1.500 mulheres morrem de complicações relacionadas à gestação e ao parto, a maioria delas na África Subsaariana e no Sul da Ásia (UNICEF, 2009).

Desde a década de 90 que a estimativa do número global anual de mortes maternas ultrapassou 500 mil. Embora o número de mortes de crianças menores de cinco anos venha caindo em todo o mundo (UNICEF, 2009), de cerca de 13 milhões em 1990 para 9,2 milhões em 2007, as mortes maternas mantiveram-se teimosamente inalteradas, em particular na África sub-saariana, onde a diminuição das taxas tem sido praticamente inexistente, levando a limitações nos ganhos em todo o mundo para o cumprimento do primeiro Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (ODM), que visa reduzir a taxa de mortalidade materna em três quartos de 1990 até 2015 (NAÇÕES UNIDAS, 2000).

As estimativas para a taxa de mortalidade materna em Angola apontam para 610 mortes por 100.000 nascidos vivos, segundo a (OMS, 2011). Aproximadamente 47% dos partos são realizados nos serviços de saúde. Se considerado o país como um todo, a maioria dos partos é realizada por parteiras tradicionais. Estes dados sinalizam uma cobertura institucional de acompanhamento pré-natal e de partos ainda incipientes. Com isto, mantêm-se os grandes desafios para contribuir na redução destas taxas, em particular a necessidade de formação e atualização do pessoal de saúde, adequadas condições para os partos e tratamento das suas complicações e da mobilização de recursos materiais e financeiros.

A principal meta para 2015, traçada pelo MINSA no seu documento “Plano Estratégico Nacional de Saúde Reprodutiva (2002-2006)” é de reduzir a mortalidade materna para 350 mortes por 100.000 nados. Portanto, houve um aumento do apoio da FNUAP e do UNICEF na componente da saúde reprodutiva, principalmente, na formação técnica, fornecimento de kits de parto seguro, formação e apoio técnico na elaboração das normas terapêuticas (UNFPA, 2005).

Estima-se que dez milhões de crianças menores de cinco anos morrem a cada ano no mundo, das quais 1000 mortes por hora são na África Subsaariana (UNICEF, 2007). Muitas dessas crianças poderiam ter sobrevivido caso tivessem acesso aos serviços básicos de saúde e a intervenções facilmente implementadas. Mesmo as causas dessas altas taxas de mortalidade sendo conhecidas, cerca de 1,5 milhões de crianças morrem por ingestão de água contaminada (UNICEF, 2007). Quase 10% das crianças nascidas na África Subsaariana hoje morrem no primeiro ano de vida, sendo a mortalidade neonatal de 40 em cada 1000 mil nascimentos vivos (ESTER, 2010).

Segundo a mesma fonte, 155 em cada 1000 crianças nascidas na África Subsaariana não atingem o quinto ano de vida.

A avaliação do estado de sobrevivência infantil e os cuidados primários de saúde prestados às mães, recém-nascidos e crianças são fundamentais para o progresso humano e podem ser considerados indicadores precisos do desenvolvimento e do bem estar de um país e como prova das suas prioridades e valores (UNICEF, 2007).

Angola esteve mergulhada em uma guerra de quatro décadas, o que contribuiu para o cenário de desigualdades que se vive hoje e que tem caracterizado a sociedade angolana, justificando, em parte, as altas taxas de morbidade e mortalidade materna e infantil. Todavia, com o crescimento econômico que se vem registrando no país, devido principalmente às receitas de petróleo, tem se notado uma via rápida para tornar Angola um país de renda média e de melhores infraestruturas. Assim sendo, o Governo de Angola, em cooperação com o MINSA tem objetivos definidos no contexto do seu SNS por meio da Política Nacional de Saúde (PNS), que contém as orientações condizentes com almejada melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida da população, que permita alcançar a visão de uma vida saudável para todos, passando especificamente pela redução da mortalidade materna e infantil, assim como da morbidade e mortalidade por doenças prioritárias, oferecendo pacotes de cuidados essenciais de saúde (ANGOLA, 2010a). No âmbito da estratégia da Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI), uma especial atenção deve ser dedicada à malária, às doenças respiratórias agudas e à desnutrição, visto que estas estão no topo das principais causas de morbimortalidade da criança em Angola (OMS, 2011).

As doenças imunopreveníveis, apesar do aumento da cobertura vacinal, continuam a contribuir para o fardo de doenças em crianças. Nessa ótica, o governo pretende organizar e reforçar os sistemas de saúde para o aumento da acessibilidade às vacinas de rotina da criança, aproveitando todas as oportunidades de contato da população com os serviços de saúde.

Este reforço e organização serão extensivos à saúde materna, com enfoque no planejamento familiar, visando a um maior espaçamento entre gestações, cuidados pré-natais, reforçando assim as práticas de Tratamento Intermitente e Preventivo da malária (TIP), distribuição de mosquiteiros tratados, vacinação contra o tétano, aconselhamento e testagem para VIH, prevenção da transmissão vertical do VIH, articulação do pré-natal com a assistência ao parto, pós-parto e recém-nascido por pessoal capacitado. As autoridades sanitárias pretendem que os cuidados obstétricos e neonatais de urgências

completos devem estar disponíveis em todos os hospitais municipais em perfeita articulação com as salas de parto, que devem assegurar os cuidados neonatais básicos (ANGOLA, 2008)

A institucionalização dos Comitês de Prevenção de Mortes Maternas a nível nacional, provincial e municipal permitirá a auditoria de mortes maternas, neonatais e infantis, assim como a monitorização dos principais indicadores de saúde materna e infantil. Na redução da mortalidade materna-infantil, as intervenções são orientadas para o incremento do acesso e a melhoria dos serviços essenciais de saúde, promovendo ações de saúde de base comunitária e envolvendo os indivíduos e as famílias na demanda e gestão da prestação dos cuidados de saúde. Deveriam ser intensificadas e asseguradas, no contexto da atenção primária, as ações de saúde reprodutiva assim como as do AIDI.

O alcance de alta cobertura de intervenções eficazes ao longo do tempo pode levar a uma redução muito importante das mortes infantis. De acordo com Jones et al. (2003), se intervenções eficazes (com nível de evidência 1 – suficiente – ou 2 - limitado) atingissem cobertura universal, 63% das mortes infantis poderiam ser evitadas. De acordo com os autores, esses dados mostram que as intervenções necessárias para o alcance da meta do milênio (redução em dois terços da mortalidade em menores de cinco anos até ao ano 2015) estão disponíveis, mas não estão chegando até as pessoas que mais precisam delas. A vacinação contra o sarampo é um excelente exemplo de uma intervenção eficaz que tem alcançado altos níveis de cobertura e a consequente redução da mortalidade infantil. Deste modo, esta política deve continuar a ser apoiada no âmbito dos programas de sobrevivência infantil. Assim, o principal desafio hoje é traduzir o conhecimento para ações, oferecendo as intervenções existentes para as crianças, mães e famílias que delas necessitam.

Para o desenvolvimento dessas áreas, o governo está aumentando esforços para cumprir com os desafios de oferecer os serviços essenciais para todos. As iniciativas governamentais mais recentes incluem a revitalização dos serviços municipais de saúde, com descentralização administrativa, a água para todos, uma estratégia nacional para o registo de nascimentos e reforma legal para garantir o cumprimento dos direitos das crianças (UNICEF, 2008).

É válido que as despesas sociais representam 30% do orçamento do Estado, sendo que os setores de saúde e educação beneficiam menos de 10% cada, números estes insuficientes para garantir que Angola atinja os ODM. Porém, o UNICEF está a

apoiar o governo e a sociedade civil em Angola para alcançar os 11 Compromissos para Crianças de Angola que constituem o Plano Nacional de Ação para as crianças. Inspirados pela Convenção sobre os Direitos da Criança e pela Declaração do Milênio, o UNICEF em conjunto com o Governo angolano e outros parceiros se propõem em tornar Angola num lugar melhor para as crianças e garantir seu direito à sobrevivência, desenvolvimento, proteção, educação e participação (UNICEF, 2008).

No Brasil, dados coletados em três pesquisas nacionais de saúde e nutrição em 1986, 1996 e 2006-07 (VICTORIA et al, 2011), permitiram estimar vários indicadores de saúde materna e infantil. Segundo os autores, comparando com informações sobre atenção pré-natal e ao parto coletadas em um inquérito domiciliar nacional realizado em 1981, percebeu-se que o acesso à contracepção, à atenção pré-natal e aos cuidados durante o parto aumentou substancialmente entre 1986 e 2006-07. A cobertura vacinal também aumentou rapidamente e a garantia do fornecimento de água tratada proveniente da rede pública, assim como a redução das desigualdades socioeconômicas, contribuiu para manutenção de níveis altos de cobertura e maior equidade em vários indicadores relativos ao período reprodutivo, à atenção pré-natal e ao parto (VICTORIA et al, 2011). Esse estudo deixa claro que o progresso alcançado no Brasil em termos de saúde materna e infantil não foi resultado apenas de programas focalizados, limitados a algumas intervenções custo-efetivas, mas principalmente de políticas de saúde e sociais abrangentes, que têm sido determinantes na melhora das condições de vida das pessoas, proporcionando mais saúde, mais educação e mais dignidade.

3.3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As origens da APS datam dos anos 20, época em que foi divulgado um texto oficial (LORD DAWSON OF PENN, 1920) tratando da organização do sistema de serviços de saúde. Nele, a assistência era baseada em níveis principais de serviços de saúde, sendo: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola (STARFIELD, 2002).

Na Assembléia Mundial de Saúde em 1977 ficou decidido, por unanimidade, como meta um nível de saúde para todos até o ano 2000. Os princípios da "Saúde para Todos", foram enunciados na Conferência de Alma Ata em 1978. Em Alma Ata, definiu-se a APS como:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (Organização Mundial da Saúde, 1978)”

Na época, a APS foi reconhecida como uma porção integral, permanente e onipresente do sistema formal de atenção à saúde em todos os países. Os seus componentes fundamentais foram então especificados, tais como: educação em saúde; saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional.

Na África, por volta da década de 60, após o relativo fracasso de programas para o controle da malária, a OMS afirmou publicamente que era necessário investir na infraestrutura mais básica da saúde e começou a trabalhar em um plano integrado e abrangente para reforçar os serviços de saúde, tanto na parte curativa quanto na preventiva (BROWN, 2006). Sendo assim, assistiu-se ao início da transição entre um modelo centrado em serviços de saúde para outro mais orientado para a comunidade, seguindo os princípios da APS. Paralelamente, outros trabalhos próximos à comunidade, como as experiências com ONGs e missionários passaram a despertar a atenção dos dirigentes.

Falar em APS implica revisitar a forma de cuidar integral, com a finalidade de atingir maior equidade em saúde (FENDALL, 1978).

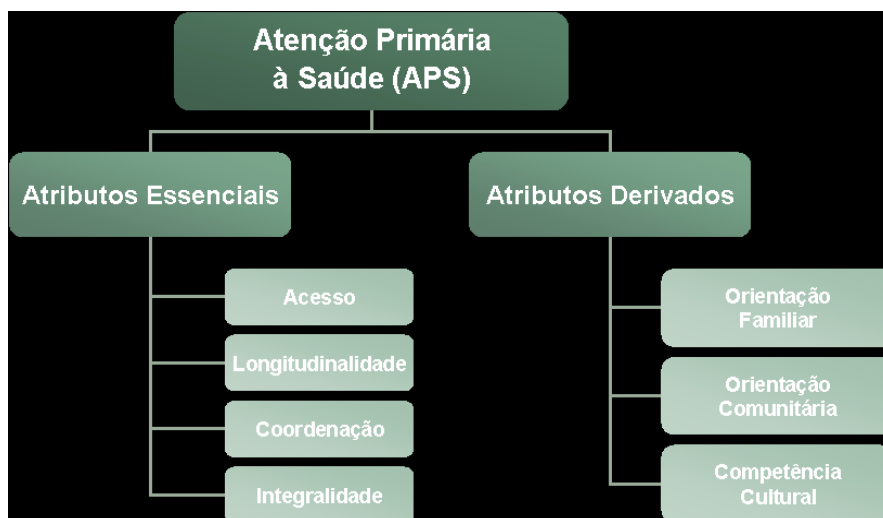
“uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permitirá levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituem a chave para que essa meta seja atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social” (Alma – Ata, 1978)

Esse conceito é também conhecido como APS abrangente, em contraposição às propostas seletivas de APS, baseadas em pacotes de intervenções específicas, que se instalaram em massa na década de 80 (FENDALL, 1978).

Um sistema de saúde que busca ter os quatro atributos descritos acima, poderá alcançar o objetivo traçado na Declaração de Alma Ata, tanto sob a perspectiva

populacional quanto do cuidado individual (STARFIELD, 1994). A esses elementos, denominados atributos essenciais, agregou-se a orientação familiar, a orientação para a comunidade e a competência cultural, que foram chamados de atributos derivados (Figura 5). No Quadro 6, estão definidos os atributos da APS segundo Starfield. Para a pesquisadora, APS aborda os problemas mais comuns da comunidade, através de cuidados de prevenção, cura e reabilitação, centrados na pessoa e não na doença, considerando o seu contexto familiar, comunitário e cultural.

Figura 5: Atributos da Atenção Primária à Saúde (Fonte: STARFIELD, 1992)



As expectativas cada vez maiores e o amplo apoio à visão refletida nos valores de Alma Atam nem sempre se traduziram numa transformação efetiva dos sistemas de saúde. Segundo a OMS, existiram circunstâncias e tendências vindas de fora do setor saúde. Como resultado disso, as autoridades de saúde nacionais e globais, passaram, muitas vezes a olhar para a APS não como um conjunto de reformas, mas como mais um programa de prestação de cuidados de saúde entre muitos outros para prestar cuidados pobres a pessoas pobres. O Quadro 7 elenca as principais tentativas de implementação da APS, segundo o Relatório Mundial de Saúde 2008, intitulado “Atenção Primária à Saúde: Agora Mais do que Nunca” (OMS, 2008).

Quadro 6 Definições dos atributos da atenção primária (Adaptado de STARFIELD, 1991).

| Atributos essenciais | Definição |
|-----------------------------------|--|
| Acesso de primeiro contato | O profissional de atenção primária é a primeira referência das pessoas para questões de saúde, e as decisões sobre a necessidade de um serviço especializado devem passar primeiro por ele. |
| Continuidade ou longitudinalidade | O profissional de atenção primária ou o serviço proporcionam cuidado continuado, ao longo do tempo, independente do tipo de diagnóstico ou problema de saúde, baseado em forte relação interpessoal. |
| Integralidade | Um conjunto grande de serviços está disponível para as pessoas para responder às suas necessidades, seja diretamente com o profissional de atenção primária, seja em outro ponto do sistema de saúde baseado em APS. |
| Coordenação | O profissional de atenção primária se comunica diretamente com os outros pontos do sistema de saúde, coordenando os cuidados ofertados nos diferentes pontos de acordo com as necessidades das pessoas. A APS deve ser o centro de comunicação e coordenação do cuidado de toda a rede de serviços de saúde. |
| Atributos derivados | Definição |
| Orientação Familiar | A pessoa é cuidada considerando o seu contexto familiar. |
| Orientação Comunitária | A pessoa é cuidada considerando o seu contexto comunitário e as suas redes sociais. |
| Competência cultural | Capacidade do profissional de atenção primária em funcionar dentro do contexto das convicções culturais, comportamentos e necessidades apresentadas em uma comunidade. |

Inerente a esta evolução está o reconhecimento que uma definição mais clara da direção a seguir e dos objetivos desejados requer um conjunto de reformas específicas, sensíveis ao contexto, que correspondam aos desafios de saúde de hoje e preparam os desafios do amanhã. O fundamental dessas reformas vai muito além da prestação de serviços básicos e abarca o conjunto de elementos estruturantes dos sistemas nacionais de saúde (OMS, 2008) Ainda, segundo a fonte, seria uma ilusão pensar que elas podem ser desenvolvidas isoladamente das políticas de financiamento ou prestação de serviços, das reformas do funcionalismo público e dos acordos sobre a migração transfronteiriça de profissionais de saúde.

Quadro 7 Mudança de rumo da APS (Fonte: OMS, 2008)

| Primeiras tentativas de implementação da APS | Preocupações atuais das reformas da APS |
|---|---|
| Amplio acesso a um pacote básico de intervenções em saúde e medicamentos essenciais para pessoas pobres da área rural | Transformação e regulamentação dos sistemas de saúde existentes, com o objetivo de acesso universal e da proteção social da saúde |
| Concentração na saúde da mãe e da criança | Preocupação com a saúde de todos os membros de uma comunidade |
| Focalização num pequeno número de doenças selecionadas, primordialmente infecciosas e agudas | Resposta integrada às expectativas e necessidades das pessoas, alargando o espectro de riscos e de doenças abrangidas |
| Melhorias de higiene, água, saneamento e educação para saúde ao nível das comunidades | Promoção de estilos de vida mais saudáveis e mitigação dos efeitos dos riscos sociais e ambientais |
| Tecnologias simples para trabalhadores de saúde comunitários, não profissionais e voluntários | Equipes de trabalhadores da saúde facilitando o acesso e o uso apropriado das tecnologias e dos medicamentos |
| Participação vista como a monitorização de recursos locais e a gestão de centros de saúde por meio de comitês de saúde locais | Participação institucionalizada da sociedade civil em diálogos políticos e mecanismos de responsabilização |
| Serviços financiados e prestados pelo governo, com gestão centralizada e de cima para baixo | Sistemas de saúde pluralísticos num contexto globalizado |
| Gestão da crescente escassez e redução de postos de trabalho | Aumento dos recursos para a saúde a serviço da cobertura universal |
| Ajuda e assistência técnica bilaterais | Solidariedade global e aprendizagem conjunta |
| Cuidados primários como a antítese do hospital | Cuidados primários como coordenadores de uma resposta integrada em todos os níveis de atenção |
| APS é barata e requer apenas um modesto investimento | APS não é barata: requer um investimento considerável, mas mais compensador do que qualquer outra alternativa |

As pessoas têm cada vez mais a voz ativa sobre a saúde como parte integrante de como elas e suas famílias vivem o seu dia-a-dia e sobre a forma como a sociedade aborda as questões da saúde e seus cuidados. A necessária reorientação dos sistemas de saúde tem de ser baseada em evidências científicas sólidas e na gestão racional da incerteza, mas também deve integrar o que as pessoas esperam da saúde e dos cuidados de saúde para si próprias, suas famílias e sociedade. Assim, as reformas de APS de hoje não são definidas nem pelos elementos estruturantes a que se dirigem, nem pela escolha

das intervenções de controle de doença a universalizar, mas pelas dinâmicas sociais que definem o papel dos seus sistemas de saúde na sociedade.

As reformas para atingir a cobertura universal têm por finalidade a diminuição da exclusão e das disparidades sociais em saúde, onde a condição prévia passa pela oferta de serviços. Este se torna um grande desafio para o governo angolano, que viu a guerra e a instabilidade social destruírem infraestruturas, de forma que a escassez na oferta ainda é uma realidade, o que faz com que o alargamento e a melhoria da rede de serviços, principalmente de atenção primária, seja uma preocupação prioritária.

Em uma revisão da literatura sobre o impacto da APS na saúde das populações de países de baixa e média renda, com 36 estudos incluídos, somente cinco estudos não mostraram efeito positivo da intervenção estudada (MACINKO, 2009). Mais de 70% dos estudos avaliaram os desfechos mortalidade infantil ou mortalidade de crianças menores de cinco anos. As reduções de mortalidade de crianças menores de cinco anos atribuídas à APS variaram consideravelmente: de zero a 71%, com intervenções que duraram de dois a mais de 10 anos.

No continente africano, Dugbatey (1999), citado por Giugliani (2011), por meio de uma comparação de casos de quatro países (Botswana, Costa do Marfim, Gana e Zimbabwe), estudou o impacto das políticas nacionais de saúde no estado de saúde da população entre 1980 e 1990. Os resultados mostraram que nos dois países onde as políticas eram mais voltadas para a APS abrangente (Botswana e Zimbabwe), houve melhora nos três indicadores medidos - mortalidade infantil, mortalidade de crianças menores de cinco anos e expectativa de vida - em comparação com os outros dois países, que tinham políticas menos afins com os princípios da APS.

Em abril de 2008, foi firmada a Declaração de Ouagadougou, na ocasião da Conferência Internacional sobre APS e Sistemas de Saúde na África, que ocorreu em Burkina Faso. A Declaração reafirmou os princípios de Alma Ata, convocando os países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) a atualizar as suas políticas nacionais de saúde de acordo com a abordagem de APS para fortalecer os sistemas de saúde. Também enfatizou que a APS pode acelerar o alcance dos ODM e que intervenções prioritárias devem ser usadas como porta de entrada para esse objetivo mais amplo (OUAGADOUGOU DECLARATION, 2008).

No Brasil, vários estudos demonstraram a associação da Estratégia Saúde da Família, uma estratégia de APS em larga escala cobrindo praticamente todo o território nacional, com significativa diminuição da mortalidade infantil (MANCINKO, 2006; MANCINKO, 2007; AKINO, 2009) e das internações por condições sensíveis à atenção primária (MANCINKO, 2010; MENDONÇA, 2011).

3.4. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

3.4.1. Histórico

No mundo, o termo genérico “Agente Comunitário de Saúde” (ACS) se refere a uma variedade de tipos de trabalhadores comunitários, em diferentes modalidades e com variadas tarefas, que incluem intervenções preventivas, promoção de comportamentos saudáveis, mobilização comunitária e, em alguns casos, manejo clínico de doenças prevalentes. As origens do ACS remontam a muitas décadas. A experiência chinesa dos *barefoot doctors* (médicos descalços) atraiu o interesse da OMS. A China introduziu o programa como política nacional em 1968. Os *barefoot doctors* recebiam uma formação que durava de três a seis meses, e proviam serviços como vacinação, assistência ao parto, acupuntura e pequenas cirurgias, além de atuarem na melhora do saneamento. Trabalhos desta natureza assim como outras experiências em meio comunitário enfatizaram a urgência em adotar uma perspectiva de APS incluindo a formação de ACS (BROWN, 2006, citado por (GIUGLIANI, 2011)).

Em 1977, o biólogo e educador David Werner publicou um relato da sua valiosa experiência em comunidades da América Latina (WERNER, 1977). Ao longo dos muitos anos de trabalho voltados para a formação de agentes comunitários, ele buscou elementos para compreender melhor os mecanismos de inserção de trabalhadores da saúde com pouca ou nenhuma formação e o envolvimento mais efetivo da própria comunidade nos cuidados de saúde. Resumidamente, ele encontrou que esses trabalhadores, por ele chamados de *primary health workers*, dividiam-se em dois grupos principais: os auxiliares de enfermagem ou técnicos de saúde e os promotores de saúde ou *village health workers*. Os primeiros tinham mais anos de escolaridade e formação, geralmente não moravam na comunidade, trabalhavam em tempo integral e recebiam um salário do programa para o qual trabalhavam e não da comunidade. Já os *village health workers* tinham menos anos de escolaridade e formação, geralmente moravam na comunidade e eram selecionados por ela, trabalhavam frequentemente em tempo parcial e recebiam apoio da própria comunidade. A partir da sua rica vivência, Werner concluiu

que os *village health workers*: “se aprenderem uma gama razoável de habilidades, se forem estimulados a pensar, a tomar iniciativa e a continuar aprendendo consigo mesmo, se os seus julgamentos forem respeitados, se os seus limites forem determinados pelo que sabe e pode fazer, se a sua supervisão for apoiadora e educativa, poderão trabalhar com energia e dedicação, trazendo grandes contribuições para a sua comunidade e ganhando a confiança e o amor da mesma (...) o *village health worker* se torna um agente interno da mudança, não apenas para os cuidados de saúde, mas para o despertar da comunidade em todo seu potencial”. Contudo, em muitos projetos que visitou, encontrou que a função do *village health worker* estava reduzida a tarefas que os profissionais de saúde com mais anos de formação lhe delegavam, num contexto de marcada hierarquia onde o ACS assumia uma posição servil. Assim, deixou clara uma diferença política e filosófica entre os possíveis tipos de ACS: agentes da mudança, catalisadores do processo de desenvolvimento da comunidade, ou agentes extensores dos serviços de saúde.

Em 1978, a Declaração de Alma Ata (OMS, 1978) postulou que a APS “baseia-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, convenientemente formados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade”. Assim, a figura do ACS, mesmo sem ter ainda um nome consagrado, passou a fazer parte dos recursos humanos necessários para construir a APS, com os importantes pressupostos da formação adequada e do trabalho junto a outros profissionais da equipe de saúde.

Vários países já estavam experimentando o trabalho do ACS desde as décadas de 60 e 70, como Botswana, Tanzânia, Etiópia, Colômbia, Jamaica, Índia e Sri Lanka, mas foi no final dos anos 70 que começaram a ser implementados os programas em escala nacional (WALT, 1990, citado por GIUGLIANI, 2011). Foi somente então, já na década de 80, que o termo “agente comunitário de saúde” passou a ser usado de forma corrente, contemplando o que havia de comum entre todos os tipos de trabalhadores comunitários experimentados até então: a atuação na ampliação do acesso da população mais desassistida aos cuidados de saúde e o envolvimento de pessoas da própria comunidade nessa atuação.

Todas as experiências comunitárias tão bem descritas por Werner e por Walt contribuíram enormemente para os rumos da figura do ACS. Nos anos 80, duas

conclusões principais estavam à disposição das agências internacionais e governos: 1) as experiências demonstravam que era possível ampliar o acesso de populações mais desassistidas aos cuidados de saúde por meio de uma formação de curta duração feita com pessoas da comunidade; e 2) a diversidade de termos usados para denominar a figura do ACS refletia a grande variedade de tarefas que eles executavam (WALT, 1990). Também, segundo Walt (1990), passou-se a questionar a expectativa demasiada em relação ao ACS no contexto de um programa em larga escala (em contraposição a alguns projetos de pequena escala, não ligados ao governo), pois se via que ele raramente conseguia ser o esperado “agente de mudança”, uma vez que havia muitos obstáculos para isso.

Com isso, em 1989, um relatório técnico da OMS sugeriu um perfil para o ACS: pertencer à comunidade onde trabalha ser selecionado pela própria comunidade e ser capaz de responder às suas necessidades, ter uma formação mais curta que outros profissionais e ser financiado pelo sistema de saúde, sem necessariamente fazer parte da sua estrutura formalmente (OMS, 1989).

3.4.2 Efetividade do ACS

Recentemente, tem-se renovado o interesse pela atuação dos ACS, pois vários estudos têm mostrado os seus possíveis benefícios para a saúde da população. Além disso, alguns desafios da atualidade, como a “fuga de cérebros” e a má distribuição de profissionais de saúde, bem como o aumento da necessidade de cuidados com as doenças crônicas, incluindo HIV/AIDS, exigem mais conhecimento sobre o potencial do ACS (LEHMANN, 2007, citado por GIUGLIANI, 2011). Hoje, de acordo com documentos recentes (TASK FORCE ON HEALTH SYSTEMS RESEARCH, 2004; OMS, 2006), a OMS afirma que a viabilidade e o potencial do ACS como força de trabalho em saúde é assunto prioritário na agenda de pesquisa mundial.

Uma revisão extensa da literatura publicada recentemente (LEHMANN, 2007), com mais de 250 fontes consultadas, trouxe as seguintes conclusões:

1. O ACS contribui para a melhora do acesso e da cobertura de serviços básicos de saúde, e com isso atua no desenvolvimento comunitário.
2. Para que o ACS possa fazer uma contribuição efetiva, são necessários: seleção, formação e supervisão adequadas e apoio contínuo.

3. Programas de ACS não é a solução para resolver todos os problemas de sistemas de saúde precários, nem é uma opção barata para oferecer acesso a serviços de saúde para populações carentes.

4. Por sua própria natureza, programas de ACS são vulneráveis se não forem devidamente apropriados pelas comunidades, tendo relação direta com a mobilização comunitária.

5. A questão do trabalho do ACS ser remunerado ou voluntário permanece controversa, embora não exista nenhuma evidência mostrando que programas voluntários possam ser sustentáveis a longo prazo.

O estudo também mostrou que existe uma variação muito grande na atuação do ACS: de agentes de mudança que estimulam o empoderamento e a participação da comunidade a agentes que implementam programas verticais por meio de tarefas restritas.

Sobre a remuneração do ACS, de acordo com a experiência internacional, praticamente não existem exemplos de programas sustentados apenas localmente pela comunidade. Uma das raras exceções é o exemplo dos *barefoot doctors* na China, que eram remunerados com o excedente da produção local, em um contexto político específico que instituiu a criação de vários subsistemas de financiamento local (WALT, 1990).

No Brasil, o ACS é um trabalhador de tempo integral, remunerado desde o surgimento do PACS, porém, este somente foi reconhecido como profissional vinculado ao SUS em 2002 (LAVOR, 2003).

Em uma revisão sistemática publicada recentemente (GIUGLIANI, 2011), sobre a efetividade do ACS no Brasil, os autores destacaram que, dos 23 estudos selecionados, 14 (61%) avaliaram o ACS vinculado ao PACS ou ao PSF/ESF, de forma que os seus resultados atingem diretamente a política de APS adotada no Brasil. Neste estudo, os desfechos que mais se beneficiaram das intervenções do ACS foram aqueles relacionados à saúde materna e infantil (especialmente frequência de pesagem em crianças, prevalência de amamentação e introdução tardia da mamadeira). Outros desfechos, relacionados a doenças crônicas, problemas infecciosos e à redução de iniquidades, também melhoraram com as intervenções do ACS, porém, a evidência que os sustenta é de qualidade baixa ou muito baixa. Como conclusão, o estudo sugere que o ACS é efetivo em um leque grande de ações, com evidências mais sólidas para intervenções relativas à saúde materna e infantil, mas com potencial para contribuir nas

áreas em que houver mais necessidade na sua população de abrangência, incluindo saúde mental, prevenção da violência, entre outras. Assim, como no Brasil, o Irã conta com um programa de ACS (os chamados *behvarzes*) em escala nacional, com trabalho formalizado e remunerado. Os *behvarzes* existem há mais de 30 anos e trabalham principalmente em áreas rurais (JAVANPARAST, 2011).

Um estudo acompanhou as taxas de mortalidade infantil e materna de 1974 a 1996, mostrando que as diferenças entre meio urbano e rural reduziram consideravelmente, ao que se atribui uma forte associação com o trabalho dos *behvarzes* (MEHRYAR, 2005). Mesmo em contextos onde o ACS não é remunerado e trabalha em tempo parcial, existem evidências que sugerem a importância da sua contribuição para melhorar a situação de saúde, especialmente das crianças. É o caso da Tailândia, cujo programa de voluntários de saúde comunitária, iniciado em 1977, parece ter contribuído para melhorar o estado nutricional das crianças, a cobertura vacinal, o acesso a água potável e a saneamento adequado e a disponibilidade de medicamentos essenciais (NITAYARUMPHONG, 1990).

Também é o caso de Rwanda, cujas infraestruturas foram largamente destruídas por ocasião do genocídio de 1994. Voluntários foram treinados nos vilarejos para atuar como ACS, em cuidados preventivos e também curativos para doenças selecionadas muito prevalentes, como malária e pneumonia. Os resultados estão começando a aparecer: aumento substancial da cobertura vacinal e do uso de mosquiteiros tratados e diminuição da mortalidade infantil (PRIMARY HEALTH CARE, 2011). A seleção destes profissionais é feita a nível da comunidade, onde dois voluntários, dentre eles um homem e uma mulher, são eleitos para trabalhar com comunidades com 100 a 150 famílias. Os ACS são treinados para fazer o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento das crianças, bem como para cuidar de pessoas vivendo com VIH, distribuição e orientação de métodos de planejamento familiar e para o tratamento de certas doenças. É difícil afirmar qual foi o papel do ACS nessas mudanças, mas, tomando-se o contexto como um todo, pode-se sugerir que tenha sido importante.

3.4.3 O ACS em Angola

Como foi descrito na seção 3.1, Angola vive um momento crítico: está em foco a construção do sistema de saúde, com desafios importantes, sendo um dos principais o de desenvolver uma rede de APS, investindo também na formação de profissionais

qualificados. O MINSA iniciou recentemente, em nível nacional, uma nova política de reorganização dos serviços de saúde, com base na municipalização dos serviços, cuja finalidade passa pela contribuição na aceleração da redução da mortalidade materna e infantil (MINSA, 2008). Por meio desse processo, em curso desde 2006, nomeadamente o “Processo de Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde”, o MINSA espera fortalecer as capacidades locais em termos de gestão, melhorar o acesso e a qualidade do cuidado, promover equidade e reforçar a participação comunitária. De acordo com a Revitalização, os cuidados essenciais de saúde devem ser ofertados por equipes fixas, avançadas (5 a 10 km de distância da estrutura de saúde) e móveis (mais de 10 km de distância da estrutura de saúde) em áreas de saúde definidas segundo o número de habitantes, a presença de uma estrutura de saúde de referência e a distância até esta estrutura. A descentralização da saúde é o elemento-chave deste processo, que vem enfrentando dificuldades esperadas, como problemas relacionados à estrutura física dos serviços, número insuficiente e má distribuição de profissionais de saúde qualificados, falta de motivação dos profissionais e falta de integração dos serviços.

Dentro deste processo de Revitalização dos serviços municipais de saúde, cujo principal propósito é acelerar a redução da mortalidade materna e infantil, surgiu o PACS, em fevereiro de 2007, por meio de uma experiência piloto em Luanda. Com o objetivo de melhorar as competências familiares para a promoção da saúde e reforçar o elo entre as famílias e as unidades de saúde, ACS foram selecionados nas próprias comunidades em algumas regiões mais vulneráveis da Província de Luanda, estas caracterizadas por grandes aglomerações com saneamento básico precário e alta prevalência de doenças infecto-contagiosas. O Programa, instituído e financiado pelo Governo de Luanda, tem sido um dos impulsos do processo de Revitalização na Província. O processo de implantação do PACS em Luanda, principalmente no seu primeiro ano, contou com o apoio de dois consultores brasileiros, pelo UNICEF. Esses consultores, por sua vez, tiveram um importante papel na inserção e consolidação do PACS no Brasil.

O trabalho do ACS se iniciou com foco nas gestantes e nas crianças menores de cinco anos, com o plano de ampliar-se para outras tarefas e grupos populacionais à medida que fossem alcançados os primeiros objetivos. Ligados principalmente à diminuição da mortalidade materna e infantil. Cada ACS deveria acompanhar, em média, 100 famílias, recebendo um incentivo de 4.000 kwanzas (moeda local) – o

equivalente a 50 dólares norte-americanos - mensais para trabalhar oito horas semanais sem vínculo empregatício formal.

O PACS de Luanda está em andamento em seis municípios da periferia: Cacuaco, Sambizanga, Cazenga, Samba, Kilamba Kiaxi e Viana. O PACS está sob a coordenação da Direção Provincial de Saúde de Luanda (DPSL) e, em termos organizacionais, também está vinculado às estruturas administrativas locais (ao nível do bairro e do município).

A preparação dos coordenadores e a formação dos primeiros ACS ocorreram no município de Cacuaco iniciando em março de 2007 na comuna de Kikolo. A formação, de abordagem teórico-prática, decorreu num período de aproximadamente 45 dias. O mapeamento e cadastramento de famílias constituíram a primeira etapa do processo, seguida da etapa de identificação e acompanhamento das gestantes e, posteriormente, do acompanhamento de crianças menores de cinco anos, quando foi iniciada a monitorização do peso e o estímulo ao cumprimento do calendário de vacinação. O SNS angolano prevê o acesso universal da população aos serviços (ANGOLA, 2010a), contudo, encontra-se numa fase de reorganização de sua estrutura após quatro décadas de guerra, o que compromete seu funcionamento, sendo uma das razões a carência de recursos humanos qualificados. Isso tem motivado as pessoas a buscarem serviços hospitalares a nível provincial em detrimento dos postos e centros de saúde a nível do município.

O PACS de Luanda é de iniciativa do governo provincial e conta com apoio de profissionais brasileiros que trabalharam em parceria com o UNICEF. Aliado a isto, está a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que tem apoiado esta iniciativa por meio de cooperação, desenvolvendo atividades de pesquisa e contribuindo na formação de recursos humanos. Com isso, no período compreendido entre maio de 2008 a julho de 2009, foram realizadas duas visitas para pesquisa de campo, com tempo aproximado de três semanas cada. Assim, nesta avaliação efetuada aos dados disponíveis nas fichas dos ACS complementada com outras fontes, foi possível observar a evolução da implantação do PACS de Luanda, que conta com 2.548 ACS formados e 261.367 famílias cadastradas (GIUGLIANI, 2011). Nesta avaliação, foi possível perceber o aumento da demanda nas unidades sanitárias motivadas pela redução das cobranças antes efetuadas assim como a melhoria nos cuidados de saúde materno-infantil onde foi possível observar maior número de gestantes efetuando consultas pré-natais assim como consultas de puericultura.

Neste processo de avaliação, foram levantadas algumas dificuldades enfrentadas pelo PACS. Uma delas é o déficit no sistema de monitoramento e avaliação, caracterizado pelo preenchimento de fichas de avaliação pelo ACS e seus respectivos coordenadores. Esse sistema, que ainda não está informatizado e está funcionando de forma irregular, precisa ser incrementado para que se possa de fato avaliar o trabalho do ACS, em termos de seu processo e resultados, documentar a evolução dos indicadores de saúde. Outra dificuldade identificada foi o atraso nos pagamentos de incentivos aos ACS, fazendo com que estes mostrem-se desmotivados para o exercício das suas atividades. Junto a isso, a falta de material, como mosquiteiros, hipoclorito para o tratamento da água e melhores condições para a mobilidade do ACS, também dificultam a execução do seu trabalho cotidiano. Apesar disso, vários indícios de mudanças positivas já puderam ser percebidos, e as autoridades de saúde reconhecem o potencial do ACS na coleta de dados confiáveis junto à comunidade, pelo fato de ter acesso continuado às famílias nos seus domicílios, bem como o seu importante papel na aproximação das pessoas aos serviços de saúde (GIUGLIANI, 2011).

3.5 – DIAGNÓSTICO DE COMUNIDADE

Um dos propósitos deste trabalho foi fazer um diagnóstico da população de interesse, no primeiro município em que o PACS de Luanda foi implantado a partir de 2007. Os dados nele contidos são resultantes da aplicação de um questionário para identificar a atual situação de saúde de mães e crianças em particular, assim como da utilização dos serviços de saúde.

Os estudos de linha de base (ELB) constituem um instrumento valioso na elaboração de políticas e ações de saúde (PESMIC, 1990), permitindo a elaboração de estratégias para uma abordagem mais adequada dos problemas de saúde em uma determinada população. Nesse sentido, o presente estudo se constitui no marco inicial para traçar as mudanças ocorridas ao longo do tempo desde o início do PACS, tanto no perfil de saúde das mães e crianças quanto na organização da assistência no local, principalmente em termos de APS. Assim, aparece como componente importante para o necessário processo de institucionalização da avaliação em saúde no município (e também na província e no país), assim como para criar um referencial de pesquisa avaliativa em APS. Portanto, os ELB podem servir de incentivo para cultivar novas

competências na área da avaliação e alimentar uma cultura avaliativa que possa à medida que for reforçado, introduzir mudanças para melhorar os cuidados de saúde.

Os ELB costumam ser conduzidos por meio de estudos transversais ou de prevalência. Estudos de prevalência são estudos que incluem como sujeitos todas as pessoas na população de interesse, ao tempo da averiguação, ou uma amostra representativa de todas essas pessoas, selecionadas sem levar em consideração o estado ou exposição de doença (ROTHMAN, 2011). Quando a finalidade é estimar prevalência, recebe a denominação de estudo de prevalência, sendo a exposição averiguada simultaneamente com a doença. A prevalência é entendida como a frequência de casos existentes de uma determinada doença ou condição, em determinada população e em um dado momento, registrando-se a fração de indivíduos doentes ou com determinada condição naquele instante de tempo (MEDRONHO, 2008). O estudo de prevalência é visto como uma “fotografia instantânea” da população com relação a determinadas doenças ou condições de saúde (FRANCO, 2011), o que pode contribuir para um planejamento mais eficiente de intervenções em saúde. Em estudos dessa natureza, a informação que se disponibiliza diz respeito à situação de saúde em um instante ou em um determinado período, sem que possa ser estimado para a população de interesse o risco de adoecer, pois, na maior parte das situações, os casos já estão presentes, restando aos pesquisadores contabilizá-los em conjunto.

Para Pereira (2008), o diagnóstico de saúde de uma população aponta para a situação presente e, possivelmente, também para o que aconteceu no passado, representando um quadro de referências para o futuro. Para esse autor, esses estudos servem de base para orientar as ações de saúde, de modo a melhor entender as necessidades da população em termos de prevenção e controle das doenças e promoção da saúde. Mensurar o estado de saúde e bem estar de uma determinada população pode ser visto, portanto, como uma necessidade para que sejam feitos diagnósticos, realizadas intervenções e avaliados os impactos das mesmas na população. Porém, trata-se de uma tarefa complexa, para a qual ainda precisam ser desenvolvidos instrumentos metodológicos que atendam plenamente às necessidades envolvidas na sua execução (ROUQUAYROL, 2003).

Para Angola, que se encontra em fase de reconstrução dos serviços de saúde, o que implica falar em importantes mudanças sociais, políticas e econômicas em um contexto de imensas iniquidades sociais, estudar a situação presente, ou seja, conhecer as necessidades existentes em um determinado local e período de tempo, para planejar

de forma mais apropriada o seu enfrentamento, apresenta para decisores de políticas em saúde um desafio de enorme complexidade. Importa realçar que a quantidade de casos existentes de uma ou mais doenças ou problemas de saúde é um dos fatores determinantes da demanda por assistência médica (MEDRONHO, 2008). Nesse contexto, estudos de prevalência estão entre as ferramentas relevantes para o planejamento, implementação e avaliação de serviços de saúde, visto que é possível prever não só a quantidade de recursos humanos, como também os meios materiais, melhorando as provisões de serviços para acudir aos agravos que advirem ao longo de um determinado período.

Um exemplo ilustrativo da contribuição de estudos de prevalência para o planejamento e consolidação de políticas de saúde é a pesquisa estadual sobre saúde materno-infantil (PESMIC), desenvolvida no estado do Ceará na década de 80 no contexto da meta de redução da mortalidade infantil. Para enfrentar tamanho desafio, o estado viu a necessidade da realização de uma pesquisa transversal para definir em termos quantitativos a real situação de saúde. Assim, em 1987, nasceu a primeira PESMIC (PESMIC 1) (PESMIC 1, 1987). Nesse momento, ações voltadas para a formação na área de APS e a valorização do trabalho a nível comunitário estavam sendo escalonadas. Também nessa época nascia o PACS no Ceará e assim crescia a participação da comunidade. A municipalização dava seus primeiros passos: maiores responsabilidades foram transferidas do estado para os municípios no gerenciamento dos sistemas locais de saúde. No princípio da década de 90, realizou nova pesquisa (PESMIC 2) (PESMIC 2, 1990), de abrangência estadual, com a mesma metodologia, para assegurar ao máximo a comparabilidade com a PESMIC 1. Neste segundo estudo, ficou evidente a melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil de 1987 a 1990. Esses resultados foram extremamente relevantes, tendo o estudo servido de base para a definição dos rumos das políticas de saúde no Ceará e logo refletindo no cenário nacional.

3.6 IMPLEMENTAÇÃO INICIAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Todo novo processo tem seu marco histórico, seus primeiros passos e seu desenvolvimento. Não é diferente para a implementação de serviços de saúde. Podemos discutir como se inicia esse processo em diferentes contextos.

É ilustrativo o exemplo do início do PSF no Brasil. Primeiro veio o PACS, no final da década de 80 no Ceará e em 1991 iniciando em escala nacional. Em 1987, no contexto de um programa emergencial para o atendimento às vítimas da seca, foram contratadas 6.000 ACS. Em 1988, com a desativação da emergência, iniciou-se de forma duradoura o PACS, aproveitando grande parte das mulheres que ali trabalhavam, tornando mais forte o vínculo das mesmas com as suas respectivas comunidades. Os primeiros anos do PACS foram dedicados a estender às populações mais vulneráveis o acesso aos cuidados de saúde, com finalidade primordial de reduzir a mortalidade infantil. Os ACS trabalhavam, sob a supervisão de enfermeiras, na mesma comunidade onde moravam, acompanhando as famílias, com especial atenção para crianças e mulheres. Em 1991, estendeu-se o PACS para os demais estados do nordeste, com a formação de equipes coordenadoras do programa em todas as secretarias estaduais da região. Seguiu-se, posteriormente, a extensão do programa para todo o Brasil. O PACS aumentou o acesso aos cuidados básicos de saúde e criou demanda para os serviços de saúde, ficando evidente a necessidade de ampliação dos mesmos. Assim, em 1994, surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), que veio, anos depois, a transformar-se em política de Estado, passando a chamar-se Estratégia Saúde da Família (ESF). Com o PSF, o ACS passou a fazer parte de uma equipe de saúde (com médico, enfermeiro e técnico de enfermagem), responsável pelos cuidados primários de uma população vivendo em uma área geograficamente definida (LAVOR, 2003). Cabe ressaltar, porém, que essa não foi uma evolução linear, sendo que ainda hoje há obstáculos que desafiam a consolidação da ESF no Brasil.

Foram visíveis as transformações no modelo de APS no Brasil, juntamente com a criação e a evolução do SUS no princípio da década de 90. O desenvolvimento da APS tem recebido muito destaque, impulsionado pelo processo de descentralização e apoiado por programas inovadores cujo objetivo passa por oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidados bem como implementar ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção de doença, utilizando diversas estratégias de repasse de recursos e organizacionais, em particular o PACS e o PSF. Criado inicialmente como um programa mais focalizado, o PSF oferecia inicialmente serviços de saúde materno-infantil a populações mais carentes e de alto risco; no entanto, estando baseada em uma proposta tão abrangente quanto a do SUS, sua abrangência foi se ampliando gradativamente. Assim, com a concepção da ESF, vem se tornando progressivamente uma estratégia de estruturação de toda a rede

de atenção á saúde. Em 2011, o Brasil conta com 32 mil equipes da ESF e com mais de 248 mil ACS, proporcionando cobertura potencial para 101 milhões e 121 milhões de brasileiros, respectivamente (ref do Ministério da saúde do Brasil, Departamento de Atenção Básica (site), acesso em 25/10/2011).

É de realçar que a constituição brasileira de 1988 reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do estado, estabelecendo deste modo as bases para a criação do SUS após longa luta política e atuação do movimento pela reforma sanitária. Nós últimos 20 anos, foram assistidos avanços na sua implementação, realizando-se inovações institucionais como o processo de descentralização administrativa, que outorgou maior responsabilidade aos municípios na gestão dos serviços de saúde.

Outro exemplo ilustrativo de implementação inicial de serviços de saúde é o caso de Ruanda. Esse país da África Subsaariana teve parte de sua população dizimada e sua economia e infraestruturas amplamente deterioradas por ocasião do genocídio de 1994. Após esse período de destruição, que atingiu diretamente a infraestrutura de saúde, foi necessário recomeçar e reconstruir. Esse recomeço foi marcado por ações como foco em APS. Dentre elas, destacam-se o recrutamento de ACS voluntários nas comunidades, eleitos pelos próprios moradores dos respectivos vilarejos, e o treinamento de parteiras tradicionais para promover partos seguros nos serviços de saúde. Nesse processo de reorganização, também se destaca a iniciativa de descentralização dos serviços de saúde no nível distrital, bem como a criação de comitês que facilitaram a participação da comunidade nas decisões em saúde. Junto com isso, maiores investimentos em recursos humanos, com incentivos para o trabalho em áreas rurais, contribuíram para aumentar substancialmente o número de profissionais de saúde. Com isso, o sistema de saúde parece estar se organizando, com resultados favoráveis, como já foi descrito na seção 3.4.2. (PRIMARY HEALTH CARE, 2011).

A implementação inicial de serviços de saúde, de acordo com os exemplos colocados, remete-nos à questão da descentralização administrativa. Este é um processo que pressupõe alguma atribuição ou poder centralizado a ser transferido, assim, este procedimento só é possível quando uma esfera do governo abrir mão de poder, de prerrogativas ou equipamentos, em benefício de outro de menor abrangência (ELIAS, 1996). Importa considerar que, para que o processo de descentralização obtenha êxito, deve-se reconhecer as ações administrativas tratadas como mecanismos democráticos que permitem a autonomia política dos níveis locais e regionais, com vistas ao aprofundamento da democratização promovendo a eficácia e a eficiência na sua

implementação (TABAR, 1991). Apesar de estar sendo vista como uma solução interessante para aumentar a efetividade local dos serviços, a descentralização não pode ser vista como uma panaceia que resolverá todos os problemas. Há riscos envolvidos e vale a pena mencioná-los, como o risco de que cada pequeno município aja por conta própria e não exista uma articulação adequada com o nível central, o risco de não haver pessoas qualificadas para exercer a gestão em cada local, entre outros. Assim, a descentralização excessiva e sem a devida articulação com o nível central pode, ao contrário do que se propõe, desqualificar a gestão e a assistência no nível local.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Caracterizar a situação de saúde de mães e crianças menores de dois anos moradoras do município de Cacuaco, província de Luanda/Angola à luz do processo de mudança relativo à organização dos serviços de saúde, incluindo a atuação dos agentes comunitários de saúde.

Objetivos Específicos

- Caracterizar aspectos demográficos e socioeconômicos da população estudada.
- Descrever indicadores de saúde selecionados relativos às crianças menores de dois anos de idade, como cobertura vacinal, aleitamento materno e desnutrição.
- Caracterizar a situação de saúde das gestantes com relação ao acompanhamento pré-natal, parto e puerpério.
- Descrever indicadores relacionados ao uso de serviços de saúde local, como hospitalizações e consultas, pela população do estudo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Angola, Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Saúde Pública. *Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Infantil*. Luanda, Janeiro de 2008.
2. Angola, Ministério do planeamento. *Estratégia de Combate a Pobreza. Reinserção Social, Reabilitação e Reconstrução e Estabilização Económica*. Edição Revista. Luanda. 2005
3. Angola. Constituição da República de Angola, 2010.
4. Angola. Diário da República nº 34, I série. Luanda, Agosto de 2010a.
5. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health* 2009; 99(1):87-93.
6. Arouca, S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. SP, UNESP; RJ, FIOCRUZ, 2003.
7. Carta de Ottawa – OPAS – Organização Panaamericana de Saúde, disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf> acessado aos 03 de outubro de 2011.
8. Declaração de Alma-Ata, disponível em <http://www.euro.who.int/en/home> acessado aos 02 de outubro de 2011.
9. Elias, PE. Descentralização e saúde no Brasil: algumas reflexões preliminares. *Saude soc.* [Online]. 1996, vol.5, n.2, pp. 17-34. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901996000200003>.
10. Fendell NR. Declaration of Alma-Ata. *Lancet* 1978. 16;2(8103): 1308.
11. Fernandes, J, e Ntondo, Z. *Angola: Povos e Línguas*, Luanda, Editorial Nzila, 2002.
12. Franco, LJ. *Fundamentos de Epidemiologia*, 2ª ed. – Barueri, SP, 2011.
13. Fundo de População das Nações Unidas. Características gerais da população de Angola, 2010. <http://www.angola.unfpa.org/popang.htm> (acessado em 19/Set/2011). Disponível.
14. Giugliani C. Effectiveness of Community Health Workers in Brazil, 2011.
15. Giugliani, C. Agentes comunitários de saúde: efetividade no Brasil e processo de implantação em Angola [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); 2011.

16. Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *BMJ* 2010; 341:c4945. <http://www.afro.who.int/en/angola/angola-publications.html> acessado aos cinco de junho de 2011 as 8h59.
17. Indicators on Population. In United Nations Statistics Division. Demographic and Social Statistics. Statistical Products and Databases. Social Indicators, 2010. Disponível em <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/socind/population.htm>, Acessado em: 19. Set.2011.
18. Integração das Variáveis Sócio-demográficas nos Programas e Planos de Desenvolvimento. Disponível em: <http://angola.unfpa.org/ang97po2.htm> acessado em Outubro de 2011.
19. [Javanparast S](#), [Baum F](#), [Labonte R](#), [Sanders D](#), [Heidari G](#), [Rezaie S](#). A policy review of the community health worker programme in Iran, *J Public Health Policy*. 2011 May; 32(2):263-76.
20. Jones, Gareth. PhD, Richard WSteketee MD, Prof Robert E P MD, PhD Prof Zulfiqar A B, Morris SS. PhD, The Child Survival Bellagio Study Group *The Lancet* - 05 de julho de 2003 (. Vol. 362, Issue 9377, Pages 65-71) DOI: 10.1016/S0140-6736 (03) 13811-1
21. Lavor, ACH, Lavor, M C, & Lavor, I C. (2003). Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades de saúde. *Revista Sanare, ANO IV, N.1*.
22. Lukombo, JB (1997). "Comunidades e instituições comunitárias em Angola na perspectiva do pós-guerra: o caso das populações de origem Bakongo regressados da ex-República do Zaire e fixadas no tecido periurbano luandense". *Ngola: Revista de Estudos Sociais*. Vol.I, n.º1. Luanda, Associação dos Antropólogos e Sociólogos de Angola, pp. 251-278.
23. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo P d F, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, de Oliveira, VB, Turci MA. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)*. 2010; 29(12): 2149-60.
24. Macinko J, Guanais FC, Sousa MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(1): 13-19.

25. Macinko J, Marinho de Souza MDF, Guanais FC, Simões, CCDS. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med.* 2007; 65(10): 2070-2080.
26. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges Prof Cesar G Victora MD, Estela ML Aquino MD, Prof Maria do Carmo Leal MD, Prof Carlos Augusto Monteiro, Prof Fernando C Barros, Prof Celia L Szwarcwald *The Lancet* - 28 May 2011 (Vol. 377, Issue 9780, Pages 1863-1876) DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4.
27. Medronho et al; *Epidemiologia*, São Paulo, Editora Attheneu, 2009.
28. Mehryar AH, Aghajanian A, Ahmad-Nia S, Mirzae M, Naghavi M. Primary Health Care System, Narrowing of Rural–Urban Gap in Health Indicators, and Rural Poverty Reduction: The Experience of Iran. Paper presented at the XXV General Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), 18-23 July 2005, Tours, France.
29. Mendonca CS, Harzheim, E, Duncan BB, Nunes LN, Leyh W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy and Planning* 2011; 1–8 doi: 10.1093/heapol/czr043.
30. Ministério da Saúde de Angola Direcção Nacional de Saúde Pública: Relatório de 2005, Luanda, 2006. Política Nacional da Saúde - 5º Esboço - 20 de Março de 2009a.
31. Nitayarumphong, S. Evolution of primary health care in Thailand: what policies worked? *Health Policy Plan.* (1990) 5(3): 246-254.
32. Oliveira MS. Processo de Descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 2010.
33. Organização Mundial da Saúde, Strengthening the performance of community health workers in primary health care: report of a WHO study grup. Geneva: WHO; 1989. Technical Report Series No 780.
34. Organização Mundial da Saúde. Health Situation Analysis in The Africa Region, Atlas of Health Statistics of Africa region 2011.

35. Pereira, MG, Epidemiologia: Teoria e Prática – Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2008.
36. Primary Health Care: A review and critical appraisal of its “revitalisation”. In: Global Health Watch 3: An alternative health report. Zed Books, New York; 2011: p. 45-60.
37. Primeira Pesquisa de Saúde Materno-Infantil do Ceará, PESMIC 1, 1987.
38. Programa das nações unidas para o desenvolvimento/Angola, disponível em <http://mirror.undp.org/angola/LinkRtf/PNUD-Angola-RA2007.pdf> acessado aos 19 de setembro de 2011.
39. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Brasil, disponível em http://www.pnud.org.br/pobreza_desigualdade/reportagens/index.php?id01=3600&lay=pde acessado em seis de Junho de 2011 as 08h08.
40. Redinha, J (1984). Distribuição Étnica de Angola, 8.^a ed., Luanda, Centro de Informação e Turismo de Angola.
41. Relatório Mundial de Saúde 2008 – Cuidados de Saúde Primária: Agora Mais Que Nunca, OMS, 2008.
42. Rothman, KJ. Epidemiologia moderna, 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
43. Rouquayol, MZ. Epidemiologia & Saúde, 6 ed. Rio de Janeiro: MEDSI 2003.
44. Segunda Pesquisa de Saúde Materno-Infantil do Ceará, PESMIC2, 1990.
45. Starfield B. Sistemas de Atenção Primária em nações industrializadas. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Pg 565-596. Brasília, UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.
46. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Bárbara Starfield. . Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
47. Svitone EC, Garfield R, Vasconcelos MI, Araujo CV. Primary health care lessons from the northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. Rev Panam Salud Pública. 2000; 7(5):293-302.
48. Tobar, F. O conceito de descentralização: usos e abusos. *Plan. Pol. Pública*, 5:31-51, 1991.
49. UNICEF. 2009. Country Profile: Maternal, Newborn & Child Survival. Online at: <http://www.unicef.org>.
50. UNICEF. State of the World’s Children 2008. Child Survival. Executive Summary. New York. December 2007. Accessed on 22/09/2011. Available from: http://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08_execsummary-sp.pdf.

51. United Nations, United Nations Statistics Division, National Accounts Main Aggregates Database, Basic Data Selection, New York, 2010. Disponível em <http://unstats.un.org/unsd/snaama/selectionbasicFast.asp> Acesso em: Set.2011.
52. United Nations. United Nations Millennium Declaration. General Assembly, 55th Session. Geneva: United Nations; 2000.
53. United States Agency for International Development (USAID) - Avaliação do Sistema de Saúde de Angola, 2010.

6. ARTIGO

A SITUAÇÃO DE SAÚDE DE MÃES E CRIANÇAS EM UM MUNICÍPIO DA PERIFERIA DE LUANDA, ANGOLA: DESAFIOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

HEALTH STATUS OF MOTHERS AND CHILDREN IN A SUBURBAN AREA OF LUANDA, ANGOLA: CHALLENGES FOR PRIMARY HEALTH CARE

João Baptista Humbwavali, Mestrando em Epidemiologia pela UFRGS;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser enviado à REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA

A SITUAÇÃO DE SAÚDE DE MÃES E CRIANÇAS EM UM MUNICÍPIO DA PERIFERIA DE LUANDA, ANGOLA: DESAFIOS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

João Baptista Humbwavali¹, Camila Giugliani², Bruce Bartholow Duncan³, Erno Harzheim³, Antônio Carlile Holanda Lavor⁴, Míria Campos Lavor⁵, Maria Idalice Barbosa⁶, Patrícia Barros Thomas⁷, Lisiane Hauser¹

¹ Alunos de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

² Departamento de Medicina Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

³ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

⁴ Diretor do Núcleo da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) no Ceará, Ex-consultor UNICEF para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda

⁵ Ex-consultora UNICEF para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda

⁶ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará (UFC)

⁷ Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

Autor para correspondência:

João Baptista Humbwavali - Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS, Rua Ramiro Barcelos, 2400, 2º andar - CEP: 90035-003 - Porto Alegre/RS. Telefone: +5551 3308-5620 E-mail: ppgepid@ufrgs.br

Instituto Superior de Ciências de Saúde (ISCISA), Rua 21 de Janeiro, Tel.: +244 228 740204, Telefax: +244 228 740203, Caixa postal: 2195 Luanda-Angola.

RESUMO

Introdução: Angola se encontra em fase de construção do seu sistema de saúde, que foi amplamente destruído por décadas de guerra. Porém, os dados disponíveis são pouco confiáveis para subsidiar o planejamento de intervenções como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que começou a ser implantado na periferia da capital Luanda em 2007. O objetivo do presente estudo é descrever a situação de saúde de mães e crianças e a sua utilização dos serviços de saúde, bem como fatores socioeconômicos correlacionados.

Métodos: Estudo de prevalência, incluindo crianças menores de dois anos de idade e suas mães. Foram selecionados quatro bairros em duas comunas do município de Cacuaco. Os domicílios foram selecionados seguindo um método sistemático com início aleatório. Foram realizadas entrevistas com as mães, bem como aferições do peso e comprimento das crianças. A análise foi descritiva, baseada em medidas de frequência. A significância estatística da associação de escolaridade e situação econômica com alguns desfechos selecionados foi avaliada por meio do teste do qui-quadrado.

Resultados: No período entre 18/08 e 24/09/2010, foram entrevistadas 749 mães, com média de idade de 26 anos. As perdas e recusas foram de 95 (13%) e 10 (1,3%) respectivamente. Cada mãe tinha, em média, três filhos. Destas, 720 (98,5%; IC 95% 98% - 99%) referiram ter feito consulta pré-natal, 373 (51,7%; IC 95% 47% - 56%), tinham consigo o cartão da gestante, 257 (76,7%; IC 95% 72% - 81%) iniciaram as consultas de pré-natal antes das 20 semanas e 222 (60,3%; IC 95% 55% - 65%) realizaram quatro ou mais consultas. Dentre as mães, 520 (69,5%; IC 95% 69% - 96%) realizaram o parto no serviço de saúde, 602 (81,1%; IC 95% 78% - 84%) possuíam o cartão de saúde da criança e 51 (19,0%; IC 95% 16% - 23%) amamentaram exclusivamente até ao sexto mês. A análise bivariável mostrou que a escolaridade da mãe, mais do que a situação econômica, esteve associada a quase todos os desfechos testados, incluindo número de consultas de pré-natal e a proporção de partos assistidos nos serviços de saúde.

Conclusões: Percebe-se a alta prevalência de mães que referiram ter feito acompanhamento pré-natal, tendo iniciado o mesmo antes das 20 semanas de gestação, e um número médio de consultas satisfatório, contrastando com uma proporção ainda alta de partos domiciliares e uma prevalência baixa de amamentação exclusiva. A posse do cartão de saúde, principalmente o infantil foi bastante comum, o que parece ser um avanço importante na melhoria do acompanhamento das crianças. Os dados encontrados no presente estudo, quando comparados a dados de outras fontes, indicam, apesar de suas limitações, progresso no município de Cacuaco. Isso pode estar relacionado a diversos fatores, dentre eles o processo de mudanças advindo da política de Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde. Esses achados podem servir para o planejamento de saúde local bem como uma linha de base para avaliar futuras intervenções. Além disso, apoiados na evidência sobre a efetividade do agente comunitário de saúde em situações semelhantes, sugerem campo fértil para a introdução de um sistema de atenção primária com forte atuação do agente comunitário de saúde em Angola.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Saúde Materna; Saúde da Criança; Agente Comunitário de Saúde; Angola.

ABSTRACT

Introduction: Angola is currently facing the challenge of building its health system, which was largely destroyed by decades of war. However, available data are not reliable enough to base the planning of interventions, such as the Community Health Workers Program, which started to be implemented in the suburban area of Luanda in 2007. The objective of this study is to describe the health status of mothers and children and their utilization of health services in one municipality in the suburban area of Luanda, as well to investigate socioeconomic correlates of these factors.

Methods: Cross-sectional study, including children under 2 years of age and their mothers. Four neighborhoods were selected in the municipality of Cacuaco. Households were selected according to a systematic method with random start. Mothers were interviewed, and children were weighed and measured. Descriptive analysis was performed based on frequency estimates. The statistical significance of the association of educational level and economic situation with selected outcomes was evaluated with the chi-square test.

Results: Over the period of 18/08 to 24/09/2010, 749 mothers, of mean age 26 years, were interviewed. Losses and refusals were 95 (13%) and 10 (1.3%) respectively. Mothers had, on average, 3 children; 720 (98.5%; IC 95% 98% - 99%) informed having attended antenatal visits, 373 (51.7%; IC 95% 47% - 56%) could present their health cards, 257 (76.7%; IC 95% 72% - 81%) initiated antenatal care before 20 weeks of pregnancy, and 222 (60.3%; IC 95% 55% - 65%) attended to four or more visits. Further, 520 mothers (69.5%; IC 95% 69% - 96%) delivered in a health facility, 602 (81.1%; IC 95% 78% - 84%) had their child's health card in their possession; and 51 (19.0%; IC 95% 16% - 23%) exclusively breastfed until six months. Mother's educational attainment, more so than her economic situation, was associated with almost all outcomes tested, including the number of antenatal visits and proportion of deliveries performed in a health facility.

Conclusions: The high prevalence of mothers informing having attended antenatal care is notable, as well as the early initiation of antenatal care and the satisfactory number of visits (four or more). In contrast, the proportion of deliveries performed at home was high, and the prevalence of exclusive breastfeeding low. Possessing health cards, especially the child's, an important step toward the improvement of child health follow-up, was very common. These data, when compared with those of other sources, show

important progress in Cacuaco. This is likely due to many factors, including changes resulting from the policy of Revitalization of Municipal Health Services. These findings can support local health planning, as well as can serve as a baseline to assess future interventions. Moreover, based on the evidence of the effectiveness of community health workers in similar situations, they suggest a fertile field for the introduction of a primary health care system with a strong presence of community health workers in Angola.

Key words: Primary Health Care; Maternal Health; Child's Health; Community Health Worker; Angola.

Introdução

Saúde é o completo bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças (OMS, 1978). Entendida como um direito fundamental da pessoa, deve ser assegurada sem distinção de raça, condição sócioeconômica, gênero, religião ou ideologia política, e, desde a perspectiva dos determinantes sociais da saúde, inclui fatores sociais, econômicos e políticos, além do acesso aos serviços de saúde e qualidade da atenção (OMS, 2008).

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), um sistema de saúde baseado em Atenção Primária à Saúde (APS) é composto de um conjunto de elementos estruturais e funcionais essenciais que garantem a cobertura e o acesso universal aos serviços de saúde, promovendo equidade, prestando atenção integral ao longo do tempo e tendo as famílias e comunidades como base para o planejamento e a ação (OPAS, 2007). Vários estudos, em vários países, de baixa, média e alta renda, mostraram o impacto positivo da APS nos sistemas de saúde, trazendo evidências, por exemplo, de melhoras no acesso, diminuição da mortalidade infantil e menores custos (MACINKO, 2003). Recentemente, o Relatório Mundial de Saúde intitulado “Atenção Primária à Saúde: Agora Mais do que Nunca” (OMS, 2008) trouxe novamente à tona os princípios da Declaração de Alma Ata (OMS/UNICEF, 1978) para a agenda internacional da saúde, com especial destaque para os determinantes sociais e a ação intersetorial, destacando que a APS requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o recurso investido do que todas as outras alternativas.

Angola, país situado no sul do continente africano, viveu mais de quatro décadas de guerra. Desde o fim dos conflitos, em 2002, vem se recompondo, com investimentos crescentes em infraestrutura, saúde e educação. Dentre os inúmeros desafios, está a construção do sistema de saúde, principalmente o desenvolvimento de uma rede forte de APS, bem como a implementação de políticas públicas mais abrangentes, que envolvam a participação de outros setores. Para tanto, é preciso fortalecer a estrutura funcional, em particular do Ministério da Saúde (MINSa), nos seus diversos níveis – nacional provincial e municipal – para que as respostas institucionais sejam coerentes com as necessidades da população, sendo o contexto das APS o mais adequado para identificar e analisar os problemas de saúde no nível local.

Apesar de alguns avanços visíveis em relação aos anos de guerra, o país continua com uma situação sanitária alarmante de acordo com as estimativas disponíveis: esperança de vida ao nascer de 52 anos (OMS, 2011); taxa de mortalidade em menores de cinco anos de idade de 161 por mil nascidos vivos (OMS, 2011) – sendo as maiores causas de mortalidade as doenças transmissíveis passíveis de prevenção; apenas 50% da população com acesso a água potável e 57% com acesso a saneamento adequado (OMS, 2011). Atualmente, o MINSÁ está conduzindo um processo de “Revitalização dos serviços municipais de saúde” (ANGOLA, 2009) principalmente para acelerar a redução da mortalidade materna e infantil. Esse processo também prevê a regionalização da saúde em áreas e subáreas e a descentralização administrativa. Com a descentralização, os municípios adquirem relativa autonomia financeira e administrativa, o que favorece a abordagem de base comunitária, com destaque para a atuação de agentes comunitários de saúde (ACS). Estes se dedicam a atividades de educação e prevenção junto às famílias e a facilitar a aproximação entre a comunidade e a unidade de saúde. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda (PACS) vem sendo implementado desde 2007, inspirado no modelo brasileiro com o mesmo nome, e recebeu apoio de profissionais brasileiros para a sua implantação.

Para qualificar esse processo de mudanças na organização do sistema de saúde, é fundamental incorporar sistematicamente métodos de avaliação. É importante que existam dados reais sobre a situação de saúde da população, incluindo suas condições de vida, assim como informações sobre estrutura, processos e resultados relativos aos cuidados de saúde para gradualmente substituir as estimativas pouco confiáveis que hoje estão disponíveis. Além disso, para que se possam medir as mudanças ao longo do processo, é preciso ter dados que representem uma linha de base para comparações.

Logo, o objetivo deste estudo foi descrever a situação de saúde de mães e crianças menores de dois anos em um município da periferia de Luanda, Angola, para: 1) conhecer o perfil da população e a forma como utiliza os serviços de saúde; 2) ter uma linha de base para futuras comparações; e 3) subsidiar o planejamento de intervenções em saúde, partindo do perfil epidemiológico identificado.

Materiais e métodos

Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Cacucaco, um dos nove municípios da província de Luanda, capital de Angola. A população estimada nesse município é de 700 mil habitantes, distribuídos em uma área de 572 km² (densidade populacional de 1.218 habitantes por km²). Divide-se administrativamente em três comunas: Cacucaco Sede (137 mil habitantes), Kikolo (480 mil habitantes) e Funda (81 mil habitantes), sendo esta última a parte rural do município.

O PACS iniciou no primeiro semestre de 2007 na Comuna de Kikolo, estendendo-se à comuna da Funda em 2009. Até o período do estudo, o PACS não havia sido implementado na Comuna de Cacucaco Sede. Porém, é importante ressaltar que as mudanças no processo de organização dos serviços de saúde, alavancadas pelo processo de Revitalização, dirigiram-se ao município como um todo. Além da introdução dos ACS nas referidas comunas, investiu-se na melhora da infraestrutura das unidades de saúde, com destaque para o centro de saúde de referência de Cacucaco, e na qualificação dos gestores em nível municipal, o que lhes conferiu um maior protagonismo no contexto da descentralização. O município de Cacucaco também contou com a presença mais direta dos consultores brasileiros que apoiaram a implantação do PACS.

As unidades públicas de saúde que serviam os bairros estudados eram: um centro de saúde de referência (supracitado, que é também referência para todo o município) – para os bairros da Comuna Sede – e um posto de saúde menor – para os bairros do Kikolo. Além disso, havia um número variável de estabelecimentos privados, incluindo serviços prestados por ONGs.

Delineamento, população e período do estudo

Este foi um estudo de prevalência, incluindo crianças menores de dois anos de idade e suas mães, realizado no período entre primeiro de agosto e 26 de setembro de 2010.

Amostra

A proposta inicial do estudo era de comparar áreas com e sem ACS (Kikolo e Cacucaco Sede, respectivamente). Assim, a amostra foi calculada com base em dados de estudos anteriores realizados no Brasil, que compararam áreas com e sem ACS ou a mesma área em períodos antes e depois da introdução do ACS (MINAYO, 1990; CALVACANTE,

2004). Foram consideradas como referenciais as diferenças encontradas nesses estudos relativas a algumas variáveis principais, tais como prevalência de vacinação completa com um ano de idade, prevalência de pré-natal adequado (4 ou mais consultas), prevalência de amamentação exclusiva aos 6 meses e prevalência de baixo peso aferido no momento do estudo. O cálculo inicial, feito por conglomerados correspondentes a microáreas de atuação do ACS em Luanda, cada uma com 100 famílias (considerando, em média, 12 crianças por conglomerado e 30 conglomerados por área), resultou em um número total de 700 crianças (350 em cada área) (BARATA, 2005). Para o cálculo, foi usado um fator de correção do efeito de conglomerado de 1,5 (ABRAMSON, 2008). Porém, com a equipe do estudo no campo, identificou-se que os ACS, na maior parte das vezes, não visitavam as famílias da sua área há vários meses, por problemas relativos à organização do PACS em si, como atraso dos pagamentos ao ACS e falta de materiais de trabalho. Além disso, notou-se que as mudanças advindas do processo de Revitalização também estavam presentes na área sem ACS, uma vez que vários informantes referiram uma crescente proximidade da população com o serviço de saúde nos últimos anos. Dessa forma, optou-se por fazer um estudo de prevalência com a amostra total, que pudesse, por meio da caracterização do perfil epidemiológico da população, subsidiar o planejamento de intervenções adequadas, inclusive o PACS.

Foram selecionados quatro bairros: dois da comuna de Kikolo e dois de Cacuaco Sede. Para a seleção, foram levados em consideração: existência do mapeamento das microáreas com 100 famílias, autorização da comissão de moradores do bairro e segurança para circulação da equipe no local. Os bairros selecionados foram Boa Esperança e Balumuca na comuna de Kikolo e Bate Chapa e Forno do Cal na Comuna Sede. Em cada um dos bairros, sorteou-se um conglomerado para iniciar, seguindo-se para os conglomerados adjacentes, até completar o número de crianças a serem incluídas em cada bairro. Em cada conglomerado, sorteou-se um domicílio ponto de partida, seguindo-se a visita dos próximos pelo lado direito, com um pulo de dois domicílios.

Crítérios de inclusão

Seguindo o método de seleção de domicílios descrito acima, foram incluídas no estudo todas as crianças menores de dois anos (de zero a um ano, 11 meses e 29 dias de idade). Foram excluídas aquelas cujas mães que morassem há menos de um ano no bairro ou que não residissem com a criança, impossibilitando a entrevista. No caso de haver mais

de duas crianças menores de dois anos no mesmo domicílio, foi incluída a criança de maior idade. Em caso de gêmeos, foi incluída a criança que nasceu primeiro.

Foram considerados perdas aqueles casos em que a mãe estava ausente em pelo menos três visitas ao domicílio. Foram considerados recusas aqueles casos em que a mãe não aceitou participar do estudo.

Coleta de dados

Para a coleta de dados, formou-se uma equipe de 16 entrevistadores angolanos, que foram treinados previamente em modo intensivo por cinco dias. Durante o treinamento, foi feita simulação de entrevistas e aplicação piloto dos questionários.

Formaram-se quatro equipes, cada uma com um coordenador de campo, quatro entrevistadores e um supervisor de área. Este último era responsável por guiar a equipe dentro do bairro. Além disso, a equipe contou com o auxílio de dois assessores, funcionários da secretaria de saúde local.

Após a seleção das crianças pelos coordenadores, com aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, os entrevistadores aplicavam um questionário estruturado à mãe da criança. Em cada domicílio, os coordenadores também verificavam os dados dos cartões da criança e da gestante, quando presentes, e procediam às medidas de peso e comprimento da criança, para as quais realizaram treinamento prévio. Todos os questionários foram revisados e codificados pelos coordenadores de campo no mesmo dia da realização da entrevista. Os coordenadores e entrevistadores tiveram como guia os manuais do Coordenador e do Entrevistador para as instruções sobre seleção dos domicílios, condução das entrevistas e aferição de medidas antropométricas.

Variáveis

Foram estudados aspectos demográficos, socioeconômicos, de saúde da mãe e da criança, assim como de utilização dos serviços de saúde. Os dados referentes ao pré-natal e às vacinas e monitorização do peso das crianças foram obtidos tanto por informação da mãe quanto por meio dos cartões de saúde da gestante e da criança vistos pelo coordenador; porém, apenas os dados dos cartões foram considerados na análise. Também em relação à existência de hipoclorito e mosquiteiros na casa visitada, foram considerados como afirmativos apenas os que foram vistos pelo entrevistador. Em

relação à consulta pós-parto, a mesma foi considerada realizada se dentro de um período de sete dias após o parto.

No que diz respeito às vacinas das crianças, o calendário vacinal local foi usado como referencial. As vacinas foram consideradas atrasadas quando as mesmas não estavam registradas e a idade da criança ultrapassava em um mês a idade recomendada para a vacina em questão. Quanto aos intervalos de monitorização do peso da criança, foi usada a mesma tolerância de um mês. Usou-se como referencial a curva de crescimento do cartão de saúde da criança usado no local, que recomenda que a criança menor de dois anos seja pesada nos seguintes momentos: ao nascimento e aos 2, 4, 6, 9, 12 e 18 meses.

Para o indicador de amamentação exclusiva (criança recebendo unicamente leite materno), foram consideradas somente as crianças de 0 a 6 meses (OMS, 1991)

Quanto à situação socioeconômica das famílias, foi criado um escore, inspirado no modelo sugerido por Krefis et al (2010). Com base nas variáveis material de construção da casa, água encanada, refrigerador, luz elétrica e presença de banheiro dentro de casa, foi feita uma pontuação de zero a 10, e as famílias foram classificadas em menos favorecidas (0 a 5 pontos) ou mais favorecidas economicamente (6 a 10).

Análise de dados

Os questionários codificados foram escaneados e armazenados usando o pacote Teleform®. As análises foram feitas usando o programa SPSS versão 18®. Além da análise descritiva de frequências foi feita análise inferencial bruta considerando desfechos selecionados com relação a algumas características socioeconômicas das mães, calculando-se as razões de prevalência. Nessas análises, foram usadas variáveis categóricas, optando-se pelo teste do qui-quadrado (teste exato de Fisher), considerando o valor p bicaudal inferior a 0,05 como significativo. Os intervalos de confiança 95% foram calculados considerando o efeito de conglomerado no Programa Stata 9.

Considerações éticas

O presente estudo faz parte do projeto intitulado *Desenvolvendo Serviços de Atenção Primária à Saúde em Angola: proposta para avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda*, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade

Federal do Rio Grande do Sul (parecer número 2008045 de 30/04/2009). O referido projeto também foi aprovado pela Direcção Provincial de Saúde de Luanda, Angola. As entrevistas foram precedidas da assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido pela mãe entrevistada.

Resultados

Foram realizadas, no total, 1360 visitas em 49 microáreas dos quatro bairros selecionados para o estudo, resultando em 749 crianças incluídas, com suas respectivas mães. Foram contabilizadas 42 (5,7%) exclusões, 111 (15,0%) perdas e 10 (1,4%) recusas.

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas e econômicas, bem como as condições de moradia da população do estudo. A idade média das mães foi de 26,1 anos e a das crianças, de 10,6 meses. Das crianças incluídas no estudo, 373 (50,8%; IC 95% 47% - 54%) eram do sexo feminino. Quanto às mães, 639 (85,3%; IC 95% 82% - 87%) eram casadas ou viviam maritalmente, e a maioria delas não era natural do município do Cacucaco [559 (75%) vieram de outra província do interior do país e 109 (14,6%; IC 95% 12% - 17%) vieram de outro município da província de Luanda]. Entre as mães, 317 (42,5%; IC 95% 38% - 47%) tinham até quatro anos de escolaridade, enquanto 248 (50,2%; IC 95% 45% - 56%) dos seus companheiros tinham nove anos ou mais. Em relação à ocupação da mãe, a categoria “autônoma” foi a de maior frequência (n=327; 43,9% IC 95% 40% - 48%), destacando-se como mais citado o trabalho de vendedora, enquanto 331 (50,5%; IC 95% 46% - 56%) companheiros eram funcionários do setor privado. A mediana de pessoas morando em cada casa foi de seis (percentil 25/75% = 4/8). As casas, 61% (IC 95% 56% - 67%) delas próprias e 95% (IC 95%; IC 95% 92% - 98%) construídas com tijolos ou blocos, tinham em média três peças. 97,2% (IC 95%; 95% - 99%) das casas tinham banheiro, porém, este se localizava dentro de casa em apenas 7,6% (IC 95% 5% - 10%). Apenas 2,7% (IC 95% 1% - 4%) das famílias tinham água encanada em casa; a água utilizada era proveniente de fontes ou tanques coletivos na grande maioria das vezes. Quanto ao tratamento da água utilizada para beber, 537 (71,7%; IC 95% 67% - 76%) mães referiram tratar com hipoclorito, apesar de o produto ter sido visto pelo pesquisador em apenas 259 (34,6%; IC 95% 31% - 39%). Quanto ao mosquiteiro, 383 mães (51,1%; IC 95% 46% - 56%) tinham em casa (visto pelo

pesquisador). Do total, 521 (69,5%; IC 95% 61% – 77%) famílias possuíam luz elétrica em casa; a maioria também possuía refrigerador (59,5%; IC 95% 53% – 66%) e televisor (88,4%; IC 95% 86% – 91%), e 94% (IC 95%; 91% – 97%) das casas tinham escoamento com sistema de esgoto aberto; sendo importante ressaltar que não havia sistema de esgoto fechado no local da pesquisa. Apenas 33,2% (IC 95% 25% – 42%) das famílias tinham o lixo da casa recolhido. De acordo com o escore criado para classificação da situação econômica das famílias, 362 (48,3% ;IC 95% 42% – 54%) foram classificadas como menos favorecidas.

A Tabela 2 mostra os dados sobre história obstétrica e de saúde das mães moradoras do município de Cacucó. O pré-natal, conforme referido pelas mães foi realizado nos serviços de saúde em 95% dos casos e 373 (51,7%; IC 95% 47% – 56%) mães possuíam o cartão de saúde da gestante (visto pelo pesquisador). A mediana da idade gestacional da primeira consulta de pré-natal foi de nove semanas (percentil 25/75% = 5/18), e a do número de consultas de pré-natal foi de quatro (percentil 25/75% = 3/5), conforme registro do cartão da gestante. Em relação às consultas de pré-natal, 223 mães (60,4%; IC 95% 55% – 65%) fizeram quatro ou mais e 257 (76,5%; IC 95% 72% – 81%) iniciaram o pré-natal antes das 20 semanas de gestação. Quanto aos cuidados realizados no pré-natal, 350 mães (96,7%; IC 95% 95% – 99%) receberam pelo menos uma dose da vacina anti-tetânica, 247 (68,6%; IC 95% 62% – 72%) receberam tratamento intermitente para prevenção da malária e 367(99,2%; IC 95% 98% – 100%) receberam ferro e/ou ácido fólico. No que se refere ao parto, 520 mães (69,5%; IC 95% 64% – 75%) referiram que o parto foi feito nos serviços públicos de saúde, 707 (94,4%; IC 95% 93% – 96%) tiveram parto normal. Entre as mães entrevistadas, 324 (43%; IC 95% 40% – 47%) referiram ter adoecido em algum momento durante a gestação; as afecções mais frequentes foram malária (n=204; 27%; IC 95% 24% – 31%) e pressão alta (n=94; 13%; IC 95% 10% – 15%). Quanto às cobranças por atendimento, 263 (35%; IC 95% 31% – 40%) pagaram por alguma consulta pré-natal ou pós-parto, exame ou medicamento e 268 (36%; IC 95% 31% – 40%) pagaram pelo parto nos serviços públicos. Apenas nove (3,6%; IC 95% 1% – 6%) mães possuíam consulta pós-parto registrada no cartão da gestante. Quanto ao atendimento das crianças, 205 (27,4%; IC 95% 22% – 33%) mães pagaram pela consulta e 111 (14,8%; IC 95% 11% – 18%) pagaram pelo medicamento entregue na própria unidade de saúde pública. Apenas 200 (27%; IC 95% 23% – 31%) crianças tinham registro civil na ocasião do estudo. O

principal motivo de não realização do registro foi a falta de documento de identidade dos pais da criança (n=270; 63,5%; IC 95% 57% – 70%).

A Tabela 3 mostra os dados de saúde das crianças moradoras do município de Cacuaço. A idade média das crianças foi de 10,6 meses; 602 delas (81,1%; IC 95% 78% – 84%) possuíam cartão de saúde da criança. Entre as crianças, 39 (8,5%; IC 95% 6% – 11%) apresentaram peso menor que 2.500 gramas ao nascer e 426 (71,2%; IC 95% 68% – 75%) estavam com a monitorização do peso em dia conforme registro no cartão. Cinquenta e uma (19,0%; IC 95% 16% – 23%) crianças foram amamentadas exclusivamente até ao sexto mês de vida, 232 (32%; IC 95% 28% – 35%) crianças apresentaram desnutrição crônica e 43 (6%; IC 95% 3% – 9%) crianças apresentaram desnutrição aguda. Quanto à situação vacinal, 570 (96,3%; IC 95% 95% – 98%) tinham vacina BCG em dia, 198 (75,9%; IC 95% 70% – 82%) tinham a vacina contra a poliomielite – 3ª dose em dia, 199 (74,0%; IC 95% 68% – 80%) tinham a vacina pentavalente – 3ª dose em dia, 141 (67,5%; IC 95% 60% – 75%) tinham a vacina contra o sarampo em dia e 111 (60,7% IC 95% 53% – 69%) tinham a vacina contra a febre amarela em dia. No que diz respeito ao local de realização das vacinas, enquanto a vacina contra a poliomielite foi frequentemente recebida em campanhas de vacinação (n=286; 40,7%; IC 95% 36% – 43%), as demais vacinas foram realizadas na unidade de saúde em mais de 90% das crianças. Conforme informação da mãe, 262 (35%; IC 95% 31% – 40%) crianças apresentaram algum episódio de diarreia nos últimos 15 dias, 247 (33%; IC 95% 30% – 36%) apresentaram febre e 306 (41%; IC 95% 36% – 46%), tosse. 273 (36,5%; IC 95% 33% – 40%) crianças foram levadas à consulta no serviço de saúde por motivo de doença nos últimos três meses e 28 (3,7%; IC 95% 2% – 5%) foram hospitalizadas nos últimos 12 meses [18 delas (64%) por malária, sete (25%) por diarreia e quatro (14%) por infecção respiratória]. Em relação aos outros filhos das mães entrevistadas, houve 356 óbitos referidos (de um total de 2711 filhos), sendo 124 (34,8%) por malária, 80 por diarreia/desidratação (22,5%) e 29 (8,1%) por infecção respiratória. A idade mediana de falecimento dos filhos foi de seis meses (percentil 25/75% = 1,4/11,4).

A Tabela 4 mostra a associação das variáveis predictoras escolaridade da mãe e situação econômica com alguns desfechos selecionados. Os achados para as mães com mais anos de estudo (nove ou mais), comparando com as de menor escolaridade (zero a quatro

anos), foram, respectivamente: 76 (81,7%) e 129 (62,0%) possuíam o cartão de saúde da gestante (RP = 1,32; IC 95% 1,14% - 1,51%); 112 (94,9%) e 261(80,4%) possuíam o cartão de saúde da criança (RP=1,18; IC 95% 1,15% - 1,43%); 49 (83,1%) e 88 (70,4%) iniciaram acompanhamento pré-natal antes de 20 semanas (RP=1,18; IC 95% 1,01% - 1,49%); 61(80,3%) e 57 (44,9%) realizaram quatro ou mais consultas de pré-natal (RP=1,79; IC 95% 1,38% - 2,11%); 116 (97,5%) e 171 (54,1%) realizaram o parto nos serviços de saúde (RP=1,80; IC 95% 1,50% - 1,81%); e 111 (94,1%) e 169(53,5%) tinham todos os filhos vivos (RP=1,76; IC 95% 1,57% - 1,80%). Quanto à situação socioeconômica, 133 (66,8%) e 90(52,9%) realizaram quatro ou mais consultas de pré-natal (RP=1,26; IC 95% 1,09% - 1,69%); e 285 (73,6%) e 235 (65,1%) realizaram parto nos serviços de saúde (RP=1,13. IC 95% 1,05% - 1,42%).

Discussão

Dentre os resultados, destacam-se a alta proporção de comparecimento ao pré-natal, principalmente na unidade de saúde pública, a primeira consulta de pré-natal feita antes da 20ª semana de gestação e o alto índice de gestantes que fizeram pelo menos quatro consultas de pré-natal. Apesar de não ser possível avaliar a qualidade do acompanhamento pré-natal com esses dados, as altas taxas de vacinação anti-tetânica, tratamento para prevenção da malária e suplementação com ferro/ácido fólico podem ser indicativos. Em contraste, o número de consultas pós-parto (3,6%) foi muito baixo, assim como a proporção de crianças com registro civil (27%). Também se destaca a proporção de mães, menor que a esperada de acordo com informações prévias, que precisou pagar pelo atendimento. É de se realçar a grande quantidade de mães que possuía o cartão de saúde da gestante e da criança, assim como as taxas razoavelmente altas de crianças vacinadas. Em relação às vacinas, pode-se ressaltar o papel importante das campanhas na vacinação contra a poliomielite, mas a alta proporção de crianças vacinadas na unidade de saúde para todas as outras vacinas aponta para a importância crescente dos serviços de saúde fixos no acompanhamento de saúde das crianças. A taxa consideravelmente alta de monitorização do peso da criança em dia pode dar uma ideia de adequação do acompanhamento de saúde das crianças. Em relação às causas de doença, a malária e a diarreia apareceram como as principais, o que coloca em evidência a dificuldade de acesso à água potável e o grande acúmulo de lixo nas proximidades das casas. Vale notar, nesse sentido, que um terço das famílias possuía hipoclorito em

casa para tratar a água e metade delas possuía mosquiteiros. Seis por cento das crianças apresentaram baixo índice de massa corporal (IMC) para a idade (desnutrição aguda) e 32%, déficit de altura em relação à idade (desnutrição crônica). Por fim, os dados mostram grande disparidade entre a escolaridade de mulheres (6,9% com 0 a 4 anos de escolaridade) e homens(42,5%), sendo que a escolaridade das mães, mais do que a situação econômica, pareceu estar diretamente associada a quase todos os desfechos analisados.

Os dados descritos neste estudo podem ser comparados com dados provenientes de outras fontes (Tabela 5). Em relação ao acompanhamento pré-natal, outras fontes mostram uma prevalência de 80% (OMS, 2010) para uma ou mais consultas e 61% para quatro ou mais consultas, este último considerando apenas a população angolana vivendo em zona urbana (IBEP, 2010). A prevalência de baixo peso ao nascer no nosso estudo foi menor do que as estimativas existentes para Angola como um todo (OMS, 2010). Em relação ao local do parto, outras fontes mostram 47% dos partos sendo realizados no serviço de saúde (OMS, 2010) (67,6% se considerada apenas a população vivendo em área urbana, taxa que se aproxima àquela encontrada no nosso estudo) (IBEP, 2010). A taxa de crianças registradas encontrada no presente estudo está próxima das encontradas por outra fonte (OMS, 2010), que considerou também a população adulta, justificando o principal motivo da ausência de registros das crianças: a ausência de registro dos próprios adultos. Quanto às causas de morbidade, a proporção de crianças que apresentou diarreia ou febre nos últimos 15 dias foi superior à encontrada em outra fonte(UNICEF, 2004), o que parece ser coerente com as más condições de saneamento, higiene e acesso à água de Cacuo. No entanto, no presente estudo, 71,7% das mães referiram tratar a água com hipoclorito (apesar de o produto ter sido visto pelo pesquisador em apenas 35% dos domicílios), em comparação aos 52,5% encontrados para a população de área urbana no inquérito do IBEP (2010). Quanto a isso, é importante notar que a presença de mosquiteiros e de hipoclorito nas casas depende também da disponibilidade dos produtos, que devem ser distribuídos pelos órgãos públicos. A malária e as doenças diarreicas agudas, que apareceram no nosso estudo como as causas mais frequentes de adoecimento, haviam sido reportadas como as causas mais importantes de morbidade em um estudo de diagnóstico do município de Cacuo realizado em 2008 (UNICEF, 2008). As taxas de desnutrição encontradas no presente estudo são inferiores àquelas reportadas por outra fonte, relativa ao país como

um todo, considerando as crianças menores de cinco anos (OMS, 2010). A prevalência de amamentação exclusiva na faixa etária dos 0 aos 6 meses, foi superior à estimativa da OMS entre 2000 e 2009 (OMS, 2010), mas ainda está muito aquém de uma proporção satisfatória. As taxas de vacinação que encontramos para pentavalente três doses e para sarampo, foram próximas daquelas encontradas nas estatísticas da OMS(OMS, 2010), mas bem superiores àsquelas encontradas no inquérito IBEP (IBEP, 2010).

A análise comparativa mostrou que a baixa escolaridade das mães esteve mais frequentemente relacionada com desfechos adversos do que a situação econômica das famílias. No entanto, chama a atenção a associação da situação econômica menos favorecida com a maior proporção de partos domiciliares e a maior proporção de mulheres com menos de quatro consultas de pré-natal, o que evoca as barreiras de acesso aos serviços, como as cobranças pelo atendimento e os gastos com deslocamento, muitas vezes inviáveis para a população mais pobre. O inquérito do IBEP (2010) revelou que as razões ligadas ao acesso são as principais (56,2%) dentre aquelas que limitam a utilização dos serviços de saúde. Em relação aos poucos achados relacionados à situação econômica, pode-se aventar que a classificação proposta possa ser de difícil apuração na realidade observada, pois havia pouca distinção aparente entre estratos econômicos na população estudada. Mesmo com essa consideração, a análise realizada dá uma ideia da importância inquestionável da educação, principalmente das mulheres, como problemática nesse contexto. No inquérito realizado pelo UNICEF em 2001(UNICEF, 2004) viu-se que a maior escolaridade esteve associada à maior prevalência de acompanhamento pré-natal, parto realizado por profissional capacitado e posse do cartão da criança e a maiores coberturas vacinais. Segundo a mesma fonte, a situação econômica, dividida em quintis, seguiu o mesmo padrão, com exceção do acompanhamento pré-natal, ao qual não esteve associada. Segundo Ester et al(2011) a escolaridade, principalmente das mulheres, é uma das principais variáveis associadas à taxa de mortalidade infantil (nesse caso, inversamente). Considerando os dados encontrados no presente estudo (quase metade das mães com quatro ou menos anos de estudo e imensa disparidade entre homens e mulheres), a educação das mulheres se destaca como uma das grandes possibilidades de intervenção para melhorar não só a mortalidade infantil, mas também a morbidade e o uso inadequado de serviços de saúde, conforme observado por Tafari et al (Tafari et al, 2010).

É importante notar que as fontes usadas para comparação dos dados (OMS, 2010; ANGOLA, 2010; UNICEF, 2004) apresentam diferenças quanto à população estudada e amostragem, porém, são os dados disponíveis para fazer uma comparação aproximada. No estudo do IBEP (2010), por exemplo, a população das províncias está proporcionalmente mais representada do que a população de Luanda. Já as estatísticas da OMS e do UNICEF são estimativas para o país todo feitas a partir de amostras representativas de diferentes regiões do país. Quanto ao plano de amostragem do IBEP, foi desenvolvido considerando estimativas de alguns indicadores chave determinados a partir da base de dados de estudos MICS II, realizado pelo UNICEF em 2001. Por outro lado, os estudos MICS foram concebidos para recolher dados estatísticos comparáveis mundialmente, podendo ser usados pelos países para avaliar a situação das crianças e mulheres em termos de educação, saúde, igualdade de gênero, proteção e direitos, assim como para monitorar o progresso em direção às metas nacionais e internacionais para a promoção do bem estar da criança (UNICEF, 2004).

Registros anteriores (LAVOR, 2007), relativos ao município do Cacucaco antes da implantação do PACS em 2007, indicam que o acesso aos cartões de saúde da gestante e da criança, assim como ao mosquiteiro e ao hipoclorito, era muito dificultado em virtude dos pagamentos que anteriormente eram cobrados para obtê-los. Assim, eram raras as mães que os possuíam, cenário muito diferente do encontrado no presente estudo. De acordo com o inquérito do UNICEF-MICS, realizado em 2001, a posse do cartão de saúde da criança na região de Luanda era de 40,4% (UNICEF, 2004), contrastando com os 81% que encontramos. Da mesma forma, as consultas e os partos eram, na maioria das vezes, pagos. Assim sendo, segundo esses registros, a quantidade de mães que precisou dispor de recursos financeiros para custear o atendimento, seja dela ou da criança, parece ter diminuído consideravelmente, uma vez que o dado que encontramos foi de 20 a 30% precisando pagar pelo atendimento. Relatórios técnicos com dados de alguns bairros do município de Cacucaco, elaborados no início da implantação do PACS, mostravam 40% de comparecimento a pelo menos uma consulta pré-natal e 48% de tratamento da água com hipoclorito, taxas muito menores que aquelas encontradas no presente estudo (98,5% e 71,7%, respectivamente).

Diante das comparações realizadas, tanto com dados de outras fontes quanto com dados locais anteriores provenientes de relatórios técnicos, os dados do presente estudo se

mostram favoráveis. Um estudo que avaliou os fatores associados à alta taxa de mortalidade infantil em 47 países da África Subsaariana (PNUD, 2011), encontrou uma relação inversa com cobertura pré-natal e parto assistido por profissional capacitado. No nosso estudo, os dados relativos à cobertura pré-natal foram animadores. No entanto, não podemos afirmar que esses resultados estejam relacionados com as mudanças pelas quais o município de Cacuaco passou nos últimos três anos, na direção de uma relação mais próxima entre serviço de saúde e comunidade, mas esse pode ser um dos fatores implicados, junto com outros fatores sociais mais abrangentes, relacionados à progressão político-social de Angola nos últimos anos, como crescimento econômico e mudanças incipientes na organização da sociedade.

A questão relativa à proporção de partos realizada no serviço de saúde, apesar do progresso já notado, ainda precisa avançar mais, e isso passa por questões de acesso e qualificação dos serviços, o que suscita a necessidade de forte investimento humano e financeiro. Outro fator destacado no estudo de Ester et al (2011) foi o saneamento básico. Esse é outro campo de intervenção fundamental, que se destaca no contexto de Cacuaco, para que se possa avançar mais rumo a uma saúde melhor. Vale a pena destacar que, no presente estudo, as condições que dependem mais do acesso a serviços de saúde (como consultas de pré-natal e cobertura vacinal) parecem ter alcançado mais progresso do que aquelas que dependem menos do serviço e mais das condições socioeconômicas e implicação de outros setores (como ocorrência de diarreia e registro civil).

Com os dados descritos neste estudo, torna-se importante discutir o potencial de uma política de atenção primária com forte atuação de ACS no contexto estudado. Cotejando as atribuições prioritárias do ACS no PACS de Luanda, a saber: conhecer a sua área de atuação, cadastrar todas as famílias realizando levantamento sociodemográfico e sanitário, acompanhar as gestantes e acompanhar as crianças menores de cinco anos, pode-se confrontar a situação de saúde descrita em Cacuaco com a atuação dos ACS de acordo com as suas atribuições, pensando no seu potencial impacto à luz das evidências disponíveis sobre a sua efetividade em outros contextos com perfil epidemiológico semelhante (GIUGLIANI, 2011; LEWIN, 2011). Levando-se em conta o foco prioritário do ACS em saúde materna e infantil, pode-se ressaltar sua importância na promoção de algumas práticas, como acompanhamento pré-natal, realização do parto no

serviço de saúde, vacinação e acompanhamento de saúde das crianças, tratamento domiciliar da água e uso de mosquiteiros. Em relação ao saneamento e ao acesso à água potável, por exemplo, os ACS podem ter uma função importante, aproximando as pessoas que acompanham do serviço de saúde e do governo, tornando mais concretas demandas tão fundamentais como essas.

No Brasil, no estado do Ceará, a primeira avaliação do PACS, realizada no período de 1988 a 1990, foi feita com base na comparação entre municípios com e sem ACS (MINAYO, 1990). Essa avaliação mostrou que os municípios com ACS tiveram melhor cobertura vacinal, melhor monitorização do peso das crianças, mais acompanhamento pré-natal e mais consultas pós-parto. Outra avaliação, um estudo da série histórica de alguns indicadores no município de Sobral, Ceará, no período de 1995 a 2005, quando houve implantação progressiva do PACS, mostrou aumento substancial do comparecimento das gestantes ao pré-natal, diminuição dos partos domiciliares, aumento da amamentação exclusiva, aumento da cobertura vacinal e diminuição da desnutrição em crianças menores de dois anos (CALVACANTE, 2004) Em uma revisão sistemática publicada recentemente (GIUGLIANI, 2011), sobre a efetividade do ACS no Brasil, os desfechos que mais se beneficiaram das intervenções do ACS foram aqueles relacionados à saúde materna e infantil (especialmente monitorização do peso em crianças, prevalência de amamentação e introdução tardia da mamadeira). Outros desfechos, relacionados a doenças crônicas, problemas infecciosos e à redução de iniquidades, também melhoraram com as intervenções do ACS, porém, a evidência que os sustenta é de qualidade baixa ou muito baixa. Em Ruanda, com contexto semelhante ao de Angola no que se refere à situação de pós-guerra e à saúde materna e infantil, o governo tem reconhecido que os ACS são necessários para melhorar o acesso à saúde em comunidades rurais (Binagwaho, et al, 2009), e alguns resultados já estão começando a aparecer: aumento substancial da cobertura vacinal e do uso de mosquiteiros tratados e diminuição da mortalidade infantil (PRIMARY HEALTH CARE, 2011). Uma revisão sistemática, incluindo 82 ensaios clínicos randomizados de vários países, a maioria deles com populações de baixa renda, mostrou os seguintes resultados em relação a intervenções do ACS: aumento da cobertura vacinal (nível de evidência moderado, RR 1,22; IC 95% 1,10% - 1,37%), aumento da amamentação total (nível de evidência moderado, RR 1,24, IC 95% 1,10% - 1,39%) e exclusiva (nível de evidência moderado, RR 2,78, IC 95% 1,74% - 4,44%), diminuição da morbidade

infantil (nível de evidência baixo, RR 0,86, IC 95% 0,75% - 0,99%) e da mortalidade infantil (nível de evidência baixo, RR 0,75, IC 95% 0,55% - 1,03%) e neonatal (nível de evidência baixo, RR 0,76, IC 95% 0,57% a 1,02%), (LEWIN, 2011). Assim, em contextos com perfil epidemiológico caracterizado por alta morbimortalidade materna e infantil e vulnerabilidade socioeconômica, as evidências sugerem fortemente que o ACS pode ter um impacto importante, contribuindo para a melhora da situação de saúde das pessoas, principalmente mães e crianças.

Cabe enfatizar que este é o primeiro estudo desta natureza realizado no local, podendo servir como base para futuras análises e comparações. A existência de dados como os descritos neste estudo é fundamental: se não houver identificação acurada dos problemas e dificuldades, não haverá efetividade e eficiência das intervenções para mudar a situação, principalmente em nível das políticas de saúde. Ainda, é com base em dados desta natureza (estudos pré-intervenção), que se pode documentar, a partir de estudos pós-intervenção, tendências de melhora correlacionadas com intervenções em saúde, trazendo evidências com nível de inferência de adequação (HABICHT, 1999; VICTORA, 2011). Porém, estudos de prevalência como esse são caros e complexos, de forma que nem sempre são viáveis.

Uma das fragilidades marcantes ao longo do processo de implementação do PACS foi a falta de regularidade no pagamento dos incentivos que o ACS deveria receber mensalmente. Outras fragilidades identificadas são a ausência de vínculo do ACS a instituição gestora do programa, a irregularidade na distribuição de materiais que o ACS utiliza para trabalhar (como hipoclorito e mosquiteiros) e o funcionamento também irregular e muitas vezes pouco resolutivo das unidades de saúde. Assim sendo, para o êxito do PACS, estes aspectos devem ser tidos em consideração, para que o programa funcione com regularidade, tenha sustentabilidade e consistência nos objetivos que pretende alcançar.

Algumas limitações do nosso estudo são dignas de nota. O fato de termos analisado somente os dados oriundos do cartão da gestante e da criança para algumas variáveis (devidamente identificadas nas tabelas), devido à pouca confiabilidade dos dados informados pela mãe, provavelmente leva a prevalências superestimadas. Outra limitação foi a ausência de dados relativos a uma população semelhante para

comparação; assim, os dados disponíveis nos permitiram fazer, no máximo, comparações aproximadas.

Conclusão

Os dados encontrados no presente estudo, apesar de suas limitações, mostram resultados, em relação a outros inquéritos, animadores no município do Cacuaco, podendo esses estar relacionados a diversos fatores, dentre eles o processo de mudanças advindas da Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde. Além disso, apoiados na avaliação do papel do ACS em situações semelhantes, sugerem campo fértil para a introdução de um sistema de atenção primária com forte atuação do ACS, considerando a efetividade destes trabalhadores em outros contextos semelhantes.

Agradecimentos

Agradecemos ao CNPq ao Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde (IATS) e à Direção Provincial de Saúde de Luanda pela parceria e apoio financeiro. Um agradecimento especial aos assessores Pascoal e Diniz, cuja dedicação e empenho foram fundamentais para a execução do trabalho de campo. Agradecemos também aos entrevistadores e, principalmente, às mães entrevistadas, que confiaram na equipe de pesquisa e no propósito do estudo. Agradecemos ao Professor Sotero Mengue pelo apoio prestado para o desenvolvimento da logística do trabalho de campo, à Mônica Oliveira pelo apoio na construção do questionário e à Stela Castro pelo apoio nas análises estatísticas.

Referências

1. Abramson, JH. *Winpepi Programs: Describe Manual, version 1.90*. Revised June 5, 2008.
2. Angola, Ministério do Planeamento, Instituto Nacional de Estatística, Inquérito Integrado Sobre o Bem-Estar da População. Luanda, 2010.
3. Angola. Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde, para acelerar a redução da Mortalidade materna e Infantil; Direção nacional de saúde Pública, Luanda, Janeiro de 2009.
4. Anne Caroline Krefis^{1*}, Norbert Georg Schwarz¹, Bernard Nkrumah³, Samuel Acquah³, Wibke Loag¹, Nimako Sarpong³, Yaw Adu-Sarkodie⁴, Ulrich Ranft², Jürgen May¹ Principal component analysis of socioeconomic factors and their association with malaria in children from the Ashanti Region, Ghana *Malaria Journal* 2010, 9:201.
5. Barata RB, de Moraes JC, Antonio PR, Dominguez M. [Immunization coverage survey: empirical assessment of the cluster sampling method proposed by the World Health Organization]. *Rev Panam Salud Publica* 2005 Mar; 17(3): 184-90.
6. Binagwaho, Dr. Fidele N, Cathy M, and Niloo R. also contributed writing to this post. 2009 disponível em: <http://www.hhropenforum.org/2009/08/chws-in-rwanda/> acessado aos 27 de novembro de 2010.
7. Cavalcante e Silva A e Lavor ACH. Os Números contam e refletem a evolução dos indicadores de saúde. In: Cavalcante e Silva A (org). *Saúde da Família, Saúde da Criança: A Resposta de Sobral*. Editora HUCITEC. São Paulo, 2004.p: 125-140.
8. Component analysis of socioeconomic factors and their association with malaria in children from the Ashanti Region, Ghana *Malaria Journal* 2010, 9:201.
9. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health disponível em http://www.jhsph.edu/bin/k/a/2005_MQ_Starfield.pdf acessado aos 20 de julho de 2011 pelas 22horas.

10. Economia, educacion y salud materno infantil/ Economy, education and maternal and infant health Autor(es): Tafani, R; Gaspio, N; Maldonado, R
Fonte: [Rev. Esc. Salud Pública](#); 9(1): 24-53, 2005.
11. Habicht, JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int. J. Epidemiol.* (1999) 28(1): 10-18 doi:10.1093/ije/28.1.10.
12. Lavor, ACH. Relatório Técnico. UNICEF Angola. Relatório Técnico. Luanda, agosto de 2007.
13. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, Van W B E, Odgaard-Jensen J, Johansen M, Aja GN, Zwarenstein M, Scheel Inger B. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: *The Cochrane Library*, Issue 11, Art. No. CD004015. DOI: 10.1002/14651858.CD004015.pub1.
14. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003; 38(3): 831-865.
15. Minayo, M., D'Elia, J, & Svitone, E. (1990). *Agentes Comunitários de Saúde: Estudo de Caso*. Fortaleza, Brazil: UNICEF.
16. Organização Mundial de Saúde (OMS). Division of Child Health and Development. Indicators for assessing breastfeeding practices. 1991. Disponível em:
http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/cdd_ser_91_14/en/index.html. Acesso em outubro 2011.
17. Organização Mundial de Saúde /UNICEF. Declaration of Alma Ata: International Conference on Primary Health Care. Alma Ata Kazakhstan: OMS/UNICEF; 1978.
18. Organização Mundial de Saúde, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: OMS; 2008.
19. Organização Mundial de Saúde. Primary Health Care Now More Than Ever. The World Health Report. Geneva: OMS; 2008.
20. Organização Mundial de Saúde. World Health Statistics. Geneva: OMS; 2010

21. Organização Pan–Americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan–Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington D.C: OPAS; 2007.
22. Primary Health Care: A review and critical appraisal of its “revitalisation”. In: Global Health Watch 3: An alternative health report. Zed Books, New York; 2011: p. 45-60.
23. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. <http://hdrstats.undp.org/en/indicators/69206.html> acessado aos 21 de Julho de 2011 as 21 horas.
24. Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde, para acelerar a redução da Mortalidade materna e Infantil; Direção nacional de saúde Pública, Luanda, Janeiro de 2009.
25. UNICEF Angola. Plano de Desenvolvimento Sanitário do Município de Cacuaco (2008-2011). Plano de Acção 2008-2009 para a Revitalização dos Serviços de Saúde da Comuna do Kikolo. Luanda, 2008.
26. UNICEF. MICS Standard Tables. Luanda, 2004.
27. United Nations Children’s Fund. http://www.unicef.org/lac/Relatorio_2011_web.pdf acessado aos 21 de julho de 2011 as 22 horas.

Tabelas

Tabela 1. Características sociodemográficas, econômicas e condições de moradia das mães e crianças menores de dois anos moradoras do município de Cacuaco, Luanda, Angola, 2010 (N=749).

| Variável * | N ou Média | (IC 95%) ou Desvio Padrão |
|---|------------------|---------------------------------|
| Idade da mãe - em anos | 26,1 | ± 6,2 |
| Idade da criança - em meses | 10,6 | ± 6,9 |
| Faixa etária da criança | | |
| 0 a 6 meses | 269(35,9%) | 32% – 40% |
| 7 a 12 meses | 152(20,3%) | 18% – 23% |
| 13 a 18 meses | 200(26,7%) | 23% – 30% |
| 19 a 24 meses | 127(17,1%) | 14% - 20% |
| Escolaridade da mãe – em categorias | | |
| 0 a 4 anos completos | 317(42,5%) | 38% – 47% |
| 5 a 8 anos completos | 310(41,6%) | 37% – 46% |
| 9 ou mais anos completos | 119(16,0%) | 13% – 19% |
| Escolaridade do pai – em categorias | | |
| 0 a 4 anos completos | 34(6,9%) | 4% – 9% |
| 5 a 8 anos completos | 212(42,9%) | 38% – 48% |
| 9 ou mais anos completos | 248(50,2%) | 45% – 56% |
| Ocupação da mãe | | |
| Dona de casa | 316(42,4%) | 38% – 47% |
| Autônoma | 327(43,9%) | 40% – 48% |
| Funcionária pública | 12(1,6%) | 1% – 2% |
| Funcionária do setor privado | 23(3,1%) | 2% - 4% |
| Estudante (exclusivamente) | 67(9,0%) | 7% – 11% |
| Ocupação do companheiro | | |
| Funcionário público | 165(25,2%) | 21% – 0,29% |
| Funcionário do setor privado | 331(50,5%) | 46% – 0,56% |
| Autônomo | 129(19,7%) | 16% – 0,24% |
| Estudante (exclusivamente) | 8(1,2%) | 0% – 2% |
| Desempregado | 22(3,4%) | 2% – 5% |
| Condição da casa | | |
| Própria | 457(61,0%) | 56% – 67% |
| Alugada | 261(34,8%) | 30% – 39% |
| Cedida ou ocupada | 31(4,1%) | 2% – 6% |
| Presença de banheiro | | |
| Sim | 728(97,2%) | 95% – 99% |
| Não | 21(2,8%) | 1% – 5% |
| Localização do banheiro | | |
| Dentro de casa | 55(7,6%) | 5% – 10% |
| Fora de casa, uso exclusivo da família | 303(41,6%) | 37% – 47% |
| Fora de casa, uso comum com outras famílias | 370(50,8%) | 45% – 56% |
| Fonte da água utilizada em casa | | |
| Água encanada | 20(2,7%) | 1% – 4% |
| Cisterna (coletiva) | 26(3,5%) | 1% – 6% |

| | | |
|---|-------------|-----------|
| Rio/Lago/canal | 1 (0,1%) | 0% – 4% |
| Fonte (coletiva) | 305(40,7%) | 29% – 54% |
| Tanque (coletivo) | 385(51,4%) | 40% – 65% |
| Outra | 12(1,6%) | 0% – 4% |
| Tratamento da água que utiliza para beber –referido pela mãe | | |
| Fervida | 30(4,0%) | 2% – 6% |
| Tratada com hipoclorito | 537(71,7%) | 67% – 76% |
| Filtrada | 1(0,1%) | 0% – 4% |
| Nenhum tratamento | 181(24,2%) | 20% – 28% |
| Possui hipoclorito em casa - visto pelo entrevistador | | |
| Sim | 259(34,6%) | 31% – 39% |
| Não | 489(65,4%) | 61% – 69% |
| Possui mosquiteiro em casa - visto pelo entrevistador | | |
| Sim | 383 (51,1%) | 46% – 56% |
| Não | 366(48,9%) | 44% – 54% |
| Luz elétrica | | |
| Da rede | 521(69,5%) | 61% – 77% |
| De gerador | 125 (16,7%) | 11% – 22% |
| Não possui | 103(13,8%) | 10% – 18% |
| Possui refrigerador em casa | | |
| Sim | 446(59,5%) | 53% – 66% |
| Não | 303(40,5%) | 34% – 47% |
| Possui televisor em casa | | |
| Sim | 662(88,4%) | 86% – 91% |
| Não | 87(11,6%) | 9% – 14% |
| Destino do lixo da casa | | |
| Recolhido | 248 (33,2%) | 25% – 42% |
| Descartado fora do pátio da casa | 482(64,6%) | 56% – 73% |
| Descartado dentro do pátio da casa | 3(0,4%) | 0% – 10% |
| Queimado | 11(1,5%) | 10% –20% |
| Outro | 2 (0,3%) | 0% –10% |

Abreviaturas: (N: Número de sujeitos)

*N varia de acordo com dados válidos para cada variável.

Tabela 2. Dados sobre história obstétrica e de saúde das mães moradoras do município de Cacuaco, Luanda, Angola, 2010 (N=749)

| Variável * | N ou Média | (IC 95%) ou Desvio Padrão |
|---|------------------|---------------------------------|
| Número de filhos por mãe | 3,6 | ± 2,4 |
| Número de filhos vivos | 3,1 | ± 1,9 |
| Número de filhos falecidos | 0,5 | ± 0,9 |
| Número de filhos natimortos | 0,1 | ± 0,3 |
| Intervalo entre partos – em meses | 39,1 | ± 23,5 |
| História de pelo menos um aborto | | |
| Sim | 148(19,8%) | 17% – 23% |
| Não | 601(80,2%) | 78% – 83% |
| Número de abortos por mãe | 0,3 | ± 0,7 |
| Fez consulta pré-natal - resposta referida pela mãe | | |
| Sim | 720(98,5%) | 98% – 99% |
| Não | 11(1,5%) | 1% – 2% |
| Possui cartão de saúde da gestante - visto pelo entrevistador | | |
| Sim | 373(51,7 %) | 47% – 56% |
| Não | 349(48,3%) | 44% – 53% |
| Vacina anti-tetânica realizada na gravidez - registrada no cartão de saúde da gestante | | |
| Sim, pelo menos uma dose | 350(96,7 %) | 95% - 99% |
| Não precisou já era vacinada | 1(0,3 %) | 0% – 4% |
| Não há registro no cartão | 11(3,0 %) | 1% – 5% |
| Tratamento para prevenção da malária** - registrado no cartão de saúde da gestante | | |
| Sim (uma dose) | 101(28,1%) | 22% – 34% |
| Sim (duas ou mais doses) | 247(68,6%) | 62% – 75% |
| Não há registro no cartão | 12(3,3%) | 1% – 5% |
| Profilaxia ou tratamento com ferro e/ou ácido fólico - registrado no cartão de saúde da gestante | | |
| Sim | 367(99,2%) | 98% – 100% |
| Não há registro no cartão | 3(0,8%) | 0% – 2% |
| Consulta pós parto - registrada no cartão de saúde da gestante | | |
| Sim | 9(3,6%) | 1% – 6% |
| Não | 241(96,4%) | 94% – 99% |
| Tipo de parto - resposta referida pela mãe | | |
| Normal | 707(94,4%) | 93% – 96% |
| Fórceps | 4(0,5%) | 0% – 1% |
| Cesareana | 38(5,1%) | 4% – 7% |
| Local do parto - resposta referida pela mãe | | |
| No serviço de saúde | 520(69,5%) | 64% – 75% |
| No domicílio | 228(30,5%) | 25% – 36% |

*N varia de acordo com dados válidos para cada variável.

**Tratamento Intermitente Preventivo: recomendado nacionalmente para todas as gestantes corresponde a pelo menos duas doses de um antimalárico eficaz (em Angola, preconiza-se sulfadoxina 500 mg e pirimetamina 25 mg)

Tabela 3. Dados sobre condição de saúde, situação vacinal e estado nutricional das crianças moradoras no município de Cacucó, Luanda, Angola, 2010 (N=749)

| Variável * | N ou Média | (IC 95%) ou Desvio Padrão |
|---|------------------|---------------------------------|
| Prevalência de amamentação exclusiva até o 6º mês | 51(19%) | 16% - 23% |
| Possui o cartão de saúde da criança - visto pelo entrevistador | | |
| Sim | 602(81,1 %) | 78% – 84% |
| Não | 140(18,9%) | 16% – 22% |
| Peso ao nascer - registrado no cartão de saúde da criança - em gramas | 3262,4 | ± 518,7 |
| < 2,500 gramas | 39(8,5%) | 6% – 11% |
| 2500 – 4000 gramas | 395(86,4%) | 84% – 89% |
| > 4000 gramas | 23(5,0%) | 3% – 7% |
| Situação da vacina BCG ** | | |
| Em dia | 570(96,3%) | 95% – 98% |
| Atrasada | 22(3,7%) | 2% – 5% |
| Situação da vacina contra poliomielite 3 ** | | |
| Em dia | 198(75,9 %) | 70% – 82% |
| Atrasada | 63(24,1 %) | 19% – 30% |
| Situação da vacina Pentavalente 3 ** | | |
| Em dia | 199(74,0 %) | 68% – 80% |
| Atrasada | 70(26,0 %) | 20% – 32% |
| Situação do Sarampo ** | | |
| Em dia | 141(67,5 %) | 60% – 75% |
| Atrasada | 68(32,5 %) | 25% – 41% |
| Situação da Febre Amarela ** | | |
| Em dia | 111(60,7 %) | 53% – 69% |
| Atrasada | 72(39,3 %) | 31% – 47% |
| Situação do último peso - registrado no cartão da criança | | |
| Em dia | 426(71,2 %) | 68% – 75% |
| Atrasado | 172(28,8 %) | 25% – 32% |
| Índice comprimento/idade - conforme dados antropométricos no dia da visita | | |
| < -3,0 escores Z (muito baixo) | 96(13,2%) | 10% – 16% |
| Entre -3,0 e -2,01 escores Z (baixo) | 136(18,8%) | 16% - 22% |
| Entre -2,0 e -1,01 escores Z (entre baixo e adequado) | 194(26,8%) | 23% – 30% |
| Entre -1,0 e 1,0 escores Z (adequado) | 243(33,5%) | 30% – 37% |
| Entre 1,01 e 2,0 escores Z (entre adequado e elevado) | 29(4,0%) | 3% – 5% |
| Entre 2,01 e 3,0 escores Z (elevado) | 13(1,8%) | 1% – 3% |
| >3,0 escores Z (muito elevado) | 14(1,9%) | 1% – 3% |
| Índice IMC/idade - conforme dados antropométricos no dia da visita | | |
| < -3,0 escores Z (magreza acentuada) | 15(2,1%) | 1% – 3% |
| Entre -3,0 e -2,01 escores Z (magreza) | 28(3,9%) | 26% – 53% |
| Entre -2,0 e -1,01 escores Z (entre magreza e adequado) | 98(13,7%) | 11% – 16% |
| Entre -1,0 e 1,0 escores Z (adequado) | 411(57,3%) | 53% – 61% |
| Entre 1,01 e 2,0 escores Z (risco de sobrepeso) | 123(17,2%) | 14% – 20% |
| Entre 2,01 e 3,0 escores Z (sobrepeso) | 28(3,9%) | 2% – 5% |
| >3,0 escores Z (obesidade) | 14(2,0%) | 1% – 3% |

Abreviaturas: N: Número de sujeitos; IMC: índice de massa corporal

*N varia de acordo com dados válidos para cada variável. ** Crianças que não tinham idade para receber determinada vacina, não foram consideradas na população alvo (vide Métodos).

Tabela 4. Prevalência de alguns indicadores de processo conforme escolaridade da mãe e situação econômica (N=749).

| Variável preditora | Escolaridade da mãe | | | | | Situação econômica | | | | |
|---|---------------------|---------------------|-------------------|----------------|----------------------------|--------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------|----------------------------|
| | 0 a 4 anos n (%) | 5 a 8 anos n (%) | ≥ 9 anos n (%) | Total n (%) | RP (IC,95%) Valor P | N | Menos favorecida n (%) | Mais favorecida n (%) | Total n (%) | RP (IC,95%) Valor P |
| Possui o cartão de saúde da gestante (n=531) | | | | | | n=532 | | | | |
| Sim | 129 (62,0) | 167 (72,6) | 76 (81,7) | 372 (70,1) | 1,32 (1,14-1,51) | | 171 (67,3) | 202 (72,7) | 373 (70,1) | 1,08 (0,95-1,37) |
| Não | 79 (38,0) | 63 (27,4) | 17 (18,3) | 159 (29,9) | 0,001 | | 83 (32,7) | 76 (27,3) | 159 (29,9) | 0,18 |
| Possui o cartão de saúde da criança (n=739) | | | | | | n=742 | | | | |
| Sim | 261 (80,4) | 264 (86,0) | 112 (94,9) | 637 (86,2) | 1,18 (1,15-1,43) | | 308 (86,0) | 331 (92,2) | 639 (86,1) | 1,07 (0,81-1,22) |
| Não | 53 (19,6) | 43(14,0) | 6 (5,1) | 102 (13,8) | 0,013 | | 50 (14,0) | 53 (13,8) | 103 (13,9) | 0,95 |
| Iniciou acompanhamento pré-natal antes de 20 semanas (n=335) | | | | | | n=257 | | | | |
| Sim | 88 (70,4) | 120 (79,5) | 49 (83,1) | 257 (76,7) | 1,18 (1,01-1,49) | | 115 (75,2) | 142 (77,6) | 257 (76,5) | 1,03 (0,82-1,40) |
| Não | 37(29,6) | 31(20,5) | 10 (16,9) | 78(23,3) | 0,009 | | 38 (24,8) | 41 (22,4) | 79 (23,5) | 0,60 |
| Realizou 4 ou mais consultas de pré-natal (n=368) | | | | | | n=369 | | | | |
| Sim | 57 (44,9) | 104 (63,0) | 61 (80,3) | 222 (60,3) | 1,79 (1,38-2,11) | | 90 (52,9) | 133 (66,8) | 223 (60,4) | 1,26 (1,09-1,69) |
| Não | 70 (55,1) | 61 (37,0) | 15 (19,7) | 146 (39,7) | <0,001 | | 80 (47,1) | 66 (33,2) | 146 (39,6) | 0,007 |
| Parto no serviço de saúde (n=745) | | | | | | n=748 | | | | |
| Sim | 171 (54,1) | 232 (74,8) | 116 (97,5) | 519 (69,7) | 1,80 (1,50-1,81) | | 235 (65,1) | 285 (73,6) | 520 (69,5) | 1,13 (1,05-1,42) |
| Não | 145 (45,9) | 78 (25,2) | 3 (2,5) | 226 (30,3) | <0,001 | | 126 (34,9) | 102 (26,4) | 228 (30,5) | 0,011 |
| Mãe com todos os filhos vivos (n=744) | | | | | | n=747 | | | | |
| Sim | 169(53,5) | 250 (80,6) | 111 (94,1) | 530 (71,2) | 1,76 (1,57-1,80) | | 253 (70,1) | 278 (72,0) | 531 (71,1) | 1,03 (0,81-1,12) |
| Não | 147(46,5) | 60(19,4) | 7(5,9) | 214(28,8) | <0,001 | | 108 (29,9) | 108 (28,0) | 216 (28,9) | 0,60 |
| Intervalo entre partos ≥3 anos (n=569) | | | | | | n=572 | | | | |
| Sim | 126 (43,8) | 96 (42,9) | 34 (59,6) | 256 (45,0) | 1,36 (1,31-1,43) | | 120 (43,6) | 137 (46,1) | 315 (56,4) | 1,06 (0,89-1,25) |
| Não | 162 (56,3) | 128 (57,1) | 23 (40,4) | 313 (55,0) | <0,06 | | 155 (56,4) | 160 (53,9) | 157 (44,9) | 0,55 |

| | | | | | | | | | | |
|--|------------|------------|-----------|------------|------------------|--------------|------------|------------|------------|------------------|
| Vacina BCG em dia (n=557) | | | | | | n=559 | | | | |
| Em dia | 220 (97,3) | 220 (94,8) | 95 (96,0) | 535 (96,1) | 0,99 (0,52-1,44) | | 254 (94,8) | 283 (97,3) | 537 (96,1) | 1,03 (0,96-1,85) |
| Atrasada | 6 (2,7) | 12 (5,2) | 4 (4,0) | 22 (3,9) | 0,38 | | 14 (5,2) | 8 (2,7) | 22 (3,9) | 0,13 |
| Vacina contra poliomielite 3ª dose em dia (n=260) | | | | | | n=261 | | | | |
| Em dia | 70 (75,3) | 78 (73,6) | 49 (80,3) | 197 (75,8) | 1,07 (0,75-1,24) | | 82 (73,9) | 116 (77,3) | 198 (75,9) | 1,05 (0,75-1,32) |
| Atrasada | 23 (24,7) | 28 (26,4) | 12 (19,7) | 63 (24,2) | 0,61 | | 29 (26,1) | 34 (22,7) | 63 (24,1) | 0,52 |
| Vacina Pentavalente 3ª dose em dia (n=268) | | | | | | n=269 | | | | |
| Em dia | 71 (71,7) | 79 (73,1) | 48 (78,7) | 198 (73,9) | 1,10 (0,80-1,25) | | 84 (73,7) | 115 (74,2) | 199 (74,0) | 1,01 (0,69-1,23) |
| Atrasada | 28 (28,3) | 29 (26,9) | 13 (21,3) | 70 (26,1) | 0,61 | | 30 (26,3) | 40 (25,8) | 70 (26,0) | 0,93 |
| Vacina contra sarampo em dia (n=208) | | | | | | n=209 | | | | |
| Em dia | 47 (61,0) | 54 (66,7) | 40 (80,0) | 141 (67,8) | 1,31 (0,90-1,34) | | 61 (71,8) | 80 (64,5) | 141 (67,5) | 0,90 (0,53-1,03) |
| Atrasada | 30 (39,0) | 27 (33,3) | 10 (20,0) | 67 (32,2) | 0,08 | | 24 (28,2) | 44 (35,5) | 68 (32,5) | 0,27 |

Tabela 5. Comparação dos achados deste estudo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), Inquérito Integrado Sobre o Bem-Estar da População (IBEP) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

| Variável | Este estudo | Outra fonte | Fonte de comparação |
|---|----------------|----------------------------|--|
| Realização de pelo menos uma consulta pré-natal | 98,5% | 80% | OMS, 2010 |
| Realização de pelo menos 4 consultas de pré-natal | 60,4% | 61% | IBEP, 2010 |
| Baixo peso ao nascer | 8,5% | 12% | OMS, 2010 |
| Partos nos serviços de saúde | 69,5% | 47% 67,6% | OMS, 2010 IBEP, 2010 |
| Crianças registradas | 27% | 29% | OMS, 2010 |
| Posse do cartão de saúde da criança | 81,1% | 40% | UNICEF, 2004 |
| Crianças que apresentaram diarreia nos últimos 15 dias | 35% | 25,1% | UNICEF, 2004 |
| Crianças que apresentaram febre nos últimos 15 dias | 33% | 25,4% | UNICEF, 2004 |
| Tratamento da água com hipoclorito (referido pela informante) | 71,7% | 52,5% | IBEP, 2010 |
| Prevalência de desnutrição aguda | 6% | 31% | OMS, 2010 |
| Prevalência de desnutrição crônica | 32% | 51% | OMS, 2010 |
| Prevalência de amamentação exclusiva dos 0 aos 6 meses | 19% | 11% | OMS, 2010 |
| Taxas de Vacinação Pentavalente 3 doses Sarampo | 74,0% 67,5% | 35% 80% 52,5% 80% | IBEP, 2010 OMS, 2010 IBEP, 2010 OMS, 2010 |

7. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os dados apresentados nesta dissertação, foi possível descrever muitos aspectos da situação de saúde das mães e crianças em alguns bairros do município de Cacucaco, na periferia de Luanda, capital de Angola. Com base em estudos que demonstram a efetividade de intervenções do ACS em contextos epidemiológicos semelhantes, pode-se sugerir que a introdução de um sistema de atenção primária com forte atuação do ACS traria benefícios significativos à saúde da população, especialmente de mães e crianças. Por suas atribuições, o ACS tem o potencial de contribuir para o processo de aproximação das famílias aos centros e postos de saúde, além de poder dedicar-se mais amplamente ao trabalho de educação em saúde, reforçando a autonomia das pessoas e sensibilizando-as para a apropriação dos seus direitos.

Os resultados deste estudo de prevalência realizado em alguns bairros do município de Cacucaco, apesar da frágil situação social da maioria das famílias, mostram uma situação favorável em comparação com outras estatísticas referentes a Angola, provenientes de outras fontes. No entanto, os dados deste estudo não permitem afirmar com base sólida os benefícios dos ACS em relação à população estudada. A revitalização do próprio programa dos ACS e estudos posteriores serão necessários para isso. Porém, em paralelo com a experiência brasileira, presume-se que esse processo de construção de um sistema de saúde com forte presença de atenção primária em Angola será feito ao longo de décadas e não em poucos anos. Ficamos felizes de estar participando nesse processo e de ter documentado, dentro das limitações impostas pela situação atual do PACS de Luanda e pela pouca disponibilidade de recursos disponíveis para investigação, dados que podem ser úteis no decorrer dessa construção. Esperamos que nosso trabalho possa servir para futuras análises e comparações, contribuindo para fortalecer a importância da avaliação das intervenções em saúde e para adequar o planejamento e a implementação destas. A identificação mais acurada das necessidades de saúde da população, aliada a um sistema de avaliação mais sólido, poderá tornar mais efetivos os programas e políticas de saúde.

Os dados coletados têm grande potencial para a introdução de políticas de saúde, assim como sinalizam aspectos sobre as necessidades de formação do

trabalhador que atua na atenção primária, especialmente o ACS, tema que merece ser aprofundado e devidamente valorizado. Por fim, a melhora da situação de saúde de uma população transcende a questão da assistência, sendo fundamental considerar o lugar que as pessoas assumem em relação à sua própria saúde. A autonomia das pessoas e o exercício da cidadania dependem de mudanças nas relações de poder estabelecidas dentro do sistema, e o ACS pode ter um papel importante nisso, no sentido de aproximar as pessoas da apropriação dos seus direitos.

8. ANEXOS

Título do Projeto: Desenvolvendo Serviços de Atenção Primária à Saúde em Angola: proposta para avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda.

Impacto do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda: Avaliação no Município de Cacuaco

Autores: Camila Giugliani, Bruce Bartholow Duncan, Erno Harzheim, Elsa Regina Justo Giugliani, Catarina Oatanha, Nkanga Guimarães, Antônio Carlile Holanda Lavor, Míria Campos Lavor, Idalice Maria Silva Barbosa, Patrícia Maria Barros Thomas, João Baptista Humbwavali

Local de Origem:

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - UFRGS
Rua Ramiro Barcelos, 2400/2º andar
Fone/Fax: (51) 3308 5620/ (51) 33085347 / (51) 3308 5621

Local de Realização:

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - UFRGS
Rua Ramiro Barcelos, 2400/2º andar
Porto Alegre, RS, Brasil
Fone/Fax: (51) 3308 5620/ (51) 33085347 / (51) 3308 5621

Apoio: CNPq/PROAFRICA

Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde

Introdução

Existem evidências mostrando que países que conseguiram fortalecer a sua rede de Atenção Primária à Saúde (APS) alcançaram melhores desfechos de saúde com uma relação custo-efetividade mais favorável, mesmo em contextos de grandes iniquidades¹. Em países onde é difícil o acesso aos serviços de saúde e onde a escassez de recursos humanos é uma adversidade importante, o uso de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é tido como uma estratégia importante para o desenvolvimento do sistema de saúde^{2,3}, representando uma valiosa contribuição para o alcance de melhores desfechos de saúde através de intervenções simples e conhecidas⁴. O sucesso de programas de ACS de larga escala depende de investimentos sólidos, de vontade política e de sua inserção em processos de mobilização comunitária. As experiências prévias mostram também que seleção apropriada dos ACS, educação continuada, envolvimento dos profissionais de saúde e supervisão adequada são aspectos necessários para o desenvolvimento de programas bem sucedidos^{2,5}.

No Brasil, o impacto positivo de experiências de APS vem sendo demonstrado através de estudos como o de Svitone et al.⁶, que mostrou que o trabalho dos ACS no nordeste brasileiro contribuiu para a diminuição da mortalidade infantil e para o aumento da cobertura vacinal nas crianças, e o de Macinko et al.⁷, que evidenciou uma queda importante na mortalidade infantil (de 49,7 a 28,9 por 1000) associada ao aumento da cobertura da Estratégia saúde da Família (ESF) entre 1990 e 2002. Outro estudo de Macinko et al.⁸ mostrou que o aumento da cobertura da ESF de 1999 a 2004 esteve independentemente associado a uma redução de 0,45% na mortalidade infantil e de 1% na mortalidade por diarreia. Ainda, Aquino et al.⁹ publicaram recentemente que a redução de mortalidade infantil pode chegar a 22% nos locais com maior cobertura da ESF, sendo o efeito maior onde a mortalidade infantil é mais elevada e o índice de desenvolvimento humano é menor.

Junto com a expansão da APS no Brasil, os programas de formação, em nível técnico, de graduação e pós-graduação, para qualificar a atuação dos profissionais em APS têm se multiplicado no país. Da mesma forma, grupos de pesquisa de diversas

instituições de ensino e centros de pesquisa têm direcionado de forma crescente o seu interesse para o estudo da APS.

Em Angola, o momento é crítico; está em foco a construção do sistema de saúde, com inúmeros desafios importantes, principalmente o de desenvolver uma rede forte de APS, com recursos para a implementação de políticas públicas abrangentes e para formação de profissionais em atenção primária. O estabelecimento de uma cooperação consistente com o Brasil, sob a perspectiva do desenvolvimento de um sistema universal de saúde com base na APS, neste momento tem o potencial de atuar na definição dos novos rumos do sistema de saúde em Angola.

O Ministério da Saúde de Angola (MINSa) iniciou recentemente, em nível nacional, uma nova política de saúde: o processo de Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Infantil¹⁰. Por meio deste processo, o MINSa espera fortalecer as capacidades locais em termos de gestão, melhorar o acesso e a qualidade do cuidado, promover equidade e reforçar a participação comunitária. De acordo com a Revitalização, os cuidados essenciais de saúde devem ser ofertados por equipes fixas, avançadas (5 a 10 km de distância da estrutura de saúde) e móveis (mais de 10 km de distância da estrutura de saúde) em áreas de saúde definidas segundo o número de habitantes, a presença de uma estrutura de saúde de referência e a distância até esta estrutura. A descentralização da saúde é o elemento-chave deste processo, que vem enfrentando dificuldades esperadas, como problemas relacionados à estrutura física dos serviços, número insuficiente e má distribuição de profissionais de saúde qualificados, falta de motivação dos profissionais e falta de integração dos serviços.

Dentro do processo de Revitalização, foi instituído, em fevereiro de 2007, através de uma experiência piloto em Luanda, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Com o objetivo de melhorar as competências familiares para a promoção da saúde e reforçar o elo entre as famílias e as unidades de saúde, ACS foram selecionados nas próprias comunidades em algumas regiões mais vulneráveis da Província de Luanda, estas caracterizadas por grandes aglomerações com saneamento básico precário e alta prevalência de doenças infecto-contagiosas. O Programa, instituído e financiado pelo Governo de Luanda, está sendo o grande

impulso do processo de Revitalização na Província. O processo de implantação do PACS em Luanda contou com o apoio de dois consultores brasileiros, através do UNICEF, que, por sua vez, tiveram um importante papel na inserção e consolidação do PACS no Brasil. Desta forma, a experiência do Brasil, tida como uma das mais bem-sucedidas do mundo², e que, assim como Angola, começou com foco em saúde materno-infantil¹¹, está sendo compartilhada, contribuindo no processo de seleção, formação e trabalho dos ACS, assim como na gestão, na coordenação e na avaliação do Programa.

O PACS de Luanda está em andamento em seis municípios da periferia: Cacucaco, Sambizanga, Cazenga, Samba, Kilamba Kiaxi e Viana. O processo começou com a formação de formadores no Município de Cacucaco para depois expandir-se para os demais Municípios. Cacucaco, portanto, foi o primeiro Município a experimentar o Programa, estando hoje com quase três anos de funcionamento. Dos 2.848 ACS formados na província de Luanda, 1.088 atuam em Cacucaco. Quanto aos pré-requisitos para ser ACS, estes devem ter pelo menos 18 anos, ter concluído o ensino fundamental e morar na micro-área sob a sua responsabilidade. Eles são responsáveis pelo acompanhamento de 100 famílias residentes em uma micro-área, recebem um incentivo mensal de 50 dólares americanos para trabalharem, em média, oito horas semanais. O processo de trabalho dos ACS (horas de trabalho por semana, organização das visitas domiciliares, etc.) varia de acordo com a área de atuação, segundo características específicas das comunidades e de componentes motivacionais relacionados a diferentes tipos de estímulo.

O trabalho do ACS em Luanda está inicialmente concentrado nas ações de saúde materno-infantil, como exemplificam as tarefas a seguir:

- Conhecer, cadastrar e acompanhar todas as famílias de sua micro-área.
- Conhecer bem a unidade de saúde de referência para as famílias que acompanha.
- Distribuir mensalmente o hipoclorito a todas as famílias, orientando-as para os cuidados de higiene.
- Identificar todas as grávidas, estimulando-as a seguir o Caderno de Consultas Pré-natais e utilizar o mosquiteiro.
- Estimular todas as grávidas a terem o parto assistido no Centro de Saúde.

- Estimular todas as puérperas para irem à consulta pós-parto
- Identificar os óbitos maternos.
- Identificar todas as crianças nascidas, acompanhando-as e orientando as suas mães para os cuidados de saúde, especialmente para o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses.
- Acompanhar todas as crianças menores de cinco anos, estimulando as mães a seguirem as orientações do Cartão de Saúde Infantil.
- Identificar os óbitos de menores de cinco anos.

Os cartões de saúde infantil e da gestante não são distribuídos pelos ACS e sim pelos profissionais nas unidades de saúde. O ACS é responsável também pelo registro dos dados referentes ao acompanhamento das suas famílias; porém, o sistema de informações ainda está em fase incipiente do seu desenvolvimento, impossibilitando uma avaliação consistente a partir dos registros existentes.

Frente às condições atuais (crescimento econômico acelerado e início do processo de democratização), Angola necessita de suporte técnico no seu processo de reconstrução e desenvolvimento, especialmente na avaliação das ações e programas que vêm sendo implementados. Em termos de saúde, é preciso fortalecer a rede de APS, tornando acessíveis de forma equitativa, num primeiro momento, cuidados básicos de saúde de qualidade para a população, como consulta pré-natal, assistência ao parto, vacinação e prevenção e tratamento das principais doenças transmissíveis. O PACS está sendo uma iniciativa importante nesse sentido. Entre os principais desafios que precisam ser enfrentados na perspectiva de fortalecer o PACS em Angola estão: a institucionalização da formação dos ACS, o fortalecimento do vínculo formal de trabalho do ACS, o aumento da sua carga horária de trabalho, a qualificação do cuidado prestado pelos técnicos nas unidades de saúde e a melhoria do sistema de monitoramento e avaliação. Por fim, para consolidar e tornar esta estratégia cada vez mais efetiva, tornando possível a sua expansão para todo o território nacional, é preciso avaliar e demonstrar o seu impacto na saúde da população.

Assim, o PACS de Luanda, espelhado na reconhecida experiência brasileira, e atualmente enfrentando desafios para a sua expansão, coloca em evidência a

importância de fortalecer o trabalho conjunto entre os dois países para lograr que o foco de orientação do sistema em desenvolvimento em Angola seja a APS em sua abordagem integral, como vem sendo construído no Brasil. Assim, é fundamental que o PACS de Luanda seja avaliado para que os gestores tenham dados que permitam planejar a continuidade desta estratégia de APS.

Objetivos

Geral

Avaliar o impacto do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) sobre a saúde materno-infantil no Município de Cacuaco, Província de Luanda, Angola.

Específico

Comparar indicadores de cuidado pré e perinatal e de saúde infantil em áreas que contam com a atuação de ACS e em áreas-controle.

Métodos

Local do Estudo

O estudo será realizado no Município de Cacuaco, um dos nove municípios de Luanda, capital de Angola. Cacuaco possui uma população estimada de aproximadamente 700 mil habitantes, distribuídos em uma área de 572 km² (densidade populacional de 1.218 habitantes por km²). Divide-se administrativamente em três comunas: Cacuaco Sede (137 mil habitantes), Kikolo (480 mil habitantes) e Funda (81 mil habitantes), sendo esta última a parte rural do município.

O PACS iniciou no primeiro semestre de 2007 na Comuna de Kikolo. Em 2009, a Comuna da Funda também passou a contar com os ACS. Assim, atualmente, apenas a Comuna de Cacuaco Sede ainda não possui ACS, tornando possível a

comparação entre áreas cobertas e não-cobertas dentro de um mesmo Município. A comuna da Funda não será estudada, pois é uma área rural, portanto, diferente das outras duas áreas, que são mais semelhantes entre si.

Delineamento

Este será um estudo quase-experimental, transversal, comparando bairros da Comuna de Kikolo (área coberta) com bairros da Comuna de Cacuaco Sede (área controle) no município de Cacuaco.

Procedimentos Amostrais

1. Serão listados todos os ACS atuantes na comuna de Kikolo, no Município do Cacuaco, há pelo menos 2 anos (desde abril de 2008 ou antes).
2. Estes ACS serão numerados consecutivamente e serão sorteados 30 de acordo com uma tabela de números aleatórios. Cada micro-área de trabalho de um ACS (correspondente a 100 famílias em média) constituirá um conglomerado. Os moradores sorteados em cada micro-área constituirão o grupo-intervenção.
3. Para cada um dos 30 conglomerados com ACS, será selecionado um conglomerado-controle em área próxima, na comuna de Cacuaco Sede, no mesmo município, sem ACS, com condições socioeconômicas similares. Os moradores sorteados em cada micro-área constituirão o grupo-controle. Se possível, estas áreas, se ainda não tiverem sido mapeadas, o serão da mesma forma que as áreas-intervenção.
4. Será sorteado o domicílio ponto-de-partida em cada conglomerado e, a partir deste, serão visitados todos os domicílios.
5. Serão incluídas todas as crianças menores de dois anos (de zero a um ano e 11 meses). Se houver mais de uma criança menor de dois anos no mesmo domicílio, será incluída aquela com a maior idade (com maior tempo de exposição à intervenção). Considerando que o número estimado de crianças de 0 a 2 anos em Cacuaco é de 30 em cada micro-área, serão incluídas 12 por

conglomerado. Em caso de gêmeos, será incluída a criança que nasceu antes. O mesmo procedimento de inclusão será feito para as áreas-intervenção e controle.

6. Serão excluídas crianças com doença crônica ou malformação que comprometa significativamente o seu crescimento e desenvolvimento (como crianças com malformações graves ou paralisia cerebral), assim como casos de impossibilidade de entrevista com a mãe da criança. Todas as exclusões serão computadas no estudo.
7. Serão consideradas perdas: recusa em participar do estudo e ausência no domicílio após três tentativas feitas pelo entrevistador em horários diferentes. Todas as perdas serão computadas no estudo, sendo que perdas por recusa ou visitas sem contato serão discriminadas.
8. Com 12 crianças em cada conglomerado e 30 conglomerados por grupo, pode-se esperar 360 crianças em cada grupo, totalizando 720 crianças. Com esta amostra, seria possível detectar uma diferença na prevalência de imunização completa no primeiro ano de vida entre 70% no grupo-controle e 82% no grupo-intervenção, com nível de significância de 5% e poder estatístico de 80%. Também seria possível detectar uma diferença na prevalência de desnutrição entre 31% no grupo-controle e 12% no grupo-intervenção. Os cálculos de amostra, separados para cada desfecho, estão na Tabela 1.

Tabela 1: Cálculo da amostra (com relação exposto / não-exposto = 1):

| Desfecho | Erro-I | Poder | P esperada grupo-controle* | P esperada grupo-intervenção** | Total | Correção efeito conglomerado | | |
|--|--------|-------|----------------------------|--------------------------------|-------|------------------------------|-------------------|--------------------|
| | | | | | | Opção 1: + 30% | Opção 2: + 50% | Opção 3: + 100% |
| Vacinação completa com 1 ano de idade | 5% | 80% | 70% | 82% | 428 | 556 | 642 | 856 |
| Monitorização do peso da criança no cartão (nos últimos 3 meses) § | 5% | 80% | 15% | 50% | 64 | 83 | 96 | 128 |
| Ocorrência de baixo peso (peso/altura) no momento da entrevista | 5% | 80% | 31%*** | 12% | 164 | 213 | 246 | 328 |
| Ocorrência de diarreia (nos últimos 15 dias) | 5% | 80% | 25% | 15% ‡ | 540 | 702 | 810 | 1080 |
| Ocorrência de febre (nos últimos 15 dias) | 5% | 80% | 25% | 15%§ | 540 | 702 | 810 | 1080 |
| Ocorrência de Infecção Respiratória Aguda (nos últimos 15 dias) | 5% | 80% | 6% | 4%§ | 3924 | 5101 | 5886 | 7848 |
| Crianças < 5 anos dormindo com mosquiteiro tratado | 5% | 80% | 23% | 40%§ | 254 | 330 | 381 | 660 |
| Pré-natal mínimo 1 consulta | 5% | 80% | 80% | 90% | 438 | 569 | 657 | 876 |
| Pré-natal adequado (mínimo 4 consultas) | 5% | 80% | 50% | 66% | 320 | 416 | 480 | 640 |
| Amamentação exclusiva até os 6 meses | 5% | 80% | 11% | 24% | 296 | 385 | 444 | 592 |
| Proporção de parto realizado na US | 5% | 80% | 50% | 64% | 418 | 543 | 627 | 836 |
| Consultas pós-parto | 5% | 80% | 25%§ | 40% | 330 | 429 | 495 | 660 |
| Crianças registradas ao nascimento | 5% | 80% | 29% | 50%§ | 186 | 56 | 279 | 372 |
| Procura ao serviço de urgências nos últimos 15 dias § | 5% | 80% | 35% | 20% | 151 | 196 | 227 | 302 |
| Internação hospitalar nos últimos 12 meses (criança < 5 anos) § | 5% | 80% | 20% | 10% | 438 | 569 | 657 | 876 |
| Cuidador teve que ficar em casa cuidando da criança doente (nos últimos 15 dias) § | 5% | 80% | 30% | 20% | 313 | 407 | 470 | 626 |
| Mortalidade (criança < 5 anos) § | 5% | 80% | 10% | 5% | 948 | 1233 | 1422 | 1896 |

§ Nenhum valor de referência foi encontrado. Os valores foram estimados.

*Baseado em estimativas do Relatório do UNICEF: The State of The World's Children 2009 e estudo MICS 2 – UNICEF (2004)

** Diferença baseada nos estudos de Minayo e Cavalcante (para crianças <3 anos) de Avaliação do PACS no Ceará

***Equivalente a menor ou igual a 2 DP conforme curva NCHS para índice peso/altura

‡ Tamanho do efeito baseada em estudo de Cavalcante

Considerações sobre o tamanho da amostra

No caso de um estudo com conglomerados, deve-se multiplicar o tamanho de amostra estimado para uma amostra aleatória simples por um fator de correção, a fim de minimizar a perda de precisão acarretada por esse tipo de delineamento. Na Tabela 1, são apresentados os diferentes fatores de correção. Considerando-se o fator de correção e a factibilidade do estudo, parece razoável optar pela opção 2¹².

Outro cuidado que se deve tomar num estudo com conglomerados é, na medida do possível, ter um maior número de conglomerados para assim aumentar a heterogeneidade da amostra. A Organização Mundial de Saúde tem como referência um padrão de 30 conglomerados com 7 unidades em cada (30 x 7)¹³.

Com isso, optamos por um tamanho de amostra de 700, adequado para detectar as diferenças esperadas na maioria dos desfechos, marcados em cor verde na Tabela 1.

Coleta de dados

Os dados serão coletados ao longo de um período de seis semanas (média de 36 crianças incluídas ao dia) por uma equipe de 12 entrevistadores angolanos treinados, que aplicarão um questionário estruturado (ANEXO 1) e verificarão os cartões de saúde da gestante e da criança. Os entrevistadores serão supervisionados por quatro coordenadores de campo (três brasileiras e um angolano).

O peso e o comprimento das crianças serão aferidos pelos coordenadores de campo, que farão um treinamento para padronização de aferições ao longo de dois dias antes da partida para Angola.

Os domicílios serão primeiramente visitados pelos coordenadores de campo, que verificarão os critérios de inclusão e exclusão.

A seleção e o treinamento dos entrevistadores angolanos serão feitos ao longo de uma semana logo após a chegada a Angola, seguido do estudo piloto e de subsequentes alterações no questionário.

Os coordenadores e entrevistadores terão como guia o Manual do Entrevistador para as instruções sobre seleção dos domicílios, condução das entrevistas e aferição de medidas antropométricas.

Todos os questionários serão revisados e codificados pelos coordenadores de campo no mesmo dia da realização da entrevista.

Análise estatística

Os questionários codificados serão escaneados e armazenados usando o pacote Teleform®.

A análise será feita usando o programa SPSS versão 16®. Além da análise descritiva de frequências, será feita a análise inferencial univariável, com teste do qui-quadrado, e multivariável (regressão de Poisson e linear, de acordo com as características de cada variável), considerando o plano complexo da amostragem por conglomerados, a fim de verificar a associação dos desfechos com a intervenção estudada (atuação dos ACS).

Logística e material

A equipe de trabalho será composta por doze entrevistadores angolanos, quatro coordenadores de campo, sendo três brasileiras e um angolano e quatro facilitadores angolanos, que terão a função principal de orientar quanto ao acesso aos domicílios. Além disso, a equipe contará com o apoio de dois assessores, que serão pessoas de referência na coordenação local do PACS no Município de Cacucaco.

Considerando-se a realização de 36 entrevistas por dia, serão necessários aproximadamente 20 dias úteis para completar a coleta de 720 entrevistas. Estima-se que cada entrevista terá uma duração de 60 minutos.

Os entrevistadores e os facilitadores estarão identificados com crachás e coletes.

Para a aferição das medidas antropométricas serão usadas balanças digitais da marca Tanita® e estadiômetros de madeira confeccionados sob medida.

A equipe terá à sua disposição: um scanner, duas impressoras e dois pares de comunicadores walkie-talkie que serão viabilizados por verba do próprio projeto.

Considerações éticas

A presente proposta faz parte das atividades do projeto intitulado *Desenvolvendo Serviços de Atenção Primária à Saúde em Angola: proposta para avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda*, aprovado pelo Comitê de Ética da UFRGS (nº 2008045, na reunião nº 48, ata nº128 de 30/04/2009, ANEXO 2) e foi aprovada como emenda para o mesmo (ANEXO 3). O referido projeto também foi aprovado pela Direcção Provincial de Saúde de Luanda, Angola, em junho de 2009 (ANEXO 4).

As entrevistas se darão mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido por cada um dos entrevistados (ANEXO 5), que serão devidamente informados do propósito desta pesquisa, e dos riscos e benefícios eventualmente envolvidos. Para todas as entrevistadas, será mantido sigilo de identidade ao longo do processamento e da análise dos dados.

Não identificamos riscos particulares envolvidos no processo desta pesquisa. Além disso, será salientado que o processo de avaliação que será trabalhado nesta pesquisa poderá contribuir para o Programa com achados relevantes para o seu fortalecimento e consolidação.

Cronograma

| Etapa | Período |
|---|-------------------------|
| Preparação do trabalho de campo (aperfeiçoamento do questionário, elaboração do Manual do Entrevistador, articulações com equipe em Angola) | Fevereiro a Julho 2010 |
| Encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa | Fevereiro/Março 2010 |
| Realização do trabalho de campo em Angola | Agosto/Setembro 2010 |
| Análise dos Dados | Outubro a Dezembro 2010 |
| Divulgação dos resultados | Janeiro a Março 2011 |

Orçamento

| Item | Valor unitário | Quantidade | Total | Em reais |
|---|----------------|------------|--------------|----------------|
| Viagem para Angola (ida e volta) com seguro-saúde | 2500 | 4 | 10000 | 17800 |
| Hospedagem | 50 | 180 | 9000 | 16020 |
| Transporte | 80 | 60 | 4800 | 8544 |
| Alimentação | 20 | 240 | 4800 | 8544 |
| Comunicação (telefone e internet) | | | 1000 | 1780 |
| Lanches encontro facilitadores | 5 | 8 | 40 | 71,2 |
| Lanches e almoço treinamento | 10 | 210 | 2100 | 3738 |
| Lanche para campo | 5 | 660 | 3300 | 5874 |
| Gratificação Facilitadores | 3 | 120 | 360 | 640,8 |
| Gratificação Entrevistadores | 3 | 720 | 2160 | 3844,8 |
| Gratificação assessores | 100 | 4 | 400 | 712 |
| Scanner | 2500 | 1 | 2500 | 4450 |
| Impressora Laser | 500 | 1 | 500 | 890 |
| Toner | 50 | 10 | 500 | 890 |
| Impressora pequena para imprimir fotos | 1 | 200 | 200 | 356 |
| Cartuchos preto e colorido | 30 | 15 | 450 | 801 |
| Estadiômetro | 215 | 4 | 860 | 1530,8 |
| Balança | 640 | 4 | 2560 | 4556,8 |
| Walkie-Talkies | 215 | 2 | 430 | 765,4 |
| Material de consumo (crachás, coletes) | | | 300 | 534 |
| Impressos e cópias | | | 500 | 890 |
| Total | | | 46760 | 83232,8 |

Fontes de financiamento

CNPq – ProAfrica

Taxas de bancada dos pesquisadores envolvidos – CNPq

Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde (IATS)

Referências bibliográficas

1. Starfield B. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
2. Lehmann U, Sanders D. Community health workers: *What do we know about them?* The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Geneva: Evidence and Information for Policy, Department of Human Resources for Health, World Health Organization; 2008 Jan.
3. Haines A, Sanders D, Lehmann U, Rowe AK, Lawn JE, Jan S, et al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *Lancet* 2007 Jun 23;369(9579):2121-31.
4. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003 Jul 5;362(9377):65-71.
5. Tandler J. Medicina Preventiva: O Caso da Meritocracia sem Qualificação. Bom Governo nos Trópicos - Uma Visão Crítica. Rio de Janeiro/Brasília: Revan/ENAP; 1998. p. 38-70.
6. Svitone EC, Garfield R, Vasconcelos MI, Craveiro VA. Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the *Agentes de Saúde* Program. *Pan Am J Public Health* 2000;7(5):293-301.
7. Macinko J, Guanais FC, de FM, de SM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006 Jan;60(1):13-9.
8. Macinko J, Marinho de Souza MF, Guanais FC, da Silva Simoes CC. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health

program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. Soc Sci Med 2007 Nov;65(10):2070-80.

9. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. Am J Public Health 2009 Jan;99(1):87-93.
10. Angola, Ministério da Saúde. Direcção Nacional de Saúde Pública. *Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Infantil*. Luanda, Janeiro de 2008.
11. Lavor ACH, Lavor MC, Lavor IC. Agente Comunitário de Saúde: um novo profissional para novas necessidades de saúde. Revista Sanare 2004;V(1).
12. Abramson, JH. *Winpepi Programs: Describe Manual, version 1.90*. Revised June 5, 2008.
13. Barata RB, de Moraes JC, Antonio PR, Dominguez M. [Immunization coverage survey: empirical assessment of the cluster sampling method proposed by the World Health Organization]. Rev Panam Salud Publica 2005 Mar;17(3):184-90.



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
CARTA DE APROVAÇÃO

pro - pesq

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

Número : 2008045

Título : Desenvolvendo Serviços de Atenção Primária à Saúde em Angola: proposta para avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda.

Pesquisador (es) :

| <u>NOME</u> | <u>PARTICIPACÃO</u> | <u>EMAIL</u> | <u>FONE</u> |
|------------------------|---------------------|-------------------------|-------------|
| BRUCE BARTHOLOW DUNCAN | PESQ RESPONSÁVEL | bbduncan@orion.ufrgs.br | 33085591 |
| CAMILA GIUGLIANI | PESQUISADOR | giugli@hotmail.com | |
| ERNO HARZHEIM | PESQUISADOR | ernoharz@terra.com.br | 33085591 |

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 48 , ata nº 128 , de 30/4/2009 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, sexta-feira, 8 de maio de 2009


ILMA SIMONI BRUM DA SILVA
Coordenador do CEP-UFRGS

Projeto Nº: 18082

Título: IMPACTO DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE DE LUANDA NO MUNICIPIO DE CACUACO (ADENDO AO PROJETO Nº: 14879 "DESENVOLVENDO SERVICOS DE ATENCAO PRIMARIA A SAUDE EM ANGOLA: PROPOSTA PARA AVALIAC

COMISSAO DE PESQUISA DE MEDICINA: Parecer

Trata-se de continuação de projeto de desenvolvimento com Serviços de Atenção Primária à Saúde em Angola: proposta para avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda (Projeto Nº: 14879, aprovado pelo CEP da UFRGS em 30/04/2009; no processo 2008045), que se encontra em andamento, a equipe de pesquisadores identificou a necessidade de propor uma forma de avaliação mais direta do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de Luanda, com a finalidade de contribuir para o fortalecimento e consolidação do mesmo. Essa necessidade foi levantada após duas missões (uma em Angola e uma no Brasil), onde as equipes brasileira e angolana tiveram a oportunidade de trabalhar conjuntamente no sentido de avaliar as estratégias para alcançar os objetivos traçados. O que se constatou foi que os dados secundários e os dados qualitativos não seriam suficientes para responder aos objetivos propostos, principalmente devido às limitações de qualidade dos dados secundários. Através do novo subprojeto apresentado, a equipe se propõe a avaliar o impacto do PACS sobre a saúde materno-infantil no Município de Cacuo, o primeiro Município a implantar o PACS na Província de Luanda, a partir de dados primários. Trata-se da proposta de um inquérito domiciliar para comparar indicadores de cuidado pré e perinatal e de saúde infantil em áreas que contam com a atuação de agentes comunitários de saúde e em áreas sem estes agentes (áreas-controle). Com essa avaliação, espera-se ter resultados concretos em relação ao trabalho do agente comunitário de saúde, que possam servir como subsídio para o PACS se fortalecer como política pública de saúde em Angola. O projeto é muito interessante e contribuirá para o desenvolvimento destas tecnologias em Luanda e no Brasil. Tem relevância, possui metodologia e cronograma adequados e não necessita de recursos suplementares. Somos pela sua aprovação, dispensando o parecer do CEP, pois o mesmo já está aprovado. Serve como comunicação dos autores a Universidade.



FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA
Mestrado e Doutorado
Ramiro Barcelos, 2400-2º andar – CEP 90035-003-Porto Alegre-RS
Fone: 3308.5620 – Fax: 3308.5621



Ao Sr. Director Provincial de Saúde de Luanda, Dr. Vita Vemba

O Governo Brasileiro, através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – edital PROAFRICA e do Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde está financiando o seguinte projecto de cooperação com Angola:

- **Desenvolvendo Serviços de Atenção Primária à Saúde em Angola: proposta para avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda** – edital 012/2008 - Processo 490557/2008-2, coordenado pelo Prof. Bruce B. Duncan (Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

O referido projecto tem como objectivo contribuir para o fortalecimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda, principalmente através do trabalho com dados de monitoramento e avaliação. No intuito de dar continuidade à coleta de dados, iniciada em 2009 com a análise dos relatórios de avaliação do Programa e a realização de entrevistas com os coordenadores e grupos focais com os agentes comunitários de saúde, prosseguiremos, durante os meses de Agosto e Setembro de 2010, com a condução de um inquérito domiciliar no Município de Cacuaco. Este consistirá da aplicação de questionários às mães de crianças menores de dois anos e da aferição do peso e do comprimento das crianças seleccionadas. Pretende-se, com isso, ter dados oriundos da comparação de áreas com e sem agentes comunitários de saúde, para documentar de forma sistematizada os resultados do Programa, de forma a contribuir para reforçar este Programa e outras políticas no domínio da Atenção Primária à Saúde na Província de Luanda.

Tendo a Direcção Provincial de Saúde de Luanda conhecimento deste projecto (disponível integralmente em anexo), que contam com a participação de dois representantes do Programa em Angola (Dra. Catarina Oatanha – Direcção Provincial de Saúde de Luanda e Dr. Nkanga Guimarães - UNICEF), vimos através desta solicitar a vossa concordância para a sua realização. Comprometemo-nos a compartilhar os dados em todas as etapas do projecto e a divulgá-los somente com a vossa prévia autorização.

Atenciosamente,

Luanda, aos 07 de Setembro de 2010

Dra. Camila Giugliani
(pesquisadora de projecto, representante do Coordenador Prof Bruce Duncan)

Concorda com a
realização desses
projectos.
r. v. v. v.
18.06.09

Ao Sr. Director Provincial de Saúde de Luanda, Dr. Vita Vemba

O Governo Brasileiro, através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – edital PROAFRICA, está financiando os seguintes projectos de cooperação com Angola:

- **Desenvolvendo Serviços de Atenção Primária à Saúde em Angola: proposta para avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda** – edital 012/2008 - Processo 490557/2008-2, coordenado pelo Prof. Bruce B. Duncan (Universidade Federal do Rio Grande do Sul)
- **Agente Comunitário de Saúde Angolano: análise das concepções e práticas em saúde e a formação profissional (visitas exploratórias)** – edital 013/2008, coordenado pela Profª Márcia Maria Tavares Machado (Universidade Federal do Ceará)

Os referidos projectos têm como objectivo contribuir para o fortalecimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda principalmente através do trabalho com dados de monitoramento e avaliação. Os dados serão coletados de junho de 2009 a janeiro de 2011. A coleta de dados consistirá da análise dos relatórios de avaliação do Programa, assim como de entrevistas com os coordenadores e grupos focais com os agentes comunitários de saúde. Além disso, serão realizadas visitas aos Municípios para conhecer melhor o trabalho que vem sendo realizado pelos agentes comunitários de saúde. Pretende-se, com isso, ter um material sistematizado e documentado que possa servir de contribuição para reforçar este Programa e outras políticas no domínio da Atenção Primária à Saúde na Província de Luanda.

Tendo a Direcção Provincial de Saúde de Luanda conhecimento destes projectos (disponíveis em versão integral em anexo), que contaram com a participação de dois representantes do Programa em Angola (Dra. Catarina Oatmanha – Direcção Provincial de Saúde de Luanda e Dr. Nkanga Guimarães - UNICEF), vimos através desta solicitar a vossa concordância para a sua realização. Comprometemo-nos a compartilhar os dados em todas as etapas dos projectos e a divulgá-los somente com a vossa prévia autorização.

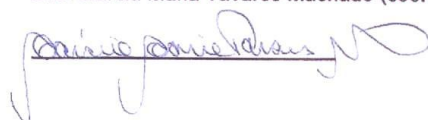
Atenciosamente,

Luanda, aos 17 de Junho de 2009

Dra. Camila Giugliani (pesquisadora de projecto, representante do coordenador)



Dra. Márcia Maria Tavares Machado (coordenadora de projecto)



| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

Avaliação do Impacto do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda no Município de Cacuaço.

QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL

INFORMAÇÃO ADMINISTRATIVA COORDENADOR

Código do Coordenador

Código da Micro área No primeiro dígito, anote: 0 para área "sem ACS"
1 para área "com ACS"

Nome da Micro área

Endereço

Telefone

INTRODUÇÃO

Ao chegar na casa da mãe, apresente-se e diga o motivo da visita:
Faço parte de uma equipa de pesquisa que está verificando como está a situação da saúde neste município e gostaria de conversar consigo.

Em seguida pergunte: A Senhora já recebeu aqui alguma visita informando sobre esta conversa?

Explique novamente o motivo da entrevista: O objetivo desta entrevista é falar diretamente com as mães de crianças pequenas nessa comunidade sobre a sua situação de saúde. Essas conversas nos ajudarão a saber o que está sendo bom e o que precisa ser melhorado na assistência à saúde da população, principalmente de crianças e grávidas.

A seguir, inicie a aplicação do questionário:

Código do Entrevistador Data da entrevista / /

DADOS DA MÃE

1. Qual seu nome completo?

2. Qual a sua idade?

3. Você é natural de onde ?

Deste Município mesmo

De outro Município da Província de Luanda Qual:

De outra Província Qual:

De outro País Qual:

4. Há quanto tempo mora neste bairro? Há mais de 2 anos
Há menos de 2 anos

5.Qual a sua profissão?

6.Qual sua ocupação actualmente ?

- Dona de casa
Trabalha na função pública
Trabalha no setor privado
Autônoma (vendas, serviços gerais)
Estudante
Outra ocupação Qual:

7.Você sabe ler e escrever?

- Sim
Não
Só o nome

8.Você estudou?

- Sim Até que classe (concluiu)?
Não

9.Você é:

- Solteira Casada/vive maritalmente Separada/divorciada Viúva

DADOS GERAIS SOBRE OS MORADORES DA CASA

10.Quantas pessoas moram na sua casa contando consigo?

- Marido ou esposo : Não Sim
Filhos: Não Sim Quantos:
Avós: Não Sim Quantos:
Outros parentes: Não Sim Quantos:
Outros (não parentes): Não Sim Quantos outros:

Se não tiver marido/esposo pule para a pergunta 14

11.Seu marido/esposo estudou?

- Sim Até que classe (concluiu)?
Não
Não sabe

12.Qual a profissão do seu marido/esposo?

13.Qual a ocupação do seu marido/esposo atualmente ?

- Trabalha na função pública
Trabalha no setor privado
Autônomo (vendas, serviços gerais)
Estudante
Desempregado
Reformado
Outra ocupação Qual:

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

14. Qual a renda mensal de cada pessoa que contribui na sua casa?

| | | | |
|------------------------|----------------------|------------------------|----------------------|
| Pessoa 1 - Kwanzas/mês | <input type="text"/> | Pessoa 5 - Kwanzas/mês | <input type="text"/> |
| Pessoa 2 - Kwanzas/mês | <input type="text"/> | Pessoa 6 - Kwanzas/mês | <input type="text"/> |
| Pessoa 3 - Kwanzas/mês | <input type="text"/> | Pessoa 7 - Kwanzas/mês | <input type="text"/> |
| Pessoa 4 - Kwanzas/mês | <input type="text"/> | Pessoa 8 - Kwanzas/mês | <input type="text"/> |

COORDENADOR: calcular a renda mensal total da casa:

DADOS SOBRE A MÃE E OS FILHOS

15. Quantos filhos você tem ou teve? (considere todos os filhos, incluindo nados mortos e falecidos)

16. Aponte o nome de todos os filhos, do mais velho pro mais novo, incluindo a criança selecionada, e complete as informações (em caso de gêmeos, aponte primeiro aquele que nasceu antes):

| Ordem | Primeiro Nome | Idade em meses | Idade em anos | Data de Nascimento | Condição | Mora consigo |
|----------|----------------------|----------------------|----------------------|--|---|--|
| Filho 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> |
| Filho 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> |
| Filho 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> |
| Filho 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> |
| Filho 5 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> |
| Filho 6 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> |
| Filho 7 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> |
| Filho 8 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> |
| Filho 9 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> |
| Filho 10 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> |
| Filho 11 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> |
| Filho 12 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Nado morto <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> |

17. Você já teve algum aborto ou perdeu o bebê antes de completar 5 meses de gravidez?

Não Não sei Não lembro Sim Quantos:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

41. Você fez consulta na Unidade de Saúde ou Maternidade na primeira semana após o parto?
 Sim Não Não lembro
42. Quanto tempo após o parto você fez a consulta? dias
 Não lembro Não se aplica
43. Você adoeceu nos primeiros 10 dias logo após o parto? Sim Não Não lembro
- Se SIM, que problema você teve? **(Leia as alternativas e, se necessário, marque mais de uma)**
 Hemorragia Tensão alta Convulsão Paludismo Febre alta/Infecção Pneumonia/tuberculose
- Outro
44. Você ficou internada por causa de alguma complicação no parto ou logo após o parto?
 Sim Não Não lembro Se SIM, por quantos dias
45. Você pagou por alguma consulta de pré-natal, consulta pós parto ou para fazer análise e tomar medicamentos que fazem parte do pré-natal/pós parto?
 Sim Não Não lembro
46. Você pagou para ter o parto?
 Sim Não Não lembro

DADOS SOBRE O REGISTO DA CRIANÇA SELECIONADA

47. (Nome da criança) já foi registrado(a) ou tem cédula de registro? Sim Não Não lembro
Se NÃO, pule para a pergunta 51
48. Com que idade foi registrado?
 Na primeira semana após o parto
 No primeiro mês de vida
 Antes de completar um ano
 Após o primeiro ano
49. Onde foi registrado?
 Na unidade de saúde ou maternidade, antes da alta
 Na unidade de saúde ou maternidade, após a alta
 Na unidade de saúde ou maternidade, após parto em casa
 Na administração municipal
 Outro Qual:
50. Você teve a ajuda de alguém para registrar a criança?
 Sim Não Se Sim, quem ajudou:
51. Se não foi registrado, qual o motivo?
 Tem que pagar Distância Não sabia que tinha que registrar Não sabia onde registrar
 A espera é longa Outro motivo

DADOS SOBRE A SAÚDE DA CRIANÇA SELECIONADA

Perguntar diretamente para a mãe (não olhar o cartão da criança neste momento)

52. Quem cuida de (nome da criança) na maior parte do tempo?
 Mãe
 Avó da criança
 Irmão da criança
 Outro familiar
- Outra pessoa
- Vai a creche

53. Você sabe qual foi o peso à nascença de (nome da criança)? gramas

54. (Nome da criança) ficou internada logo após o nascimento? Sim Não Não sei Se SIM, qual foi o motivo?

Se SIM, por quantos dias?

55. (Nome da criança) já apanhou a vacina da BCG (marca no braço)?

Sim Não Não sei

Se SIM, onde apanhou?

Na Unidade Sanitária

Campanha

Outro

56. (Nome da criança) já apanhou a vacina da Pólio (gotinhas pela boca)?

Sim Não Não sei Se SIM, quantas vezes? 4 ou mais 3 2 1 Não sei

Se SIM, onde apanhou? (Se mais de 1 dose, considerar local onde foi realizada a última dose)

Na Unidade Sanitária

Campanha

Outro

Qual:

57. (Nome da criança) já apanhou a vacina da Pentavalente/DTP (na coxa)?

Sim Não Não sei

Se SIM, quantas vezes? 3 ou mais 2 1 Não sei

Se SIM, onde apanhou? (Se mais de 1 dose, considerar local onde foi realizada a última dose)

Na Unidade Sanitária

Campanha

Outro

Qual:

58. (Nome da criança) já apanhou a vacina do Sarampo (nas costas)?

Sim Não Não sei

Se SIM, onde apanhou?

Na Unidade Sanitária

Campanha

Outro

Qual:

59. (Nome da criança) já apanhou a vacina da Febre Amarela (no braço)?

Sim Não Não sei

Se SIM, onde apanhou?

Na Unidade Sanitária

Campanha

Outro

Qual:

60. (Nome da criança) recebeu Vitamina A (gotinhas avermelhadas pela boca)?

Sim Não Não sei Se SIM, quantas vezes? 2 ou mais 1 Não sei

Se SIM, onde recebeu? (Se mais de 1 dose, considerar local onde foi realizada a última dose)

Na Unidade Sanitária

Campanha

Outro

Qual:

73. Que idade (nome da criança) tinha quando deixou de mamar?

- Não sei Ainda mama
 Nunca manou

meses dias

COORDENADOR

Calcule o tempo de aleitamento materno exclusivo: dias

Calcule o tempo total de aleitamento materno: meses

74. (Nome da criança) já fez alguma consulta SEM motivo de doença? Sim Não Não sei

Se SIM, onde foi a consulta?

- Unidade de Saúde ou hospital público
 Posto de Saúde, clínica ou hospital privado
 Centro tradicional
 Outro

Se SIM, qual foi o motivo da consulta?

75. Pergunte se a criança teve alguma das condições abaixo e se precisou de assistência:

(Nome da criança) teve DIARREIA NOS ÚLTIMOS 15 DIAS? Sim Não

Se SIM, qual a assistência recebeu?

- Foi levada ao banco de urgência/US/Hospital público
 Foi levada ao posto de saúde, clínica ou hospital privado
 Foi levada ao centro tradicional/tratamento tradicional/igreja
 Outro local (loja, farmácia ou outro)
 Não foi necessário procurar assistência, usou métodos caseiros
 Não foi necessário procurar assistência, usou medicamentos por conta própria
 Não foi necessário procurar assistência nem usar qualquer método ou medicação

(Nome da criança) teve FEBRE NOS ÚLTIMOS 15 DIAS? Sim Não

Se SIM, qual a assistência recebeu?

- Foi levada ao banco de urgência/US/Hospital público
 Foi levada ao posto de saúde, clínica ou hospital privado
 Foi levada ao centro tradicional/tratamento tradicional/igreja
 Outro local (loja, farmácia ou outro)
 Não foi necessário procurar assistência, usou métodos caseiros
 Não foi necessário procurar assistência, usou medicamentos por conta própria
 Não foi necessário procurar assistência nem usar qualquer método ou medicação

(Nome da criança) teve TOSSE ou FALTA DE AR NOS ÚLTIMOS 15 DIAS? Sim Não

Se SIM, qual a assistência recebeu?

- Foi levada ao banco de urgência/US/Hospital público
 Foi levada ao posto de saúde, clínica ou hospital privado
 Foi levada ao centro tradicional/tratamento tradicional/igreja
 Outro local (loja, farmácia ou outro)
 Não foi necessário procurar assistência, usou métodos caseiros
 Não foi necessário procurar assistência, usou medicamentos por conta própria
 Não foi necessário procurar assistência nem usar qualquer método ou medicação

76. Você levou (nome da criança) para consultar na Unidade de Saúde por motivo de doença nos ÚLTIMOS 3 MESES? Sim Não Não lembro Se SIM, quantas vezes?

77. Você faltou ao trabalho e ficou em casa cuidando do/a (nome da criança) por motivo de doença nos ÚLTIMOS 3 MESES?

- Sim Não Não lembro NSA Se SIM, quantas vezes?

78. (Nome da criança) foi internado/a alguma vez nos ÚLTIMOS 12 MESES?

- Sim Não Não lembro Se SIM, quantas vezes?

Se SIM, qual foi o motivo do internamento?

| | | | |
|----------------|--|----------------|--|
| Internamento 1 | <input type="checkbox"/> Paludismo <input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação <input type="checkbox"/> Infecção Respiratória <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Outro | Internamento 2 | <input type="checkbox"/> Paludismo <input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação <input type="checkbox"/> Infecção Respiratória <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Outro |
| Internamento 3 | <input type="checkbox"/> Paludismo <input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação <input type="checkbox"/> Infecção Respiratória <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Outro | Internamento 4 | <input type="checkbox"/> Paludismo <input type="checkbox"/> Diarreia/desidratação <input type="checkbox"/> Infecção Respiratória <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Outro |

79. Você já pagou por alguma consulta para (nome da criança) na Unidade de Saúde pública?
 Sim Não Não lembro Se SIM, quando foi? Há mais de 2 anos Entre 1 ano e 6 meses
 Quanto pagou Entre 1 e 2 anos Há menos de 6 meses

80. Você já pagou por medicamentos para (nome da criança) entregues na Unidade de Saúde?
 Sim Não Não lembro Se SIM, quando foi? Há mais de 2 anos Entre 1 ano e 6 meses
 Quanto pagou Entre 1 e 2 anos Há menos de 6 meses

81. Você já comprou medicamentos para (nome da criança) fora da Unidade de Saúde?
 Sim Não Não lembro

82. Como você tem ido à Unidade de Saúde?
 a pé bicicleta motorizada taxi carro particular outro

83. Quanto tempo você leva para chegar até a Unidade de Saúde com este meio de transporte? min

84. Alguma vez aconteceu de você precisar levar (nome da criança) para consultar na Unidade de Saúde por motivo de doença, mas não conseguir? Não, nunca aconteceu Sim, já aconteceu Não lembro

Se SIM, qual foi o motivo?
 Distância (não tinha meios para ir)
 Achou que ia ter que pagar pela consulta e não tinha dinheiro
 Não tinha ninguém para levar a criança
 Outro motivo

DADOS SOBRE A SAÚDE DE OUTROS(AS) FILHOS(AS)

85. Algum(a) outro(a) filho(a) MENOR DE CINCO ANOS foi internado(a) alguma vez nos ÚLTIMOS 12 MESES?
 Sim Não Não sei Se SIM, quantos filhos foram internados?

86. Listar os filhos que foram internados nos últimos 12 meses (listar mais de uma vez se um mesmo filho foi internado mais de uma vez) e marcar com um X o motivo do internamento:

| Nome do filho internado | Paludismo | Diarreia/desidratação | Infecção respiratória | Outro motivo |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

DADOS SOBRE A MORADIA

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

89. A sua casa é: Própria arrendada cedida ocupada
90. Qual o material de construção da casa? Tijolo/blocos Chapas Adobe Outro
Qual:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
91. Qual o material do chão da casa?
 Chão natural (terra batida/areia) Chão bruto Piso acabado Outro
Qual:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
92. Quantas divisões ou compartimentos tem a casa?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|
93. Tem quarto de banho? Sim Não Quantos:

| |
|--|
| |
|--|
94. O quarto de banho está:
 dentro de casa fora de casa-uso exclusivo fora de casa-uso comum com outras casas
95. Como é o escoamento do quarto de banho?
 Sistema de esgoto (pia, sanita) Fossa séptica com poço roto Latrina seca
96. Se NÃO tem quarto de banho, o que você usa para fazer as suas necessidades?
 Vala negra/aberta Directo para rio, lago ou mar Balde Capim, mato, ar livre
97. A sua casa tem água canalizada? Sim Não Não sei
98. Se não tem água canalizada, qual a fonte da água utilizada na sua casa?
 Cisterna Chafariz
 Poço/Cacimba Tanque
 Rio/Lago/Canal Outra Qual:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
99. Qual a água que você utiliza para beber?
 Água não tratada Tratada com lixívia Fervida Filtrada Não sei
100. Qual a água que você utiliza para cozinhar?
 Água não tratada Tratada com lixívia Fervida Filtrada Não sei
101. Onde você armazena a água para beber?
 Bidon Outro

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Balde/Bacia com tampa Não sei
 Balde/Bacia sem tampa Não armazena
 Filtro
102. Você tem lixívia em casa? Sim Sim, mas não usa Não
Se SIM, pode me mostrar? Visto Não Visto
Se SIM, como adquiriu?
 Recebeu na Unidade Sanitária Outro

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

 Recebeu do ACS Não sei
 Comprou

127. Algum critério de referência registrado no cartão? Sim Sem informação

Se SIM, especifique o problema:

128. Consulta pós-parto registrada? Sim Não

129. Alguma doença após o parto? Sim Não Sem Informação

DADOS DO CARTÃO DA CRIANÇA Sem cartão ()

Aponte somente os dados que estão registrados no cartão

130. Data de Nascimento / /

131. Local do parto: Em casa Na Unidade Sanitária Sem Informação

132. Tipo de parto: Normal Cesareana Distócico Sem Informação

133. Peso à nascença gramas

134. Anote a data da realização de cada uma das vacinas:

BCG

Realizada
Sem Informação

Data: / /

PÓLIO ZERO

Realizada
Sem Informação

Data: / /

PÓLIO 1

Realizada
Sem Informação

Data: / /

PENTA 1

Realizada
Sem Informação

Data: / /

PÓLIO 2

Realizada
Sem Informação

Data: / /

PENTA 2

Realizada
Sem Informação

Data: / /

PÓLIO 3

Realizada
Sem Informação

Data: / /

PENTA 3

Realizada
Sem Informação

Data: / /

SARAMPO

Realizada
Sem Informação

Data: / /

FEBRE AMARELA

Realizada
Sem Informação

Data: / /

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

135. Anote o recebimento e as datas das doses de Vitamina A:

Vitamina A 1ª dose Realizada
 Sem Informação
Data: / /

Vitamina A 2ª dose Realizada
 Sem Informação
Data: / /

136. Anote a data de entrega do mosquiteiro:

Entrega do Mosquiteiro Realizada
 Sem Informação
Data: / /

137. Se a criança tem idade maior ou igual a 1 ano, anote o recebimento e as datas das doses de desparasitante (Albendazol):

Albendazol
Data: / /
Data: / /
Data: / /
Data: / /

138. Anote a idade do último peso da criança: meses

139. Quantas vezes o peso está anotado no cartão?

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

COORDENADOR

Calcular se as vacinas estão em dia para a idade

Fonte de Informação Cartão Mãe

BCG: Sim Não Pólio: Sim Não

Pentavalente: Sim Não Sarampo: Sim Não

Febre Amarela: Sim Não

O intervalo do último peso está adequado para a idade? Sim Não

AFERIÇÃO DO PESO E DO COMPRIMENTO DA CRIANÇA

Explique para a mãe: *agora vamos medir o peso e o comprimento de (nome da criança). Por favor, você pode tirar a roupa de (nome da criança)? O peso será medido junto com a mãe na balança.*

Anote o peso da mãe:

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

 kg

Anote o peso da mãe com a criança no colo:

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

 kg

Média: _____

Média: _____

Peso da criança: _____

Anote o comprimento da criança:

| | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

 cm

Média: _____

A criança tem edema nos membros inferiores? Sim Não

Localize nas curvas de crescimento:

| | < p3 | p3 a p15 | p15 a p85 | p85 a p97 | > p97 |
|--------------|------|----------|-----------|-----------|-------|
| Peso/altura | | | | | |
| Peso/idade | | | | | |
| Altura/idade | | | | | |
| IMC | | | | | |



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada para participar de um projecto de pesquisa chamado **Avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda** coordenado pelo Prof. Bruce Duncan, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no Brasil. Este é um projecto de cooperação entre Brasil e Angola e envolve também colaboradores da Direcção Provincial de Saúde de Luanda.

O objetivo deste projecto é avaliar como está a saúde das crianças e mães nas comunidades deste Município desde a chegada dos Agentes Comunitários de Saúde.

Neste projecto de pesquisa, vamos entrevistar mães de crianças com idade de zero a dois anos. Nessa entrevista, iremos perguntar sobre a sua saúde e a dos seus filhos, verificar os cartões da grávida e da criança, se disponíveis, e pesar e medir a criança. As entrevistas terão 40 minutos a uma hora de duração. As respostas das entrevistas serão guardadas pelos pesquisadores e serão identificadas apenas por um número. A identidade das pessoas que responderam às perguntas será mantida em sigilo.

Este é um convite, a sua participação é importante, mas é totalmente voluntária. Você pode optar por não participar ou desistir de participar a qualquer momento, sem problema nenhum.

Em caso de dúvidas, constrangimentos ou necessidade de obter outras informações, favor entrar em contacto com a responsável pela pesquisa em Angola, Dra. Camila Giugliani (telefone: _____).

Eu, _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntária, do projecto de pesquisa acima descrito.

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

Se não souber assinar o nome, marque com um X ()

Nome e assinatura do pesquisador que forneceu as informações:



Teresa e Mateus
 Agradecemos pela sua participação!
 Sua contribuição é muito importante para melhorar os cuidados de saúde da sua comunidade!

Cacuaco, Setembro de 2010 **Mateus** Peso: 6,6 Kg
 4 meses Altura: 62 cm




Sara e Nelo
 Agradecemos pela sua participação!
 Sua contribuição é muito importante para melhorar os cuidados de saúde da sua comunidade!

Cacuaco, Setembro de 2010 **Nelo** Peso: 9 Kg
 6 meses Altura: 66,8 cm

Luisa e Formosa
 Agradecemos pela sua participação!
 Sua contribuição é muito importante para melhorar os cuidados de saúde da sua comunidade!

Cacuaco, Setembro de 2010 **Formosa** Peso: 7,5 Kg
 6 meses Altura: 65,1 cm




Marta e Juliana
 Agradecemos pela sua participação!
 Sua contribuição é muito importante para melhorar os cuidados de saúde da sua comunidade!

Cacuaco, Setembro de 2010 **Juliana** Peso: 7,9 Kg
 9 meses Altura: 68,3 cm

Sara e Fernando
 Agradecemos pela sua participação!
 Sua contribuição é muito importante para melhorar os cuidados de saúde da sua comunidade!

Cacuaco, Setembro de 2010 **Fernando** Peso: 8,9 Kg
 1 ano e 4 meses Altura: 75,3 cm



Grupo dos coordenadores assessores do trabalho de campo



Equipe completa de entrevistadores, coordenadores e assessores



Entrevista com mãe amamentando



Primeira abordagem com a mãe, feita pela coordenadora de campo