



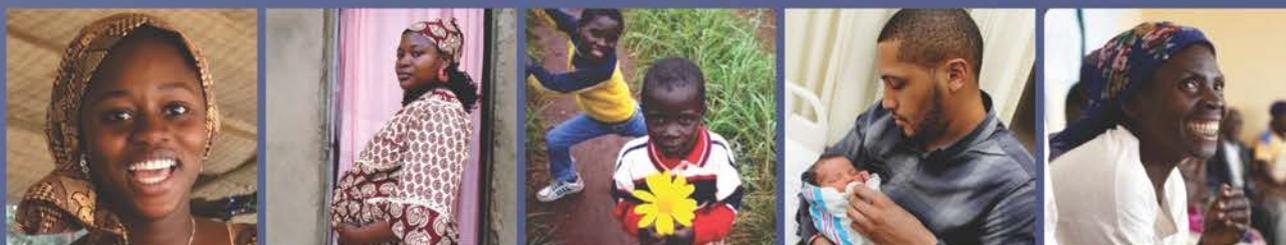
REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PLANO DISTRITAL DE DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO 2013 - 2017



Mais e Melhor Saúde.

Distrito Urbano da Maianga
Município de Luanda



Agosto - 2014



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PLANO DISTRITAL DE
DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO
2013 - 2017

Mais e Melhor Saúde.

Distrito Urbano da Maianga
Município de Luanda

Prefácio

No quadro do despacho presidencial de 84/11 de 27 de Outubro sobre a elaboração do Plano nacional de saúde Pública e das instrutivas existentes sobre a elaboração dos planos municipais para o desenvolvimento sanitário para o período 2012-2015 foi criada a comissão multisectorial municipal coordenada pelo titular da administração Municipal sua Excelência Senhor António Saraiva.

O Plano Distrital de Desenvolvimento Sanitário (PDDS) 2012-2017, elaborado por uma Comissão Multisectorial, em observância a iniciativa Presidencial, através do Despacho Presidencial nº 84/11 de 27 de Outubro, é um instrumento estratégico-operacional destinado à materialização das orientações fixadas na Estratégia de Desenvolvimento a Médio Prazo “Angola 2017” e na Política Nacional de Saúde, no âmbito da reforma do Sistema Nacional de Saúde.

A elaboração do Plano Distrital de Desenvolvimento Sanitário 2012-2017, surge num contexto de estabilidade política, de crescimento socioeconómico e de consolidação da democracia, enquadrando-se como um pilar fundamental no processo de desenvolvimento sustentável em curso no País.

O Executivo angolano tem empreendido esforços consideráveis para melhorar os indicadores económicos e sociais do País, incluindo a consolidação do direito à saúde consagrado na Constituição.

Os avanços alcançados manifestam-se, de forma notável, através da melhoria de alguns indicadores de impacto, tais como a redução da mortalidade materna e infantil e o aumento da esperança de vida.

Assim sendo, os desafios são enormes, principalmente nas áreas suburbanas, onde os indicadores de saúde são mais baixos do que nas áreas urbanas.

O PDDS configura a saúde como um factor do desenvolvimento global do País e da justiça social, promovendo o acesso aos cuidados de saúde, assegurando a equidade na atenção, melhorando os mecanismos de gestão e de financiamento do Sistema Distrital de Saúde, oferecendo serviços de qualidade, oportunos e humanizados, na perspectiva do combate à pobreza e reforço do bem-estar das populações.

O PDDS apresenta objectivos ambiciosos em todos os domínios do Sistema Distrital de Saúde, incluindo o reforço da luta contra as doenças prioritárias.

O PDDS prevê o reforço do quadro institucional do sector, a procura de formas de financiamento adaptadas às novas necessidades, a dinamização da política de formação de quadros, o estabelecimento duma relação frutífera com o sector privado da saúde e a participação activa das administrações locais, das comunidades e das famílias no processo de melhoria da saúde.

O PDDS será traduzido em Planos de Acção Anuais a todos os níveis do sistema.

O PDDS cria oportunidades para fortalecimento do Sistema Distrital de Saúde, de forma a poder responder cada vez mais eficiência e eficácia às necessidades das nossas populações, com um propósito comum e uma visão de convergência para que todos juntos façamos mais e melhor pela saúde de todos os angolanos.

A todos aqueles que, directa ou indirectamente, contribuíram para a elaboração do presente PDDS, manifesto o agradecimento e reconhecimento, e renovo o convite para ajudarem o PDDS a cumprir a sua missão, com um envolvimento cada vez maior de todos os actores, constituindo-se assim em motores privilegiados da sua operacionalização. Esta é uma exigência do desenvolvimento sanitário e social do Distrito na senda do seu futuro.

Manuel José Marta
Administrador do Distrito Urbano da Maianga.

Equipa de Trabalho

1. Ágata Capingânlã, Departamento da Repartição de Saúde da Cidade de Luanda
2. Agostinho Manuel Matamba, Supervisor do PAV, Repartição de Saúde do Distrito Urbano da Maianga
3. Armindo Buila Gongga, Logístico, Repartição de Saúde do Distrito Urbano da Maianga
4. Azenaite Baptista, Representante da Área da Assistência e Acção Social
5. Beny de Jesus Impemba Mutengo, Representante do Dispensário da Tuberculose
6. Celestino Chigica Rufino, Técnico de Estatística e Ponto Focal da Malária, Repartição de Saúde do Distrito Urbano da Maianga
7. Conceição José Balanga, Área do Património
8. Domingos Alberto António Adjunto do Soba
9. Domingos Narciso Estevão, Representante de Energia e Águas
10. Eduarda Rosa Sabino Gomes, Chefe da Repartição de Saúde do Distrito Urbano da Maianga.
11. Esperança Belo, Departamento da Repartição de Saúde da Cidade de Luanda
12. Gonçalo Pedro Gonçalves, Chefe de Repartição da Educação.
13. Helder Gouveia de Carvalho, Informático, Repartição de Saúde do Distrito Urbano da Maianga
14. José Damião da Silva, Supervisor, Centro de Saude do Catambor
15. Lidia do Sacramento, Responsavel para os Recursos Humanos, Repartição de Saúde do Distrito Urbano da Maianga
16. Luzia Muturi Santos, Técnico de Estatística, GEPE, Direcção Provincial de Saúde de Luanda
17. Maria Manuel Miranda António, Repartição de Saúde do Distrito Urbano da Maianga
18. Martinho Armando António Muhongo, Representantante da Área Social
19. Mesaque Mateus, Chefe de Repartição dos Registos.
20. Ndoza Luwawa, Assessor Técnico, ForçaSaúde/USAID
21. Pacheco Ditela Kiala, Soba
22. Paulo Vianna, Chefe de Repartição de Urbanismo e Habitação.
23. Pedro Camba, Área do Plano/Repartição de Educação
24. Preciosa Muke Mussole, Coordenador Municipal, ForçaSaúde/USAID
25. Rafael Manuel André de Faria, Chefe de Plano e da Secretaria
26. Rosa Matias Manuel Borges, GEPE/MINSA
27. Sampaio Domingos Fazenda, Administrador do Bairro Cassequel
28. Sebastião Nkilusisavo, Responsavel para a Saúde Pública, Repartição de Saúde do Distrito Urbano da Maianga

Índice

Prefácio	3
Equipa de Trabalho	5
Índice	6
Abreviaturas.....	8
Resumo	10
1. Análise de Situação de Saúde.....	11
1.1 Caracterização física e demográfica do município.....	11
1.2 Caracterização Institucional	17
1.3 Determinantes sociais da saúde.....	22
1.4 Perfil sanitário do município	32
1.5 Serviços de saúde e sistema de gestão	41
1.6 Enquadramento do PMDS.....	51
2. Programas e Projectos do PDDS 2013-2017 do Distrito Urbano de Maianga	52
2.1 Programa 1: Programa de Prevenção e Luta Contra as Doenças.....	54
Projecto 1: Prevenção e controlo das doenças imunopreveníveis com destaque para a erradicação da Poliomielite	55
Projecto 2: Prevenção, controlo e eliminação da Malária.....	58
Projecto 3: Prevenção e controlo do VIH/SIDA e da Sífilis	62
Projecto 4: Prevenção e controlo da Tuberculose.....	66
Projecto 5: Prevenção, controlo e eliminação da Tripanossomíase Humana Africana	70
Projecto 6: Prevenção, controlo e eliminação das doenças negligenciadas	72
Projecto 7: Prevenção, controlo e eliminação da Lepra	74
Subprograma de prevenção e resposta às epidemias e emergências de saúde pública	76
Projecto 8: Prevenção e resposta às epidemias	76
Subprograma de doenças crónicas e doenças não transmissíveis	78
Projecto 9: Prevenção e tratamento de Doenças crónicas e não transmissíveis	78
Projecto 11: Prevenção e tratamento da diabetes Mellitus.....	81
Projecto 12: Prevenção e Tratamento da doença de células falciformes	83
Projecto 13: Prevenção e tratamento das doenças de nutrição	86
Projecto 14: Prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dos tumores malignos	89
Projecto 15: Prevenção e tratamento de doenças buco-oral.....	93
Projecto 16: Prevenção e Tratamento de doenças de saúde mental.....	95
Projecto 17: Reabilitação para a pessoa com deficiência sensorio-motora.....	97
Subprograma de atenção específica, para grupos etários da população.....	100
Projecto 18: Prestação de cuidados de saúde para a sobrevivência materna, infantil e infanto-juvenil.....	100
Projecto 19: Desenvolvimento de cuidados de saúde promocionais, preventivos e de rastreio a adolescentes	105
Projecto 20: Prestação de cuidados específicos a adultos maiores de 60 anos.....	107
PROGRAMA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	109
Subprograma de promoção para a saúde de hábitos e estilos de vida saudáveis	111
Projecto 21: Promoção para a saúde e hábitos de estilos de vida saudáveis	111
Projecto 25: Informação, educação e Comunicação para Saúde	114
Projecto 26: Saúde Escolar	117
Subprograma da operacionalização da prestação de Cuidados Primários e de Serviços de Saúde.....	119
Projecto 28: Municipalização da atenção primária (cuidados primários)	119
Projecto 29: Cuidados paliativos e cuidados continuados	123
Projecto 33: Gestão dos Resíduos Hospitalares e de serviços de saúde	125
Projecto 34: Medicina Tradicional	127

Subprograma de segurança transfusional.....	129
Projecto 35: Revitalização do Serviço Nacional de Sangue	129
Subprograma de gestão e desenvolvimento da rede nacional de laboratórios.....	131
Projecto 36: Gestão e desenvolvimento da rede nacional de laboratórios	131
PROGRAMA DE PLANEAMENTO, GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS	134
Subprograma de planeamento e gestão de recursos humanos.....	135
Projecto 38: Planeamento e Fixação de Recursos Humanos em saúde	135
Subprograma de desenvolvimento de recursos humanos	137
Projecto 44: Formação permanente.....	137
Programa de gestão e ampliação da rede sanitária	140
Subprograma de gestão e ampliação da rede sanitária	141
Projecto 47: Gestão e Ampliação de Infra-estruturas Sanitárias.....	141
Programa de gestão, aprovisionamento e logística, desenvolvimento do sector farmacêutico e dos dispositivos médicos.....	144
Subprograma de gestão e desenvolvimento do aprovisionamento e logística.....	145
Projecto 48: Gestão e desenvolvimento do aprovisionamento e logística, sector farmacêutico e dos dispositivos médicos.....	145
Programa de desenvolvimento do sistema de informação e gestão sanitária	148
Projecto 51: Sistema de Informação e Gestão Sanitária para o apoio à tomada de decisões estratégicas, e ao planeamento.....	149
Projecto 52: Melhoria da vigilância integrada das doenças e preparação das respostas a eventuais surtos e epidemias.....	152
PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO QUADRO INSTITUCIONAL.....	156
Subprograma da Inspeção Geral de Saúde	157
Projecto 54: Inspeção Geral de Saúde	157
3. Quadro de execução	160

Abreviaturas

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ACT	Anti maláricos Combinados
AM	Administração Municipal
AT	Aconselhamento e Testagem
BCG	Bacillus Calmette-Guérin
CONU	Cuidados Obstétricos e Neonatais
CPN	Consulta Pre Natal
CPS	Cuidados Primários de Saúde
CTNM	Comissão Técnica Nacional de Medicamentos
DCNT	Doenças Crónicas não Transmissíveis
DNME	Direcção Nacional de Medicamentos e Equipamentos
DNRH	Direcção Nacional de Recursos Humanos
DNSP	Direcção Nacional Saúde Pública
DOTS	Directly Observed Short Course (Tratamento sob Observação Directa)
DPS	Direcção Provincial da Saúde
DRA	Doenças Respiratórias Agudas
GEPE	Gabinete de Estudos Planeamento e Estatística
H1N1	Influenza A (Gripe Aviária)
HG	Hospital Geral
HPL	Hospital Psiquiátrico de Luanda
IEC	Informação Educação e Comunicação
ITS	Infeções de Transmissão Sexual
LNME	Lista Nacional de Medicamentos Essenciais
M&A	Monitoria e Avaliação
MB	Multibacilares
MCN	Mecanismo de Coordenação Nacional
MDR	Multidroga Resistência
MDT	Medicamentos Para a Terapia Combinada
MED	Ministério da Educação
MINSÁ	Ministério da Saúde
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMA	Organização da Mulher Angolana
ONGs	Organizações Não Governamentais
OSC	Organizações da Sociedade Civil
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PFA	Paralisia Flácida Aguda
PID	Pulverização intra-domiciliar
PMDS	Plano Municipal de Desenvolvimento Sanitário
PNCM	Programa Nacional de Controlo da Malária
PNSD	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

PNLCT	Programa Nacional da Luta Contra a Tuberculose
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical de VIH
PVVIH/SIDA	Pessoas vivendo com VIH e SIDA
RMS	Repartição Municipal de Saúde
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIS	Sistema de Informação Sanitária
SMNI	Saúde Materna e Neonatal Infantil
TARV	Tratamento Anti-Retro Viral
TB	Tuberculose
THA	Tripanossomíase Humana Africana
TIP	Tratamento Intermitente e Preventivo da Malária
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana

Resumo

Esta parte deverá ser redigida após todas as secções posteriores estarem redigidas.

1. *Introdução*
2. *Perfil Sanitário do Município*
3. *Objectivos do PMDS 2013-2017*
4. *Metodologia*
5. *Estrutura e conteúdo do PMDS 2013-2017*
6. *Principais estratégias do PMDS 2013-2017*
7. *Quadro geral de execução (custos e fontes de financiamento)*
8. *Mecanismos de execução, seguimento e avaliação*

em direcção a Norte, até encontrar a Avenida 1º Congresso, passando pelo largo do Hospital Josina Machel-Maria Pia, até interceptar a rua Kwamme Nkrumah.

O Distrito Urbano da Maianga, possui uma área de **24,7** Km², com uma população estimada em **725.950** habitantes, cuja densidade populacional é de 29 habitantes/Km²; e, tem os seguintes limites administrativos.

- Norte: Distritos Urbanos das Ingombotas através dos Bairros Kinanga e Rangel o Bairro da Vila Alice
- Sul: Através do Bairro Prenda com o Distrito Urbano da Samba
- Este: Através do Bairro Neves Bendinha com o Distrito Urbano do Kilamba-Kiayi
- Oeste: Através do Bairro Morro Bento I com o Distritos Urbanos da Samba e Bairro do Gamek com o Kilamba-Kiayi

Tabela 1: Densidade populacional por Comuna

Comuna	Sectores	Estimação Populacional	Km ²	Densidade Populacional
Maianga	Alvalade, Catambor, Maianga, Militar, Margoso.	72.595	2,6 Km ²	28 hab/Km ²
Prenda/Rocha Pinto	Cassenda, Prenda, Sagrada Esperança, Rocha Pinto, Gamek Vila, Morro da Luz, Morro Bento-1.	421.051	14,9 Km ²	28 hab/Km ²
Cassequel	Mártires de Kifangondo Bº Polícia Bº Madeira Cassequel do Buraco Cassequel do Lourenço, Bº Calemba Bº Terra Vermelha Bº Antonov 57 (Catinton) Cassequel do Imbondeiro.	232.304	7,2 Km ²	32 hab/Km ²
Total	21	725.950	24,7 Km²	29 hab/Km²

Fonte: Administracao da Maianga 2013

1.1.3 Clima

Sendo parte da Provincia de Luanda o clima é semi árido, tropical quente e seco. A temperatura média anual situa-se entre os 25 °C e os 26 °C, com o máximo de 27 °C, coincidindo com o período das chuvas. De 15 de Maio à 15 de Agosto, é a época de cacimbo, onde predominam as doenças respiratórias, e de 15 de Agosto à 15 de Maio, é a época chuvosa, onde as doenças mais frequentes são as diarreicas agudas, vômitos e doenças epidérmicas.

1.1.4 Hidrografia e recursos naturais

Não existem rios . Nas zonas não urbanas, a vegetação mais comum é o capim e poucas árvores, com destaque para o Imbondeiro. O Distrito conta uma zona verde no bairro da Maianga no sector do Alvalade.

1.1.5 Vegetação e fauna

Nas zonas não urbanas, a vegetação mais comum é o capim e poucas árvores, com destaque para o imbondeiro. O Distrito Urbano da Maianga, é uma área urbanizada e suburbana, onde predominam a existência de animais domésticos e vadios como caes, gatos, macacos e ratos.

1.1.6 Riscos ambientais

Um dos riscos ambientais no Distrito, está ligado a poluição atmosférica e sonora devido a presença do Aeroporto Internacional “4 de Fevereiro” no bairro do Cassequel.



Foto 1: Foto 1. Vista parcial da pista do aeroporto 4 de Fevereiro provocando poluição atmosférica
Fonte: Administração do Distrito Urbano- Maianga 2013

Outro risco ambiental no Distrito, é a existência de lixo (Rocha Pinto no Quarteirão da Paviterra) e águas residuais ao longo das vias em algumas áreas periféricas. A gestão dos resíduos sólidos é deficiente. Não existe indústrias de transformação de lixo. Sendo que a recolha de resíduos sólidos é feita de forma irregular pela empresa ENVIROBAC, o que tem provocado o surgimento de várias enfermidades, e o lixo hospitalar das oito (8) unidades, apenas de três (3) são recolhido pela empresa RECOLIX.



Foto 2: Existência de lixo de águas residuais ao longo das vias
Fonte: Administração do Distrito Urbano- Maianga 2013

Tabela 2: Identificação dos focos de lixo no Distrito

Comuna	Focos de lixo
Prenda/RochaPinto	Concentração de lixo nas valas de drenagem ,e ravinas no bairro Morro da Luz
Maianga	Concentração de grandes quantidades de lixo no Rio seco que parte da zona verde até ao oceano Atlântico (Distrito da Ingombota)
Cassequel	Concentração de grandes quantidades de lixo e águas paradas na Vala de drenagem Senado da Câmara , sector da Polícia, Cassequel e Catinton

Fonte: Administração da MAIANGA 2014

1.1.7 Agropecuária e pescas

Quanto agropecuária existem pequenas hortas na área do sector do Antonov 57 (Catinton), que produzem géneros agrícolas, a criação de animais domésticos como galinhas, porcos, cabritos. A pesca não se pratica no Distrito, por inexistência de rios , lagos ou mares. A carne e o peixe consumido no Distrito é comercializada nas lojas e mercados (**Quintalão do Rocha Pinto e Primeiro de Agosto**), alguns destes, em condições higiénicas impróprias para o consumo. Conforme as imagens abaixo.

Visando combater esta situação, uma equipa multitesectorial efectuou visita e determinou o encerramento do referido estabelecimento.



1.1.8 Caracterização demográfica

Tabela 3: População do Distrito Urbano da Maianga

Bairro	População Total	No. de crianças <1 ano (4,3%)	No. de crianças entre 6-59 meses (17,9%)	No. de crianças <5 anos 20%	No. de mulheres entre 15-45 anos (21%)	No. de mulheres grávidas (5%)	Estimativa de pessoas vivendo com VIH e SIDA (1,9%)	Distância em Km da Unidade Sanitária mais próxima
Maianga	72.595 (10%)	3.122	12.995	14.519	15.245	3.630	1.379	1 Km
Prenda/Rocha Pinto	421.051 (58%)	18.105	75.368	84.210	88.421	21.053	8.000	10 Km
Cassequel	232.304 (32%)	9.989	41.582	46.461	48.784	11.615	4.414	5 Km
Total	725.950	31.216	129.945	145.190	152.450	36.298	13.793	16 Km

Fonte: Estimativa populacional: DPST; Coeficientes: Kit 5 de Elaboração dos PMDS, MINSA. Abril, 2013 e estimativa de pessoas vivendo com VIH e SIDA: INLS.

Segundo a Administração, a população do Distrito está actualmente estimada em 852.571 habitantes. Contudo por razões análise sanitaria e de planificação no âmbito do Plano Distrital Sanitário foi considerada a tabela da Direcção Provincial de Saúde.

O Distrito se caracteriza por uma área suburbana e urbana, principalmente a comuna da Maianga, Prenda/ Rocha Pinto e parte do Cassequel. O bairro do Prenda é na sua maioria constituída por musseque de difícil acesso, sendo que qualquer dos bairros, tem uma parte de musseque. Com o surgimento da guerra, o Distrito acolheu vários grupos etno linguísticos das restantes áreas do País como **Quimbundos** ou **Ambundos**, **Ibindas**, **Bakongos**, **Tchokwes**, **Luvaes**, **Luchases**, e **Umbundos**. Também alberga grupos étnicos estrangeiros como **Caboverdianos**, **Congolese**s, **Cidadãos do Oeste Africanos**, **Portugueses**. A língua predominante falada é o Portugues. Não existe cemitério oficial nem clandestino.

1.2 Caracterização Institucional

1.2.1 Composição da equipa da Direcção Distrital de Saúde

A Repartição de Saúde do Distrito da Maianga localizada no sector de Catambor, bairro da Maianga, tem uma equipa diversificada de profissionais, sendo na sua maioria técnicos médios. A área de saúde pública é a que menos profissionais possui, pelo que as actividades de seguimento, supervisão interna e de saúde preventiva, são menos eficientes.

Um dos problemas que o distrito enfrenta é que a excepção do ponto focal da malária, os outros pontos focais todos trabalham nas unidades sanitárias, ou seja, tem dupla função; como técnico clínico e ponto focal da RMS. Isto afecta as supervisões dos serviços, o controlo da estatística e no geral na tomada de decisões.

Não tem secretariado, esta função é efectuada pela chefe dos recursos humanos.

As instalações da Repartição de Saúde, em estado absoleto, funcionam junto ao centro de saúde do Catambor, numa antiga residência com um bloco principal, anexos e um quintal, na Comuna da Maianga, no bairro Catambor. O funcionamento dos serviços de Saúde do distrito é assegurado exclusivamente pelos recursos provenientes do Orçamento Geral do Estado/Cuidados Primários de Saúde, que varia todos os meses entre **5, 7 e 10 milhões de Kwanzas** por mês. O ano passado totalizou o montante de **87.780.000.00 milhões de Kwanzas**. Temos uma dívida de mais de **10.000.000.00 milhões Kwanzas, decorrente do abastecimento de águas às unidades sanitárias**. A repartição de saúde possui equipamento de escritório como computadores, secretarias, cadeiras em estado absoleto, as instalações são pequenas, não tem armários ou estantes para se arquivar as pastas de estatística, por esta razão as pastas e formulários se perdem facilmente (mas existe uma sala onde estão localizadas as miniarcas, que serve também de armazém para o material do PAV), não tem gerador. Tem água canalizada, energia eléctrica da rede.

Tabela 4: Equipa da Repartição de Saúde do Distrito

Funções	Distrito Urbano de Maianga			
	Nível académico	Masculino	Feminino	Total
Director (Chefe de Repartição)	Licenciatura em Medicina Geral		1	1
Chefe de Secção Saúde Pública	Técnico Médio de Enfermagem	1		1
Chefe da Secção Admin, RH e Fin	Técnico Médio de Enfermagem		2	2
Supervisor do PAV	Técnico Médio de Enfermagem	1		1
Vigilância Epidemiológica	Técnico Médio de Enfermagem		1	1
Estatístico	Técnico Médio de Enfermagem	1		1
Mobilização Social	Técnico Médio de Enfermagem	1		1
Chefe de Secção Inspeção	Técnico Médio de Enfermagem		1	1
Chefe dos Transportes	5ª Classe	1		1
Chefe Logístico	Técnico Médio de Farmácia	1		1
Ponto Focal do VIH/SIDA	Técnico Médio de Enfermagem		1	1
Chefe de Secretária	Técnico Médio de Relações Públicas		1	1
Ponto Focal Saúde Reprodutiva	Técnico Médio de Enfermagem		1	1
Inspectores	Técnico Médio e Básico de Enfermagem		3	3
Escriturário/Dactilógrafo	Técnico Médio de Enfermagem		1	1

Funções	Distrito Urbano de Maianga			
	Nível académico	Masculino	Feminino	Total
Tecnico de Informatica/oficial administrativo	Técnico médio de informático	4		4
Motorista		2		2
Empregadas de limpeza			4	4
Protecção fisica		3		3
Total		15	16	31

Fonte: Gabinete do Chefe da Direcção Distrital de Saúde-Maianga 2013

1.2.2 Autoridades tradicionais

Tabela 5: Distribuição das Autoridades Tradicionais na Maianga

Bairro	Soba-Grande	Ajud. Soba-Grande	Comissões Moradores (CMs)	Nomes Presidentes CMs	Total
Cassequel	1	0	0	0	1
	0	2	7	0	9
Prenda/Rocha Pinto	0	2	7	0	9
Maianga	0	0	5	0	5
TOTAL	1	4	19	0	24

Fonte: Administração do Distrito Urbano-Maianga 2014

As Autoridades Tradicionais bem como as Comissões de Moradores dos bairros (**Cassequel do Buraco, Cantinton, Cassenda, Rocha Pinto, Morro da Luz Quarteirão B e Mártires do Kifangondo**) são de suma importância para as actividades de saúde pública, nomeadamente na participação das campanhas de vacinação, equipas avançadas, nas campanhas de distribuição de cloro, campanhas de limpeza e nas palestras de sensibilização, entre outras actividades de carácter cultural, politico administrativo do Distrito.

1.2.3 Sociedade civil

Tabela 6: Organizações Envolvidas nas Acções de Saúde

Organizações Religiosas	Organizações Políticas	Organizações Não-Governamentais
(Cerca de 30 igrejas) Igreja Catolica, Igreja Metodista Unida, IERA, IEBA, Johrei; Igreja Sétimo Dia Igreja Nova Apostólica, Igreja dos Irmãos de Angola, Igreja Pentecostal; Igreja Universal Reino de Deus, Igreja Bom Deus, Igreja Simão Toco; Igreja Simão Kimbangu, Os Magos Testemunhas de Jeóva Igreja Metodista de Sião (Magos e Nazaré)	MPLA, UNITA, CASA CE, PRS FNLA	OMS UNICEF Candengues Unidos Jucarente Grupo CORE C. I (Cuidados de Infância) ForçaSaúde/USAID

Fonte: Administração do Distrito Urbano-Maianga 2014

Os fiéis destas igrejas participam nas campanhas de vacinação. A IERA tem um posto de saúde, e é nosso

parceiro na vacinação de rotina e combate a Malária. Os Partidos políticos são membros da CACS do Distrito. As organizações sociais como a OMS E UNICEF dão apoio financeiro nas campanhas de intensificação da vacinação de rotina, formação, apoio técnico nas campanhas da Poliomielite, e Tétano.

A OMS tem presença constante no Distrito, representada pelo ponto focal. A ForçaSaúde/USAID para além de dar apoio em formação e nas diversas campanhas de vacinação, também participou na elaboração do Plano de Desenvolvimento Sanitário do Distrito.

1.2.4 Sector privado

1. **ENANA:** Aeroporto de Luanda, tem mais de 1000 trabalhadores e possui um posto médico.
2. **SUPERMERCADO JUMBO** Lda, conta com aproximadamente 700 trabalhadores, tem um posto médico para os trabalhadores e seus familiares. Supermercado MARTAL, NOSSOSUPER, KERO, MAXI, SHOPRITE, , CENTRO LOGISTICO DA FORÇA AÉREA
3. **BANCOS:** BPC,BESA, BFA, MILENIUM,BIC, BAI, BANC, BCI, BMF,STANDARD BANC,BANCO SOL.
4. **EMPRESAS:** TOYOTA DE ANGOLA, ORGANIZAÇÕES CHANA, LUSOLANDA, MACOM, ANGOUSTRAL, ANGOLA OFFSHORE, CHEVROM, SME, MINISTÉRIO DA SAÚDE, AAA, OPS, LABORATÓRIO DE ENGENHARIA, INE, CASH & CARRY MAIANGA, NOSSO CENTRO, VISABERA, R & S, ODEBRECHT.
5. **CLUBES DESPORTIVOS:**CLUBE DESPORTVO 1º DE AGOSTO, INTER CLUBE DE ANGOLA e ATLÉTICO SPOR AVIAÇÃO ASA.
6. **CLINICA GIRASSOL:** um dos maiores Hospitais privados de 3º nível no país. A CLINICA PRIVADA DO ALVALADE de 2º nível; a clinica **da Empresa Nacional de Electricidade (ENE)** que são nossos parceiros nas campanhas de vacinação contra a Poliomielite. A empresa **SONANGOL** também tem um centro de saúde para atender os seus trabalhadores e familiares directos.

Importa reforçar o controlo das unidades sanitaria e farmácias que estão a proliferar, por parte da Inspeção de Saúde Pública.

Tabela 7: Estabelecimentos do Sector de Comércio

Comércio	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Grosso	24	10	10	-	-	44
Misto	9	38	38	-	-	85
Retalho	280	509	515	391	279	1.974
Prestação Serviços	83	66	66	94	111	420
Total	396	623	629	485	390	2.523

Fonte: Administração do Distrito Urbano da Maianga 2013

Tabela 8: Sector de Hotelaria e Turismo

Unidades Hotelarias	Qualificação	Localização
Hotel Alvalade	Quatro Estrelas	Bairro Alvalade – Rua Comandante Gika
Hotel Fórum	Três Estrelas	Bairro Militar – Travessa Comandante Gika
Hotel SUITE	Duas Estrelas	Bairro Maianga – Rua Marien Ngouabi
Hotel Histórico	Uma Estrela	Bairro Cassequel do Buraco – Rua 55
Hotel Flay	Três estrelas	Bairro Cassequel do Buraco

Unidades Hotelarias	Qualificação	Localização
Mana Lú	Três estrelas	Bairro Da Paz –Gamek a Direita
Flamingo	Duas estrelas	Bairro da Maianga, Rua Antonio Barroso
Hotel Término	Duas estrelas	Bairro Cassequel do Lourenço, Rua Site
Hotel Celeste	Quatro estrelas	Bairro da Polícia, Rua Soba Mandume

Fonte: Administração do Distrito Urbano da Maianga 2013

Estes hotéis albergam encontro, reuniões, chuvas de ideias sobre assuntos de saúde, quando solicitadas.

Além das empresas acima referenciadas, o Distrito conta com 112 unidades sanitárias privadas distribuídas conforme a tabela a seguir:

Tabela 9: Unidades Sanitarias Privadas na Maianga

Comuna	Clínicas	Centro Médico	Posto Médico	Posto de Enfermagem	Total
Maianga	6	10	0	13	29
Cassequel	0	18	0	16	34
Prenda-Rocha Pinto	0	8	0	41	49
Total	6	36	0	70	112

Font Administração do Distrito Urbano da Maianga 2013

Tabela 10: Mapeamento de unidades sanitárias públicas e algumas Unidades Privadas

Comuna	Sectores	US de Referência Estatal no Distrito	Outras US da Rede Estatal	US da Rede Privada*
Maianga	Alvalade, Catambor, Maianga, Militar, Margoso,		C S Catambor P S Maianga II	CL Higiene Saúde CL Anglodente CL Girassol CI Total CL Alvalade CL Sonangol CI Musserra
Prenda / Rocha Pinto	Cassenda, Prenda, Sagrada Esperança, Rocha Pinto, Gamek Vila, Morro da Luz, Morro Bento-1	C S Alegria	C S Proventório Infantil C S Prenda P S Rocha Pinto II	CM Gloria C M Cristo Rei CM Vokdei CM Sol CM Manita CM Felicidade CM Nuno CM Wedigeso C S IERA CM António Xavier CM S F Xavier CS Mbuta CS Nova Apostólica

Comuna	Sectores	US de Referência Estatal no Distrito	Outras US da Rede Estatal	US da Rede Privada*
				CM Salvador
Cassequel	Mártires de Kifangondo B° Polícia, Madeira Cassequel do Buraco Cassequel do Lourenço, Calemba, Terra Vermelha, Antonov, Cassequel do Imbondeiro	C S Cassequel C S Catinton		CM Buyoyo CM Sulex CM Joaquim Mayala CM Diana
Total	21	3	5	25

Fonte: Administração do Distrito da Maianga 2013

1.2.5 Parcerias

As parcerias assentam sobretudo no apoio da parte das organizações das Nações Unidas e algumas ONGs nacionais e Internacionais.

Tabela 11: Parceiros da Repartição de Saúde do Distrito da Maianga

Parceiros	Típo de Actividade	Localização/Comuna
OMS	Apoio técnico e financeiro	Todo distrito
UNICEF	Intensificação de vacinação de rotina, mobilização social	
Cuidados de infância ForçaSaúde/USAID	Apoio nas actividades de malária	
Candengues Unidos	Apoio técnico nos treinos de Malária, PF, VIH/SIDA e planificação e orçamentação de saúde.	
Grupo CORE Igreja IERA, IEBA, UNIVERSAL	Apoio em recursos humanos nas campanhas de vacinação contra a polio.	
Colegio Alvorecer, Escola Jose Marti, Escola Juventude e Luta	Apoio em recursos humanos nas campanhas de vacinação contra a polio.	

Fonte: Gabinete do Chefe da Direcção Distrital de Saúde-Maianga 2013

Ambiente saudável, vida saudável: Projecto ambiental que foi lançado em Maio de 2013 no distrito urbano da Maianga, numa promoção privada das organizações **“Tondinha e Irmão Limitada”** com objectivo de sensibilizar a comunidade sobre os cuidados a ter com o meio ambiente.

O projecto vai permitir a sensibilização, educação e ensaios práticos dos activistas ambientais em regime piloto, com vista a chamada de atenção dos moradores sobre os cuidados que devem ter com meio ambiente.

"Ambiente saudável, vida saudável" enquadra-se no programa de combate a fome e a pobreza, pelo facto de constar no projecto a cedência de equipamentos de recolha de lixo para os jovens carentes, para simplificar os trabalhos das operadoras de limpeza, com o deposito e concertação dos resíduos sólidos em locais apropriados.

Para a concretização deste trabalho passarão a contar artistas de diversas áreas, para contribuírem na sensibilização dos cidadãos da forma certa como devem tratar o lixo e o meio ambiente.

A Tondinha e Irmãos é uma empresa angolana, vocacionada exclusivamente para o exercício de actividades de âmbito sócio-culturais e recreativas direccionadas principalmente para criança.

1.3 Determinantes sociais da saúde

1.3.1 Educação e cultura

Até fim de 2013, o Distrito Urbano da Maianga teve uma rede escolar com 65 Escolas Públicas, 50 Escolas Privadas e 68 Escolas Participadas.

Cerca de 70% das infraestruturas adequadas, professores ineficientes e dificuldades nas disciplinas (Física, Química e Informática), e necessita-se de 150 professores adicionais.

Os alunos do segundo ciclo do sectores Terra Vermelha, Rocha Pinto, Catinton, deslocam-se para o largo das escolas, por falta de escolas nestes sectores.

Apenas seis (6) escolas se beneficiam da merenda escolar, e contemplam 4.054 alunos, dos quais 2005 são meninas.

O Distrito não tem universidade, conta apenas com duas Faculdades pertencentes a universidade Agostinho Neto, de uma maneira geral, predomina o número de meninos matriculados nas escolas públicas. a maioria das escolas possuem casa de banho, porém carecem de abastecimento de água. A falta de docentes, nas diferentes especialidades como Educação física, Educação laboral, Física, Química, Biologia, Informática, empregada de limpeza e guardas nas diferentes escolas, necessidade de construção de escolas do 1º ciclo, no Prenda/Rocha pinto e Cassequel/Catinton até o fim de 2013.

O Distrito não tem Universidades, conta apenas com duas Faculdades pertencentes a Universidade Agostinho Neto. De uma maneira geral, predomina o número de meninos matriculados nas escolas públicas. A maioria das escolas públicas possuem latrina ou casa de banho, porém carecem de abastecimento de água e energia eléctrica.

Tabela 12: Educação

Ano	Nº de sala	Nível	Comunas			Nº de alunos matriculanos			Avaliados	Aprovados			%	Reprovados		
			Maianga	Prenda/R. Pinto	Kassequel	Masc	Fem	Total		Masc	Fem	Total		Masc	Fem	Total
2010	478	Primário	7	18	17	16223	15402	31625	31625	10127	11375	21502	68	4913	5210	10123
	115	Iº CICLO	2	6	4	3621	2254	5875	5875	1572	2214	3786	64	901	1188	2089
	0	IIº CICLO	1	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	593		10	25	28	19844	17656	37500	37500	11699	13589	25288		5814	6398	12212
2011	484	Primário	7	18	17	15101	16841	31942	31942	10789	10086	20875	65	4274	6793	11067
	122	Iº CICLO	2	6	4	3361	2332	5693	5693	987	2614	3601	63	974	1118	2092
	0	IIº CICLO	1	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	606		10	25	28	18462	19173	37635	37635	11776	12700	24476		16876	20707	37583
2012	442	Primário	7	18	17	20426	17705	38131	38131	7897	8986	16883	44	10232	11016	21248
	150	Iº CICLO	2	6	4	9325	7832	17157	17157	5351	6007	11358	66	3448	2351	5799
	123	IIº CICLO	1	1	7	12397	13457	25854	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	715		10	25	28	42148	38994	81142	55288	13248	14993	28241		13680	13367	27047
2013	480	Primário	7	21	13	19045	21720	40765	40765	17620	18438	36058	88	1696	3011	4707
	112	Iº CICLO	3	4	5	8149	7004	15153	15153	6684	7406	14090	93	405	658	1063
	196	IIº CICLO	1	3	8	1013	1065	2078	2078	725	701	1426	69	199	453	652
TOTAL	788		11	28	26	28207	29789	57996	57996	25029	26545	51574		2300	4122	6422

Fonte: Sector da Educação da Maianga 2013



Alfabetização

Existem no Distrito dois (2) programas Sim, Eu Posso e o PAAE

Tabela 13: Programas de Alfabetização

Nº	Ano	Métodos															
		Alfab. Numerico							SIM, EU POSSO								
		Alfab. matriculados			Alfabetizados				%	Alfab. matriculados			Alfabetizados				%
		Masc	Fem	Total	Masc.	Fem	Total	Masc		Fem	Total	Masc	Fem	Total			
1	2008	234	3941	4175	95	2483	2578	62%			0			0			
2	2009	1454	4945	6399	146	3035	3181	50%			0			0	65%		
3	2010	793	7747	8540	700	7009	7709	90%	646	1193	1839	450	741	1191	89%		
4	2011	1610	3606	5216	1471	3326	4797	92%	274	1338	1612	228	1213	1441	68%		
5	2012	5163	9392	14555	4039	7895	11934	82%	222	1082	1304	147	742	889	74%		
6	2013	2484	9614	12098	1359	6647	8006	92%	156	1329	1485	969	1638	2607			
TOTAL		11738	39245	50983	6339	30395	38205		1298	4942	6240	1794	4334	6128			

Fonte: Repartição da Educação 2013

Cultura

Existem sim hábitos ou práticas religiosas isto é, em algumas igrejas do Distrito tais como: a igreja do 7º dia e das Testemunhas de Jeová não cantam o hino nacional, não participam nas actividades políticas, por exemplo não fazem a transfusão de sangue de um membro doente.

Podemos destacar a existência de alguns grupos carnavalescos (União 54. Dez (10) de Dezembro, Jovens da Cacimba, Jovens do Mukuaxi, Amazonas do Prenda), bem como alguns agrupamentos musicais tais como; Os Jovens do Prenda e Ases do Prenda.

Igualmente é de salientar a existência do Complexo cultural da Tourada (Sub-aproveitado).

1.3.2 Habitação

A situação das habitações na Maianga apresenta-se conforme a tabela a seguir.

Tabela 14: Tipos de construção das Casas do Distrito

Comuna/Bairro	Tipo de construção
Maianga	Cerca de 90% de construções são modernas e nos Sectores Catambor e Margoso sensivelmente 10% de construções são de carácter definitiva. As casas são feitas com blocos de cimento, betão, ferros com tecto coberto com chapas de zinco ou outras.
Prenda/Rocha Pinto	Mistura de construções rudimentar (cerca de 40%) e construções inconclusivas (cerca de 60%). Ainda no Rocha Pinto, concretamente na Avª 21 de janeiro ha edificação de 60 prédios dos quais 59 são para fins habitacionais , e apenas 1 para serviços. Prespectiva-se o fim da empreitada no ano 2020.
Cassequel	Mistura de construções modernas (cerca de 20%) e construções desordenadas e não guiadas (cerca de 80%).

Fonte: Administração do Distrito Urbano da Maianga 2014

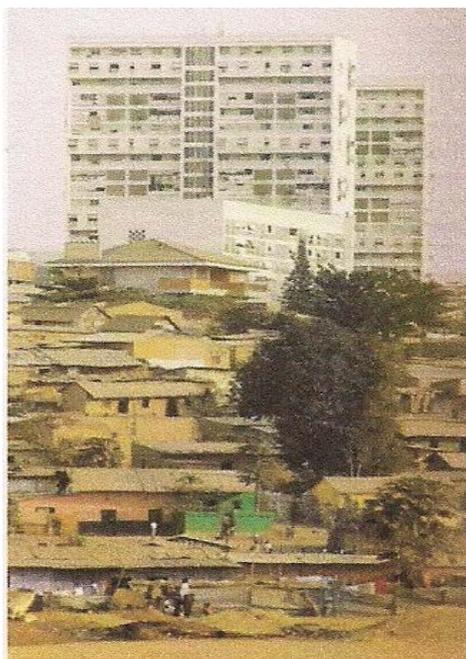


Foto 3: Bairro Prenda
Fonte: Luandando, Pepetela.



Foto 4: Bairro Catambor
Fonte: autora, Luanda, Fevereiro 2010

A falta de um plano director urbanístico, fez com que os bairros acima descritos crescessem de forma desordenada.

Desde 2008 até 2013, as principais acções realizadas pela habitação no Distrito Urbano da Maianga são ilustradas como seguinte:

- 531 Imóveis para fins habitacionais (apartamentos, vivendas) legalizados,
- 926 Imóveis para fins habitacionais alienados,
- 621 Imóveis para fins não habitacionais (escritórios, lojas) alienados.

A requalificação dos bairros Margoso (Prenda de baixo), Catambor assim como a zona adjacente ao Morro da Luz e uma parte do Bairro Calemba (Vala Senado da Câmara) vai trazer ao Distrito maior qualidade de vida, com a implantação de novas infraestruturas habitacionais e não só, e gerar novos postos de trabalho e assim cresce a economia do Distrito, e por causa disso vai provocar decréscimo da população com a transferência desta para outras áreas habitacionais (Zango).

Nos últimos cinco anos, a evolução das principais acções do desenvolvimento urbano e ordenamento do território no distrito da Maianga, reflete nos vários documentos legais assinados, incluindo as licenças, assim como os vários documentos para requalificações, construções e legalização de terrenos habitados.

1.3.3 Água

O relatório do Inquérito dos Indicadores Múltiplos (MICS) de 2008 sobre a situação de Água e Saneamento do país – ANGOLA revela uma cobertura em cerca de 68% das populações com acesso à água potável e uma cobertura de 59% das populações com acesso ao saneamento nas áreas urbanas e peri urbanas.

No sector da água, tradicionalmente considerado como tendo melhor documentação e dados sobre as iniciativas de desenvolvimento do sector, há evidências nítidas das desigualdades geográficas e socioeconómicas, como o mostram a tabela e os gráficos que se seguem. O abastecimento de água e a sua distribuição estão a melhorar, sobretudo nas zonas urbanas. Isto traduz-se não só num maior consumo de água por parte da população urbana, mas também no facto de mais pessoas terem acesso a fontes seguras de água. O investimento no sector de água e saneamento e os projectos implementados tiveram como consequência o aumento da capacidade de abastecimento nominal em 27% em 2006/7. Apesar deste excelente registo, apenas 10% deste aumento chegou de facto ao grande público, devido à limitada capacidade de armazenamento de água e à insuficiência das redes de distribuição.

A falta de planeamento urbano nos povoados periurbanos torna necessários os chafarizes e poços cavados à mão. As fontes mais comuns para o abastecimento de água segura são: Chafarizes (16%), furos protegidos (12%), cacimbas (6%). 72% da população não tem acesso a infraestruturas de saneamento apropriadas. Só um em cada três agregados familiares em Angola usa sanitas. Nas zonas rurais, apenas um em cinco usa sanitas. (MINEA 2004)

Actualmente o Distrito de Maianga tem 2 sectores sem acesso a água potável: Antonov 57 (Catinton), Terra Vermelha e Rocha Pinto, Morro da Luz.

1.3.4 Saneamento

A rede de esgostos estão implantados apenas nas áreas urbanas nomeadamente (bairro da Maianga, Martíres do Kifangondo e Cassenda), nas zonas sub urbanas como alternativas estão implantadas valas

de drenagem (Rocha Pinto, Cassequel e Morro da Luz), existem desvantagens destas valas, porque a população deposita lixo o que provoca poluição do ambiente e surgimento de várias doenças.

A irregularidade na recolha do lixo, provoca também vários constrangimento a saúde pública, e a única operadora para a recolha do lixo é a empresa ENVIROBAC.

A Administração do Distrito, apenas faz o acompanhamento da empresa da recolha do lixo.

Os bairros que beneficiam da recolha do lixo são:

- Cassenda
- Maianga
- Mártires de Kifangondo
- Prenda
- Kassequel
- Antonov 57
- Bairro da Madeira
- Polícia
- Calemba

Os bairros que não se beneficiam da recolha do lixo são:

- Rocha Pinto
- Terra Vermelha
- Morro da Luz
- Bairro da Paz
- Paviterra

A população não tem o hábito de defecar ao ar livre, pois existem dois (2) balneários públicos localizados nas seguintes ruas: na Avenida 21 de Janeiro (Praça dos Campeões); Um (1) no Largo das Escolas.

No sector Paviterra, **com cerca de 250 Famílias**, existe um amontoado de resíduos sólidos, com forme ilustra a imagem a baixo, sem possibilidade de entrada de meios rolates para retirada do mesmo.

Para sulicionar esta situação sugerimos realojamento das familias e requalificação da zona.



Foto :
Fonte:



Foto:
Fonte:



Foto :
Fonte:

1.3.5 Energia

Tabela 15: Água, Saneamento e Energia

Descrição	Comuna
Água	
40 % de casas com água canalizada	Prenda, Cassequel e Maianga
Nº de chafarizes	3 (Prenda) 2 (Cassequel) 4 (Maianga)
% de casas em que o abastecimento de água é a partir do rio	Não Existem
% de casas em que o abastecimento de água é a partir de cacimbas	Não Existem
Existe um furo de água com bomba eléctrica no IMEL	
% de casas com acesso a água tratada	Cerca de 70%
Saneamento	
% de casas com casa de banho ou latrina	Cerca de 85%
% de casas com latrina	Cerca de 99%
Aterros sanitarios no distrito	Não tem
Casas que beneficiam de recolha organizada de lixo	Cerca de 40%
Energia	
% de casas que beneficiam de energia eléctrica	Cerca de 60%
% de casas que beneficiam de energia alternativa	Cerca de 40%

Fonte: Administração do Distrito Urbano da Maianga 2013

Nota: Energia Eléctrica 68% de energia eléctrica, e 32 % com fontes alternativa (Geradores).ÁGUA 55% tem água canalizada, e 45% não tem água canalizada. Temos 205 PTs, Mais 7 PTs com maior potência, totalizando assim 212 PTs no Distrito Urbano da Maianga. Distribuidos nos seguintes Bairros:

- Maianga - 46 PTs
- Cassequel - 54 PTs
- Prenda-Rocha Pinto- 112 PTs

O Distrito da Maianga tem um total de clientes de 61.762, até Dezembro de 2013.

1.3.6 Proteção social

No âmbito da coordenação institucional foram realizadas actividades em apoio aos Antigos Combatentes e Veteranos da Pátria durante os últimos cinco anos (desde 2008).

Tabela 16: Grupos Populacionais Vulneráveis na Maianga

Antigos Combatentes e Veteranos da Pátria	Total
Assistidos	32.390
Deficientes Físicos	3.782
Viúvas	934
Orfãos de Guerra	2.764
Ascendentes	360
Total Geral	40.230

Fonte: Sector de Assistencia Social da Administração da Maianga 2013

- Distribuídos 24 Kits (Mecanica 8, Pedreiro 7, Recauchagem 3, Moto Taxi 6). As distribuições estavam enquadradas no Programa ANGOLA JOVEM, onde os beneficiários incluíram as Cooperativas 19; Jovens do Rocha; Cooperativa Paulinho; Geração Comunitaria, Jucarente; Cooperativa Lama e Renascer.

Controlo de Grupos Vulneráveis Assistidos de 2012/2013

Tabela 17:

Assistidos	Cassequel	Prenda	Maianga	Masc.	Femen.	Total
Viúvas	361	402	132	0	895	895
Orfãos	1444	1608	528	1500	2080	3580
Apoio aos Sinistrados das Chuvas e Desastres naturais	835	260	14	500	609	1109
Apoio aos Sinistrados de Incêndio	16	12	9	15	22	37
Idosos	271	100	23	230	164	394
Dificientes	31	27	7	46	19	65

Fonte: Sector de Assistencia Social da Administração da Maianga 2013

Nota: Os dados dos idosos constantes no mapa são, os considerados vulneráveis e assistidos regularmente quando temos ou recebemos alguns produtos de cesta básica. E quanto aos deficientes temos algumas especificidade como: deficientes físicos, paraplegicos, Visuais, Auditivo e Sindromedam.

As idades dos portadores de deficiência compreende dos 5 aos 75 anos; **os problemas que a maioria enfrenta prende-se com a falta de emprego, habitação e acesso a escola.**

1.3.7 Acesso, transportes e comunicações

Em termos de acessibilidade, a Maianga possui importantes vias, como avenidas Revolução de Outubro, Avenida Ho Chi Min, e ruas que ligam aos restantes Municípios e Distritos. Por ser um Distrito com importantes infraestruturas, e comércio o transito nas vias é intenso. Existe uma rede de transporte público insuficiente, o transporte mais comum são os táxis vulgarmente chamados de candongueiros.

Relativamente as vias secundárias, no interior dos bairros Cassenda, Mártires do Kifangondo estão em perfeitas condições. Quanto as terciárias no interior dos Sectores do Prenda, Rocha Pinto, Morro da Luz, Cassequel, Terra vermelha, Antonov 57 (Catinton) estão em péssimas condições.

A unidade sanitária com via de acesso em boas condições é o Centro Saúde do Prenda, e as ruas de acesso aos centros Alegria, Preventório Infantil, Catambor, Kapipa, Antonov 57 (Catinton) em péssimas condições.

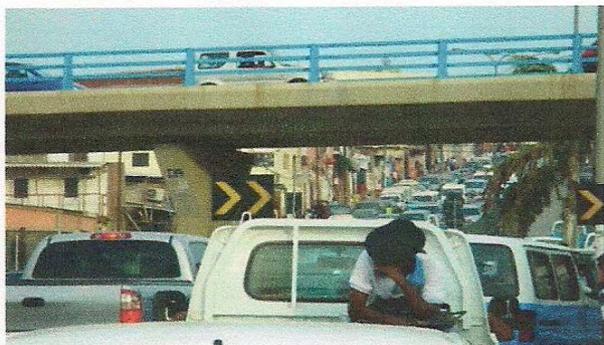


Foto : Vias de transito intenso na Maianga
Fonte: autora, Luanda, Fevereiro 2010



Foto: Vias de transito intenso na Maianga
Fonte: autora, Luanda, Fevereiro 2010

Tabela 18: Acesso, Transporte e Comunicações

Bairro	Distância da Unidade Sanitária	Tipo de Unidade Sanitária	Meios de Acesso	Tipo de transporte	Meios de Comunicação
Rocha Pinto	10 Km	CS Alegria	Rua asfaltada	Viatura, bicicleta, motociclos	Telefonico
Cassequel	4 Km	CS Cassequel	Rua Pavimentada não asfaltada	Viatura, bicicleta, motociclos	Telefonico
Cassequel	12 Km	CS Catinton	Rua Pavimentada não asfaltada	Viatura, bicicleta, motociclos	Telefonico
Maianga	3 Km	CS Catambor	Rua Pavimentada não asfaltada	Viatura, bicicleta, motociclos	Telefonico
Maianga	800 M	PS Maianga II	Rua asfaltada	Viatura, bicicleta, motociclos	Telefonico
Rocha Pinto	11 km	CS Proventório Infantil	Rua Pavimentada não asfaltada	Viatura, bicicleta, motociclos	Telefonico
Prenda	800M	CS Prenda	Rua asfaltada	Viatura, bicicleta, motociclos	Telefonico
Rocha Pinto	12 Km	PS Rocha Pinto II	Rua não Pavimentada não asfaltada	Viatura, bicicleta, motociclos	Telefonico

Fonte: Administração do Distrito Urbano da Maianga 2013

1.3.8 Políticas transversais

Com vista as assimetrias e combate a pobreza a curto, médio e longo prazo, o Distrito da Maianga tem vindo a desenvolver vários programas, nomeadamente:

Necessidade de se reflectir concretamente as experiencias vividas no Distrito, com os Programas abaixo.

1. **Programa Municipal Integrado de Desenvolvimento Rural e Combate a Pobreza (PMIDRCP):** Este programa tem como objectivo levar os serviços sociais básicos às populações necessitadas através dos programas específicos tais como: Cuidados primários de saúde, fomento agrícola, merenda escolar e outros.

Destacamos a construção do Mercado novo no Catinton, reabilitação de Mercado do Prenda, Escolas 2011 e 2023, Construção do Jango comunitário no Catinton e casa de trânsito para sobado e balneário publico no Catinton , melhoramento de vias terciarias sobretudo no Cassequel e Rocha Pinto, Construção do balneário publico junto a praça dos campeões, Construção do Mercado da Avenida 21 de Janeiro.

2. **Programa de água para todos:** Tem como objectivo garantir o acesso a água potável às comunidades e animais de todo o município através da construção de furos de água, instalação de bombas manuais e solares. Não foram apurados dados concretos no âmbito deste Programa.
3. **Método SIM eu posso:** É um método de alfabetização com objectivo de reduzir acentuadamente o índice de alfabetismo. A luz da tabela X foram alfabetizados 12.098 pessoas, dos quais 9.614 do sexo femenino(79%).
4. **No âmbito da segurança alimentar,** foram feitas algumas hortas nos quintais, além da criação animais domésticos(cabritos, porcos, galinhas, patos) sem dados quantitativos relevantes.

1.4 Perfil sanitário do município

O Distrito Urbano de Maianga possui uma rede sanitária composta pelo um total de 8 Unidades Sanitárias (US) públicas, nomeadamente 1 Centro Materno Infantil, 2 Centros de Saúde de Referência (CSR), 2 Centros de Saúde (CS), 1 Centro de Saude Especializado e 2 Postos de Saúde (PS), ao passo que a rede sanitária privada responde à demanda das populações habitantes com um universo de 25 unidades sanitárias, isto é, 3 CS, 7 Clínicas e 15 Centros Médicos.

Tabela 19: Informação epidemiológica de doenças mais frequentes periodo 2010 - 2013

Doenças	Casos			
	< 5 anos	5 - 14 anos	> 5 anos	Total
Cólera	0	0	0	0
Difteria	107	26	7	140
Disenteria	12,415	9,936	10,657	33,008
Doença Diarreica Aguda	56,466	36,929	44,820	138,215
Doença Respiratória Aguda	80,102	49,012	65,098	194,212
Febre tifóide	8,683	19,055	56,507	84,245
Febre amarela	0	0	0	0
Infecções de transmissão sexual (ITS)	166	847	30,643	31,656
Lepra	0	323	1,828	2,151
Malária	161,019	132,156	232,049	525,224
Má nutrição Aguda	2,497	3,066	1,308	6,871
Meningite	168	0	0	168
Paralisia Flácida Aguda (Poliomielite)	90	0	0	90
Raiva (mordeduras)	6	16	0	22
Sarampo	20	244	0	264
Shistosomíase	0	0	0	0
SIDA	7	339	309	655
Síndromas Ictéricos	0	0	2	2
Tétano –neonatal	0	0	0	0
Tosse convulsa	0	0	0	0
Tuberculose	568	1,430	3,079	5,077
Varicela	1,027	971	903	2,901
Xeroftalmia	0	0	0	0

Fonte: Repartição de Saude da Maianga 2013

1.4.1 Malária

Tabela 20: Caos de Malaria

Indicador	2009	2010	2011	2012	2013
Casos confirmados	127.464	64.524	60.630	40.180	86.117

Fonte: Repartição de Saude da Maianga 2013

Conforme a tabela, os casos confirmados de malária foram diminuindo de ano para ano, devido as acções de luta anti larvar e vectorial a nível do distrito realizadas pela equipa de trabalho composta por assessores entomólogos de nacionalidade cubana e dez jovens que realizam outras actividades.

Com o aparecimento da **Febre Dengue**, houve um aumento de casos de Síndromes Febris, insuficiência de testes rápidos para malária, ausência de mosquiteiros, aliado ao fraco diagnóstico, isto fez aumentar o número de casos por malária.

Constrangimentos:

- Pessoal insuficiente para as acções de fumigação, distribuição de larvicidas.
- Salários baixos não bancarizados.
- Transporte insuficiente para actividades de supervisão e formação nas unidades sanitárias.

Soluções:

- Aumentar a equipa de trabalho.
- Adequar o salário as actividades desenvolvidas pela equipa da Malária e que sejam os valores depositados em conta bancária pessoal.

1.4.2 Doenças diarreicas agudas

Tabela 21: Casos de Doenças Diarréicas Agudas

Indicador	2009	2010	2011	2012	2013
Casos confirmados	24.055	25.328	28.299	221.114	54.833
Disenteria com sangue	1.357	5.710	2.344	3.256	N/D

Fonte: Repartição de Saúde da Maianga 2013

Como mostra a tabela, em 2012, houve um aumento de casos de Doenças Diarreicas Agudas (221.114), deficiente distribuição de água potável a população em geral devido a diminuição do caudal de água. Em 2013 os casos de doenças diarreicas diminuíram, devido ao aumento de abastecimento de água potável pela administração e ao aumento das acções de saúde pública no que concerne a distribuição de hipoclorito a população.

Constrangimentos:

- Pessoal insuficiente para as acções de saúde pública.
- Insuficiente solução mãe de hipoclorito de cálcio.
- Salários baixos não bancarizados.
- Transporte insuficiente para actividades de mobilização as populações.

Soluções:

- Aumentar a equipa de trabalho.
- Adequar o salário as actividades desenvolvidas pela equipa, e que sejam os valores depositados em conta bancária pessoal.

1.4.3 Doenças respiratórias agudas

Tabela 22: Casos de Doenças Respiratórias Agudas

Indicador	2009	2010	2011	2012	2013
Casos confirmados	32.929	32.491	40.289	103.416	72.682

Fonte: Repartição de Saúde da Maianga 2013

Na tabela existe um pico de doenças respiratórias em 2012, (103.416) no entanto em 2013, nota se uma diminuição considerável, isto se deveu a introdução da vacina Pneumo 13.

1.4.4 Tuberculose

Tabela 23: Caso e óbitos confirmados de Tuberculose

Indicadores do Problema	2009	2010	2011	2012	2013
Casos confirmados	5.368	1.657	891	980	824
Nº de óbitos	N/D	N/D	5	25	2

Fonte: Dispensario da tuberculose 2013

Tabela 24: Casos de Tuberculose em tratamento, curados e abandonos na Maianga, 2009 a 2013

Indicadores dos Serviços	2009	2010	2011	2012	2013
No. de casos em Tratamento	944	891	914	792	824
No. de casos que terminaram Tratamento	500	557	557	486	492
No. de casos curados com confirmação	296	456	456	390	255
No. de casos curados sem confirmação	204	101	101	96	237
No. casos de abandono	420	301	301	356	219
No. de casos com fracasso do Tratamento	9	6	6	3	1
No. de pacientes de TB com teste VIH+ (Casos Testados)	503	1.084	1.318	1.188	1.527
No. de pessoas com teste de VIH+	93	250	221	205	216

Fonte: Dispensario da tuberculose 2013

A tuberculose e uma patologia endemica integrada no Programa Nacional de Tuberculose, as suas actividades decorrem sem intervenção directa da repartição, e coordenada por um medico, supervisor entre outros técnicos.

Os casos de tuberculose no distrito apresentam um comportamento endémico. Sem grandes variações.

1.4.5 Sarampo

Tabela 25: Casos de doenças imunopreveníveis na Maianga, 2009-2013

Indicador	2009	2010	2011	2012	2013
Casos Varicela	S/D	2.683	401	11	20
Casos Sarampo	S/D	S/D	28	S/D	45
PFA	S/D	S/D	S/D	S/D	11

Fonte: Repartição de Saude da Maianga 2013

A presença de casos de sarampo e devido a fraca aderência a vacinação de rotina que ainda se nota a nível das unidades sanitárias.

Constrangimento:

- Os técnicos chegam tarde e saem cedo do do local de trabalho.
- Muitos deles são estudantes.

Solução:

- Aumentar o numero de técnicos.
- Integrar o serviço de vacinação 24 horas.

1.4.6 VIH/SIDA

O Programa no distrito da Maianga começou no ano 2007 e actualmente oferece ATV nas 8 unidades sanitárias públicas embora que em 2013, devido a obras de reabilitação no CS Maianga e no CS Preventório Infantil, o serviço parou temporariamente. Quanto ao serviço de PTV, só 4 unidades sanitárias oferecem o serviço: o CS Alegria, Cassequel, Catinton e CS do Rocha Pinto. O tratamento com ARVs, oferece-se em 4 unidades sanitárias: Alegria, Cassequel, Rocha Pinto, CS do Prenda.

Em Julho de 2013, com apoio do INLS, DPSL e do Projecto ForçaSaúde, duas enfermeiras foram treinadas com a nova abordagem que permite-as prescrever ARVs. Elas trabalham no Cassequel e Rocha Pinto. Durante o ano de 2013, as enfermeiras treinadas formaram tecnicas de outros centros na nova abordagem: 5 no CS de Alegria; 5 Rocha Pinto; 5 no Cassequel e 4 enfermeiras no CMICatinton. Só falta o pessoal do CS de Prenda e Catambor.

As roturas mais frequentes tem sido de kits de testes rápidos e de medicamentos, no entanto se tem observado uma grande melhoria a partir em 2013.

As palestras sobre o VIH são frequentes e realizam-se nas unidades sanitárias. Ainda não fizemos palestras em conjunto com ONGs ou escolas.

Infeções de Transmissão Sexual (ITS)

Os dados extraídos das estatísticas da R.S.D da Maianga revelam um numero de casos confirmados de **I.T.S 5.312** em 2012, para **5.237** em 2013. Em 2009, o numero foi de **2.014**, em 2010 **5.182** e **8.888** em 2011.

As unidades sanitárias de Prenda e Cassequel foram treinadas especificamente para tratar das ITS no 1999. Mas apartir de alí, todas as unidades sanitárias fazem a busca activa das ITS nas salas de planeamento familiar. Ambas U.S tem laboratórios onde se faz o exame de VDRL. Os utentes são referidos aos laboratórios privados para fazer os exames de exudado vaginal. Os casos mais frequentemente diagnosticados são os condilomas e as gonorreias, clamídias, cervicites e sífilis.

Os serviços são oferecidos para a população em geral e temos tido casos em crianças que vem referidos do Hospital Pediatrico e Banco de Urgências.

Se fazem palestras nas unidades sanitárias. O ponto focal das ITS é também o ponto focal do VIH e SIDA que trabalha no CS de Cassequel.

Os casos de violencia sexual na sua maioria vem referidos da polícia e todas as unidades sanitárias tem sido treinadas para fazer a profilaxia com as pílulas de emergência. A profilaxia de VIH só se faz nas unidades que oferecem o serviço.

Tabela 26: Casos e óbitos de VIH e SIDA na Maianga, 2009 a 2013

	2009	2010	2011	2012	2013
Casos	S/D	326	339	138	195
Óbitos	S/D	0	0	0	0

Fonte: Repartição de Saude da Maianga 2013

As unidades sanitárias do distrito estão vocacionadas ao tratamento ambulatorio, não fazem internamento de doentes com HIV/SIDA, por esse motivo não temos registo de óbitos.

Constrangimentos:

- Atraso da recolha de dados estatísticos.
- As roturas mais frequentes tem sido de kits de teste rápido e de antirretrovirais, mas se tem observado uma grande melhoria a partir do 2013.

Soluções:

- Aumentar o numero de técnicos e formação.
- Aquisição de transporte.

Tabela 27: Casos de VIH e SIDA na Maianga, 2009-2013

Indicador	2009	2010	2011	2012	2013
No. de adultos aconselhados e testados		1.457	2.868	1.075	3.127
No. de adultos positivos		98	136	31	100
No de crianças testadas		73	75	33	171
No. de crianças positivas		9	4	7	12
No. de grávidas aconselhadas e testadas	7.209	9.417	6.559	3.189	4.085
No. de grávidas positivas	0	219	204	67	83
No. de adultos em tratamento				31	100
No. de crianças em tratamento				7	12
No. de grávidas em tratamento				67	83

Fonte: Repartição de Saude da Maianga 2013

No 2012 e 2013, só se tem informação do total de casos. Dados de adultos, grávidas e crianças pertecem a 4 US: Rocha Pinto, Cassequel, Alegria e Prenda.

Infeções de Transmissão Sexual (ITS)

Os dados extraídos das estatísticas da RSD da Maianga revelam uma reducao do numero de casos confirmados de 53.122 em 2012, para 5.237 em 2013 (Verificar os dados e as causas da redução). Em 2009, o numero foi de 2014 (em 2009), 5,182 em 2010 e 8.888 em 2011.

As unidades sanitárias de Prenda e Cassequel foram treinadas especificamente para tratar das ITS no 1999. Mas apartir de alí, todas as unidades sanitárias fazem a busca activa das ITS nas salas de planeamento

familiar. Ambas US tem laboratórios mas não tem reagentes para fazer os exâmes de VDRL e exudado vaginal. Os utentes são referidos aos laboratórios privados para fazer os exâmes. Os casos mais frequentemente diagnosticados são as condilomas e as gonorreas, clamidia, servicites e sífilis.

Os serviços são oferecidos para a população em geral e temos tido casos em crianças que são referidos de pediatria ou banco de urgências.

Se fazem palestras nas unidades sanitárias. O ponto focal das ITS é também o ponto focal do VIH e SIDA quem trabalha no CS de Cassequel.

Os casos de violencia sexual na sua maioria vem referidos da polícia e todas as unidades sanitárias tem sido treinadas para fazer a profilaxia com as pílulas de emergência. A profilaxia de VIH só se faz nas unidades que oferecem o serviço.

1.4.7 *Tripanossomíase*

Não tem se registado casos nos últimos 5 anos.

1.4.8 Cólera

No 2009 realizaram-se 453 palestras assistidas por 79.765 pessoas . No 2010 realizaram-se 460 palestras com assistencia de 80.640 pessoas. No 2011, realizaram-se 312 palestras nas comunidades com a participação de 39.758 pessoas. Actualmente o distrito de Maianga tem 2 bairros sem acesso a água potável:

Catinton (comuna de Cassequel) e Rocha Pinto (comuna do Prenda). No 2012, fizeram-se 97 palestras sobre a cólera com participação de 17.588 pessoas. No ano de 2013 realizaram-se 370.041 palestras e distribuímos 99.300 litros de solução mae de hipoclorito de cálcio.

Tabela 28: Situacao da colera

Indicador	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Casos	65	2	0	0	2	0

Fonte: Repartição de Saude da Maianga 2013

Dados Estatísticos da Direcção Distrital de Saúde revelam que contrariamente aos 65 casos de cólera assinalado em 2008, apenas 2 casos foram notificados em 2009 e 2012.

Foram realizadas palestras de sensibilização em em 2009 a 79.765 pessoas , em 2010 com 80.640 pessoas presentes e em 2011 com 39.758 pessoas.

Actualmente o distrito de Maianga tem 2 bairros sem acesso a água potável: Catinton (comuna de Cassequel) e Rocha Pinto (comuna do Prenda). Estes dois bairros tem sido alvo de açoes de prevenção da cólera e distribuicao de hipoclorito de cálcio para desinfecção da agua. Todas essas açoes contribuíram para que em 2013 não se notificasse casos de cólera. Para a realização das actividades de prevenção da cólera, repartição de Saude do distrito da Maianga conta com a equipa de saúde publica e mais dez mobilizadores, liderados pelo responsável de saúde publica e ponto focal da cólera da Direcção da Repartição da Cidade de Luanda.

1.4.9 Lepra

Não tem se registado casos nos últimos 5 anos.

1.4.10 Doenças negligenciadas

Não tem se registado casos nos últimos 5 anos.

1.4.11 Saúde materna e infantil

Para o funcionamento da saude materna, existe na repartição o ponto focal para a saude reproductiva que responde pelas consultas de PF, CPN, e partos. E representado por uma enfermeira, a qual seresponsabiliza pela supervisao, formação, gestao de anticoncepcionais e os dados estatisticos produzidos pelas unidades. os problemas e constrangimentos que devem ser resolvidos prendem-se com o insuficiente número de técnicos e transporte para apoio as actividades de formação.

O mesmo acontece em relação a saude infantil, a repartição conta com o supervisor do PAV, que trabalha com o tecnico da vigilancia epidemiologica e a tecnica de mobilização social e com apoio do

ponto focal da OMS, na de busca activa para os casos de doenças imunopreveníveis, nas campanhas de vacinação e nas equipas moveis e avançadas de vacinação.

Saude Infantil

Tabela 29: Situacao de Indicadores de Saude Infantil no Distrito da Maianga, 2010 a 2013

Indicadores dos Serviços	2009	2010	2011	2012	2013
1. BCG	12.387	14.614	12.825	14.428	9.603
2. Polio 0	12.269	14.194	12.426	14.499	50.186*
3. Polio 1	19.488	22.762	19.622	22.489	
4. Polio 3	18.624	21.863	18.167	22.420	
5. Penta 1	20.479	23.519	20.177	23.063	16.376
6. Penta 3	18.947	21.863	19.170	22.986	15.493
7. Sarampo	15.675	18.546	16.792	21.971	13.910
8. Febre Amarela	9.281	694	14.964	15.928	9.200

Fonte: Repartição de Saude da Maianga 2013

O elevado numero registado de crianças vacinadas contra a Polio em 2013 deve-se ao facto da DPSL ter mudado o formato do relatório anual preenchido pelas RMS.

O distrito tem actualmente uma cobertura vacinal 82 %.

Malnutrição infantil

O numero de casos confirmados de malnutrição proteino calórica no seio das crianças menores de 5 anos passou de 980 em 2010, 1687 em 2011, 1584 em 2012, antes de baixar para 496 em 2013.

O numero de nascidos vivos com baixo peso ao nascer (com menos de 2500 g), subiu de 2.132 em 2012 para 6.161 em 2013. A sala de malnutrição encontra se em obras de reabilitação. O pessoal técnico esta em vias de aposentação, necessitamos de formação para outros técnicos.

Constrangimentos:

- Atraso no envio e da recolha de dados estatísticos.

Soluções:

- Aumentar o numero de técnicos e formação.
- Aquisição de transporte.

Saúde Materna

Tabela 30: Cobertura de serviços de atendimento materno na Maianga, 2009 a 2013

Indicador dos Serviços	2009	2010	2011	2012	2013
Nº grávidas que assiteram a 1ª CPN	20.652	21.794	18.821	16.732	6.855
Nº de grávidas que receberam 2ª dose de Tétano	14.875	16.079	16.442	15.681	13.320
Nº de MIF que receberam vacinba de tétano	9.503	11.159	8.525	13.772	12.096
Nº de Puerpuras que receberam Vit. A	6.321	9-401	7.601	10.711	3.912
Nºde grávidas que receberam 2ª dose de TIP	5.203	7.142*	7.099*	8.631	9.506
Nº de grávidas que receberam AT de VIH	7.209	9.417	6.559	3.189	4.085

Indicador dos Serviços	2009	2010	2011	2012	2013
Nº de grávidas VIH+ que fazem profilaxia	S/D	S/D	S/D	67	83
Nº de partos institucionais	5.771	5.490	6.255	5.610	9.433
Nº nados vivos	5.722	5.427	6.199	5.548	9.379
Nº de grávidas transferidas por complicações	S/D	S/D	1.902	2.064	S/D
Nº de palestras realizadas nas comunidades	197	266	194	177	368
Nº de grávidas que receberam mosquiteiros	8.900	36.376	0	0	0
Nº de grávidas transferidas por complicações maternas ao H. A Ngangula	S/D	S/D	1.473	1.307	S/D

Fonte: Repartição de Saúde do Distrito da Maianga

*Dados da DPSL, Dep. De Saúde Pública, Insp., Estudos e Planeamento Estatística

Alta Fertilidade

O serviço de planeamento familiar e actualmente oferecido em todas as unidades sanitárias desde 1999 com excepção do Preventório. Embora que preve-se a implantação posterior. Estas unidades sanitárias oferecem os métodos como pilulas, preservativos, depo-provera, DIU e implantes (só 4 US). O serviço de tratamento pos aborto com misoprostol é oferecido nos centros com sala de parto Alegria, Catinton, e Cassequel.

O serviço de implantes começou em Maio do 2012 no Cassequel, Prenda e Alegria. No Catinton, o serviço começou no 2013. A aderença tem sido muito alta mas temos tido alguns casos de mulheres que sofrem de efectos colaterais o os maridos pedem para retirar, mas não tem sido frequentes.

Normalmente os CS de Prenda e Cassequel, tem dois dias na semana que oferecem serviços específicos para jovens dos 15 aos 24 anos que abrangem outros temas como menstruação, menarca, namoro, a sexualidade em geral, dentro do Projecto JIRO (Juventude Informada Responsavel e Organizada).

Tabela 31: Cobertura contraceptiva na Maianga, de 2009 a 2013.

Indicador	2009	2010	2011	2012	2013
Casos novos de PF	14.792	11.779	12.928	10.291	3.052
Pilula (novos)	S/D	2.545	3.061	4.171	5.162
Depo (novos)	S/D	6.385	6.561	6.415	4.282
DIU (novos)	S/D	106	91	103	107
Preservativos (novos)	S/D	2.743	3.215	S/D	S/D
Implante (novos)	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
Mesoprostol	S/D	S/D	S/D	S/D	S/D
Casos retorno de PF	38.269	20.797	26.202	18.087	14.006
Pilula (retornos)	S/D	4.280	5.134	S/D	S/D
Depo (retornos)	S/D	13.065	13.937	S/D	S/D
DIU (retornos)	S/D	81	58	S/D	S/D
Preservativos (retornos)	S/D	3.371	7.073	S/D	S/D

Fonte: Relatórios anuais, distrito 2010 e 2011: DPSL, Depto de Saúde Pública, GEPE.

A população estimada de MIF no distrito é de 152.450 mulheres, o que indica uma cobertura PF de 2,7%.

E preocupante a redução para 1.5% do total de consultas de PF pela primeira vez, em 2013.

Em relação aos casos mortalidade materna por causas directas e indirectas não estão referidos no documento porque são detectados precocemente e são de imediato transferidas para a Maternidade de Referencia.

Tabela 32: Mortalidade Materna

Mortalidade materna	Directas		Indirectas	
	Causa	óbito	Causa	óbito
	Hemorragias		Malária	
	Ruptura uterina		Anemia	
	Eclâmpsia			
	Sépsis			
	Outras			
Total		Não temos dados		Não temos dados

Fonte:

Tabela 33: Transferencias Materna

Indicador	2009	2010	2011	2012	2013
No. de grávidas transferidas por complicações maternas ao H. Lucrecia Paim			429	757	

Fonte: Area de Estatistica da Maternidade Lucrecia Paim 2013

1.4.12 Doenças crónicas não transmissíveis

Não temos registos casos de Diabete Mellitus, Doenças Cardiovasculares, Dislipidemias e Cancro. Estes doentes são referidos para os hospitais.

Em 2013, 5.237 acidentes de viação, entre violência domestica, assaltos e acidentes de viação, foram tambem reportados, a luz do Relatório Piquete Processo Funerario Policia Divisão Maianga 11 casos de Epilepsia, 15 casos de Hipertensao arterial e 18 de óbitos por senilidade foram notificados. O programa de doenças cronicas não transmissíveis ainda não existe na repartição de saúde do distrito, a nossa prioridade de momento e a saúde da mae e da criança.

1.5 Serviços de saúde e sistema de gestão

1.5.1 Infraestruturas

A partir da nova distribuição administrativa do município de Luanda no 2012, a Maianga deixou de ser município para ser um distrito do município de Luanda. A partir desse momento, o distrito ganhou mais uma unidade sanitária que foi o CMI do Catinton.

Tabela 34: Rede Sanitaria na Maianga

U.S	Bairro Comuna	Proprietário	Indicar a US de Ref. Distância em KM	Distância em Km do distrito sede	Meios de Transporte				Estado		
					Amb	Ca	Mo	Bi	Bom	Reg	Mau
CSR Alegria	Prenda	C.A.C.L		10Km	X					X	
CSR Catinton	Cassequel	C.A.C.L		12 Km	X					X	
CSR Cassequel	Cassequel	C.A.C.L		8 KM	X					X	
CSE Preventório	Prenda	C.A.C.L		10 km					X		
CS Prenda	Prenda	C.A.C.L		3 km						X	
CS Maianga	Maianga	C.A.C.L		4 km						X	
CS Catambor	Maianga	C.A.C.L		4 km					X		
PS II Rocha Pinto	Prenda	C.A.C.L		11 km						X	
Total					3	1	2	0			

Fonte: Repartição de Saude da Maianga 2013

Meios de transporte: Am=Ambulância; Ca=Carro; Mo=Motorizada; Bi=Bicicleta
Estado da Unidade Sanitária: B=Bom (Construção Definitiva e infraestrutura mantida); R=razoável (Construção em adobe mantida ou definitiva carecendo de algumas obras); M=Mau (Construção com materiais precários e todas aquelas que não respondem aos critérios anteriores sendo elas de construção definitiva ou adobe).

O abastecimento em água potável nas unidades sanitárias públicas tem sido feito pelos camiões cisternas; anualmente fala-se de uma média de 62.180 m³ de consumo de água potável. Não dispõe de água canalizada o centro de saúde Katinton, Alegria e Prenda. O centro de saúde todos tem energia electrica.

Sistema de Referência e contra referência

O distrito não tem hospitais de nível secundario . Todos os centros principalmente os que fazem banco de urgência referenciam os seus doentes para o hospital do Prenda, Josina Machel e hospital Pediatrico. O centro de saúde Katinton, transfere os seus doentes para o Hospital da Samba dada proximidade. Dos centros que fazem banco de urgência o centro de saúde do Prenda não tem ambulância, para a

transferência dos doentes utilizamos a ambulância do centro de saúde Kassequel. O doente é enviado na companhia de um técnico do banco de urgência e leva nota de transferência.

Constrangimentos:

- A mesma ambulância serve para atender os doentes:
- Do banco de urgência.
- Da sala de parto.
- Apoia as actividades de carácter social que ocorrem no distrito.

Solução:

- Aquisição de 1 ambulancia para o centro de saúde do Kassequel, Prenda, Alegria e Katinton.

1.5.2 Recursos humanos

No 2011, o distrito tinha 535 trabalhadores mas actualmente temos 521 devido a falecimentos. Contamos com 23 médicos, 7 Enfermeiros Especializados, 2 Licenciados em Enfermagem, 196 Técnicos de Enfermagem, 2 Parteiras Especializadas e 70 Enfermeiros Auxiliares. No que se refere aos técnicos de diagnóstico terapéutico contamos com: 10 técnicos em radiologia, 4 em estomatologia, 46 em laboratório, 32 em farmácia e 1 em higiene epidemiológica. Não contamos com técnicos em oftalmologia nem em fisioterapia.

Além do pessoal clínico o distrito conta com 176 pessoal de apoio. Não temos pessoal comunitário.

Tabela 35: Recursos Humanos por Unidade Sanitária

US	Médicos	Enfermeiro			Parteira Espec.	Far ma.	Lab.	Radiol .	Fisio.	Oftal.	Higiene Epi.	Estomat .	Outros
		B	M	S									
Alegria	2	18	29	1	1	6	8	0	0	0	0	0	0
Cassequel	4	17	37	1	1	6	10	1	0	0	0	2	1
Catinton	2	3	26	1	0	4	6	9	0	0	0	0	0
Prenda	7	5	26	0	0	4	11	0	0	0	0	2	0
Catambor	2	8	11	1	0	3	3	0	0	0	0	0	0
Maianga	3	6	12	3	0	3	3	0	0	0	0	0	0
Rocha Pinto	1	6	15	0	0	3	2	0	0	0	0	0	0
Proventório Infantil	1	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
São Fancisco Xavier*	0	0	9	1	0	2	3	0	0	0	0	0	0
Laboratório de Engenharia de Angola (LEA)*	0	0	2	0	0								
DPSL	0	0	2	0	0								
Sanidade Aérea*	0	0	8	0	0								
Nutrição	0	0	4	0	0								
Repartição de Saúde da Maianga	1					1		0			1		3
		3	10	1	0								
Total	23	70	196	9	2	31	46	10	0	0	1	4	4

Fonte: Repartição de Saúde da Maianga 2013

Tabela 36: Número de médicos, enfermeiras e parteiras por 100.000 habitantes

	Comuna de Maianga	Comuna de Prenda/Rocha Pinto	Comuna de Cassequel
Médicos	6	11	6
Enfermeiros	63	115	95
Parteiras	4	1	3

Fonte: Repartição de Saúde da Maianga 2013

A comuna do Prenda Rocha Pinto tem 4 unidades sanitárias 3 centros de saúde e 1 posto de saúde tipo II. Por isso apresenta maior numero de enfermeiros e médicos. As salas de parto das unidades sanitárias da Maianga, na sua maioria quem atende aos partos são as enfermeiras gerais. Contamos apenas com 7 enfermeiras especializadas.

1.5.3 Gestão, distribuição e controlo de medicamentos e dispositivos médicos

Nos último dois anos (2012-2013), não se tem recebido kits de medicamentos ou materiais gastáveis razão pela qual o distrito tem se visto na necessidade de comprar localmente e abastecer as unidades sanitárias. A maneira de comparação, no 2009, o distrito recebeu 67 Kits de Centro e 8 Kits complementares para cubrir as necessidades de 6 US públicas e uma privada (IERA).

*Adicionar linhas se necessário; **sim, se existir mais do que uma rotura por trimestre

Tabela 37: Medicamentos, vacinas e materiais recebidos no distrito

Tipo de Kit, vacinas, mosquiteiros e materiais	Qtd. recebida	Periodicidade de abastecimento				Frequente rotura de stock		Fonte de Abastecimento		
		Mensal	Trimestral	Semestral	Anual	Sim**	Não	Nível provincial	Outros	Stock
Kit de posto		Há 2 anos que não recebemos kits								
Kit de centro										
Kit complementar										
Kit obstétrico										
Kit de Planeamento Familiar										
Kit de parto limpo										
Outros										
BCG	29.000	X					X	X		
Pólio	33.500	X					X	X		
Pentavalente	45.500	X					X	X		
Sarampo	34.000	X					X	X		
Febre amarela	19.740	X					X	X		
Tétano	69.200	X					X	X		
Capsulas Vitamina A 200.000 ui	247.000	X					X	X		
Mosquiteiros tratados	0									



PLANO DISTRITAL DE DESENVOLVIMENTO SANITÁRIO 2013 - 2017



Tipo de Kit, vacinas, mosquiteiros e materiais	Qtd. recebida	Periodicidade de abastecimento				Frequente rotura de stock		Fonte de Abastecimento		
		Mensal	Trimestral	Semestral	Anual	Sim**	Não	Nível provincial	Outros	Stock
Seringas autobloqueantes 0,5 ml	198.000	X					X	X		
Seringas BCG 0,05 ml	29.000	X					X	X		
Seringas diluição 5ml+ agulhas 19 g	5.300	X				X		X		
Seringas diluição 2ml + agulhas 19 g	1.450	X				X		X		
Tesouras										
Algodão rolos 500 mg	150	X					X	X		
Caixas seguras de destruição	5.250	X					X	X		
Cartões de saúde infantil	5.000	X					X	X		
Mosquiteiros tratados	0									
Outros										

Fonte: Repartição de Saúde da Maianga 2013

Cadeia de Frío

A tabela a seguir apresenta a situação actual da cadeia de frio no distrito. De resaltar que as US de Catintor e Alegria tem arcas novas mas que vieram com defectos de fábrica o qual faz-se impossível o seu uso. O inventário actual das arcas e mini arcas foram compradas no 1995-1996 pelo que já estão muito velhas e precisa-se mesmo de compra de equipamento novo. De resaltar também que o distrito neste momento não tem arcas em funcionamento mas que precisa segundo o indica a tabela.

Tabela 37: Cadeia de frio, equipamentos no distrito da Maianga

Nível Municipal													Unidades Sanitárias								
Situação	No de Miniarcas				No de Arcas								Caixas Isotérmicas		No demini-arcas			Caixas Isotérmicas			
	RCW50-EK	RCW50-EG	RCW42-EKG	Outras (especificar) MK304	TCW1151	TCW1152	TFW800	SB302	MK804	TFW791	PF230-EK	Pequenas (1,5 a 5 L)	20 Litros	RCW50-EK	RCW50-EG	RCW42-EKG	Outras (especificar) TCW4	TCW1151	TCW1152		
En funcionamento	0	11	1	3	0	0	0	0	0	0	0	118	18		11	1	0	0	0		
Funcional sem utilização	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	2		0	0	0	0	0		
Não Funcional	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0		
Avariada	0	10	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0		10	1	0	0	0		
Necessidade	0	26	0	3	0	4	4	0	0	0	0	100	10		30	30	26	0	0		

Fonte: Repartição de Saúde da Maianga 2013. Inventário de Equipamento Atualizado

O inventário de necessidades a seguir foi levantado no 2012 com apoio da DPSL e do Projecto ForçaSaúde.

Tabela 38:

	PS São Francisco Xavier	CS Maianga	PS Catambor	CS Alegria	CS Rocha Pinto	CS Cassequel	CS Prenda	Proventório Infantil
EQUIPAMENTO EXISTENTE NOS CONSULTÓRIOS E SALAS								
BALDE LIXO CONTAMINADO	1	2	0	2	2	6	6	1



	PS São Francisco Xavier	CS Maiana	PS Catambor	CS Alegria	CS Rocha Pinto	CS Cassequel	CS Prenda	Proventório Infantil
EQUIPAMENTO EXISTENTE NOS CONSULTÓRIOS E SALAS								
BALDE LIXO NÃO CONTAMINADO	2	7	7	9	6	7	5	1
CAIXA MATERIAL PERFURO-CORTANTE	0	2	4	8	1	0	3	0
SECRETÁRIA	7	11	10	8	6	13	16	2
ARMÁRIO	5	3	5	9	4	7	6	1
CADEIRAS OU BANCOS EM BOM ESTADO	30	26	36	18	13	26	31	5
MARQUESA PARA EXAME	3	4	7	4	4	12	9	1
BANCO GIRATÓRIO PARA O PESSOAL	0	4	2	1	4	8	0	2
LÂMPADA COM FOCO FLEXÍVEL	2	2	2	2	1	6	4	0
KIT DE PARTO	0	0	0	1	0	39	0	0
ESTETOSCÓPIO	5	2	2	4	3	7	1	1
ESFIGMOMANÓMETRO	4	1	2	3	3	3	1	1
ESTETOSCÓPIO PINARD	1	2	3	3	2	6	3	0
TERMÓMETRO	10	2	4	2	7	6	3	0
TALÍMETRO	1	0	0	1	1	5	0	0
BALANÇA DE ADULTO	1	1	2	0	1	2	1	0
BALANÇA DO RECÉM-NASCIDO	0	0	0	1	0	2	0	0
ASPIRADOR DE SECREÇÕES	0	0	0	0	0	3	0	0
FITA MÉTRICA	1	2	4	4	2	1	6	0
BIOMBO	1	6	6	7	3	11	7	1
TERMÓMETRO AMBIENTAL	0	0	0	0	0	0	0	0
MESA DE TRABALHO	1	0	2	1	0	1	2	1
ESTRADOS PARA MEDICAMENTOS	1	2	0	6	1	2	3	0
REFRIGERADOR EXC PARA AMOSTRAS	0	1	1	1	0	1	1	1



	PS São Francisco Xavier	CS Maiana	PS Catambor	CS Alegria	CS Rocha Pinto	CS Casseque	CS Prenda	Proventório Infantil
EQUIPAMENTO EXISTENTE NOS CONSULTÓRIOS E SALAS								
MICROSCÓPIO COM FONTE DE LUZ	1	2	2	1	1	3	1	2
ESTUFA OU AUTOCLAVE	1	2	1	3	2	4	1	1
QUEIMADORES DE GÁS	0	0	0	0	0	0	0	0
CENTRÍFUGAS	0	1	1	1	0	0	1	1
BANDEJA PARA AMOSTRAS	3	2	4	1	0	4	1	1
CAIXAS HERMÉTICAS PARA TRANSPORTE AMOSTRAS	0	0	0	1	0	0	0	0
APARELHO DE CONTAGEM DE CD4	0	0	0	0	0	0	0	0
APARELHO DE HEMOQUÍMICA	0	0	0	0	0	0	0	0
APARELHO DE HEMATOLOGIA	0	0	0	0	0	0	1	0
MARQUESA GINECOLÓGICA	0	1	1	3	0	3	2	0
AFASTADORES	0	0	0	0	0	3	0	0
VENTOSA	0	0	0	0	0	1	0	0
KIT REANIMAÇÃO RECÉM-NASCIDO	0	0	0	1	0	4	0	0
INCUBADORA	0	0	0	0	0	0	0	0
FONTE AQUECIMENTO RECÉM-NASCIDO	0	0	0	0	0	0	0	0
CANECA INOX / COPOS INOX	0	0	0	0	0	0	0	0
BANDEJA INSTRUMENTAL (PARA GUARDAR INSTRUMENTOS)	0	0	0	1	0	6	0	0
MESA INSTRUMENTAL DE MAIO	0	0	0	1	0	0	0	0

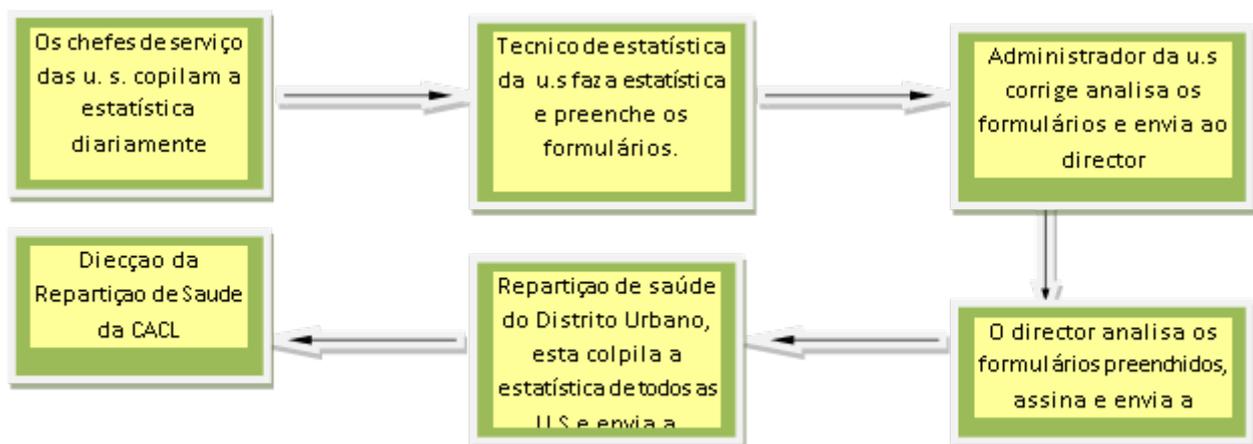
1.5.4 Medicina tradicional

Desconhece-se o total de pessoas a exercerem a medicina tradicional que estejam ou não registadas na Repartição Municipal da Cultura. Actualmente não existem nenhum vínculo de parceria ou troca de informação com a Repartição Distrital de Saúde.

1.5.5 Sistema de informação

A informação provem dos centros e postos de saúde a partir do 21 de cada mês para a repartição, esta por sua vez envia a Administração Distrital, a Direcção da Repartição de saúde da Cidade de Luanda e a DPSL.

Organigrama do sistema de informação



Fonte: Repartição Saúde da Maianga

A informação provem das unidades sanitárias a cada dia 21 do mês, para a repartição de saúde, esta por sua vez envia para a direcção da repartição de saúde de Luanda.

Os dados recolhidos sobre a idade, sexo, proveniência, diagnóstico e tratamento são registados nos livros de registo e são muito úteis para saber da saúde do distrito. Para programar acções de saúde pública, acções de cuidados primários de saúde, para programar a construção de infraestruturas de saúde, e para saber das áreas mais vulneráveis em termos de patologias. Estes dados são analisados em função da população, das doenças ou eventos mais frequentes, em função dos fármacos e medicamentos recebidos pela unidade.

A análise de dados é discutida nas reuniões mensais com os administradores dos centros e o chefe de repartição, que é o responsável da estatística das unidades sanitárias do Distrito.

1.6 Enquadramento do PMDS

Enquadrar o PMDS no âmbito do PNDS, de outros planos da província e/ou do município (1 página), bem como projectos e programas em curso.

2. Programas e Projectos do PDDS 2013-2017 do Distrito Urbano de Maianga

Apresentar uma lista de todos os programas e projectos a serem considerados pelo município, em conformidade com as prioridades seleccionadas durante os trabalhos de grupo:

1. Programa de prevenção e luta contra as doenças

- Prevenção e controlo das doenças imunopreveníveis com destaque para a erradicação da Poliomielite
- Projecto de prevenção, controlo e eliminação da Malária
- Projecto de prevenção e controlo das infeções sexualmente transmissíveis [IST] incluindo a infecção pelo VIH/SIDA
- Projecto de prevenção e controlo da Tuberculose
- Projecto de prevenção, controlo e eliminação das doenças negligenciadas
- Projecto de prevenção, controlo e eliminação da Lepra
- Prevenção e resposta às epidemias
- Projecto de prevenção e tratamento das doenças de nutrição
- Projecto de reabilitação para a pessoa com deficiência sensório-motor
- Projecto de prestação de cuidados de saúde para a sobrevivência materna, infantil e infanto-juvenil

2. Programa de prestação de cuidados primários e assistência hospitalar

- Projecto de promoção para a saúde e hábitos de estilos de vida saudáveis
- Projecto de Municipalização da atenção primária (cuidados primários)
- Projecto de Medicina Tradicional
- Projecto de Gestão e desenvolvimento da rede nacional de laboratórios

3. Programa de gestão e desenvolvimento de recursos humanos

- Projecto de Planeamento e gestão de recursos humanos em saúde
- Projecto de Formação permanente

4. Programa de gestão e ampliação da rede sanitária

- Projecto de Gestão e ampliação de infraestruturas sanitárias

5. Programa de gestão, aprovisionamento e logística, desenvolvimento do sector farmacêutico, e dos dispositivos médicos

- Projecto de Gestão e desenvolvimento do aprovisionamento e logística

6. Programa de desenvolvimento do sistema de informação e gestão sanitária

- Projecto de Sistema de Informação e Gestão Sanitária para o apoio à tomada de decisões estratégicas, e ao planeamento
- Projecto de Melhoria da vigilância integrada das doenças e preparação das respostas a eventuais surtos e epidemias

2.1 Programa 1: Programa de Prevenção e Luta Contra as Doenças

O programa de prevenção e luta contra as doenças prioritárias compreende quatro subprogramas e respetivos projectos a seguir listados:

Subprograma de doenças transmissíveis

Projectos:

Projecto 1: Prevenção e controlo das doenças imunopreveníveis com destaque para a erradicação da Poliomielite

Projecto 2: Prevenção, controlo e eliminação da Malária

Projecto 3: Prevenção e controlo das infeções sexualmente transmissíveis [IST] incluindo a infecção pelo VIH/SIDA

Projecto 4: Prevenção e controlo da Tuberculose

Projecto 5: Prevenção, controlo e eliminação das doenças negligenciadas

Projecto 6: Prevenção, controlo e eliminação da Lepra

Subprograma prevenção e resposta às epidemias e emergências de saúde pública

Projecto 7: Prevenção e resposta às epidemias

Subprograma de doenças crónicas, não transmissíveis, traumatismos e violência

Projecto 8: Prevenção e tratamento das doenças de nutrição

Projecto 9: Reabilitação para a pessoa com deficiência sensório-motor

Subprograma de atenção específica para grupos etários da população

Projecto 10: Prestação de cuidados de saúde para a sobrevivência materna, infantil e infanto-juvenil

Projecto 1: Prevenção e controlo das doenças imunopreveníveis com destaque para a erradicação da Poliomielite

Metas

1. Até finais de 2013, introduzir as vacinas Pneumococos e Rotavírus, e até finais de 2015, a de Papiloma Vírus;
2. Até finais de 2015, generalizar o sistema de incineração do lixo de vacinação;
3. Até 2017, estender os serviços de vacinação de rotina a todas as unidades da rede sanitária;
4. Até 2017, eliminar o Sarampo como problema de saúde pública (<5 casos de sarampo/ 1.000.000 habitantes);
5. Até 2020, eliminar o Tétano como problema de saúde pública (< 1 caso TNN/1000 nascidos vivos);
6. Até 2025, aumentar a cobertura nacional de vacinação com todos os antígenos do calendário nacional de vacinação de XX% para 95%;
7. Até 2017, aumentar a cobertura de Penta-3 de XX% a 90% em todo o município;

Estratégias

1. Reforço da vacinação de rotina nos postos fixos dos serviços públicos, privados e entidades religiosas, bem como a extensão da vacinação às comunidades que distam a mais de 10km de distância das unidades sanitárias, através de visitas regulares de equipas avançadas e móveis, para garantir a cobertura nacional de 95%;
2. Introdução de vacinas contra o Pneumococos e o Rotavirus no calendário de vacinação, permitindo acelerar a redução da mortalidade por pneumonia e diarreias, principais causas de morte em crianças menores de 5 anos;
3. Inclusão da nova vacina contra o Papiloma Vírus no calendário de vacinação para a prevenção do cancro do colo do útero;
4. Asseguramento das campanhas massivas de vacinação de forma a contribuir para o controlo, eliminação ou erradicação de doenças alvo do Programa de Imunização tais como Poliomielite, Sarampo, Tétano e Meningite epidémica;
5. Reforço da vigilância activa de todas as doenças imunopreveníveis com destaque para a paralisia flácida aguda.

Actividades

1. Actividades de vacinação de rotina e vacinação suplementar;
2. Formar anualmente Gestores Médios de Imunização;

3. Capacitar técnicos em logística, cadeia de frio e gestão de vacinas;
4. Capacitar os profissionais das unidades sanitárias no módulo básico de imunizações;
5. Capacitar técnicos em vigilância das doenças imunopreveníveis;
6. Reforçar a supervisão formativa por níveis de atenção;
7. Monitorizar os indicadores de desempenho;
8. Organizar encontros de avaliação e de orientações técnicas;
9. Comprar vacinas, equipamento de cadeia de frio e material de vacinação, tendo em conta a introdução de novas vacinas e a extensão das actividades de vacinação em todas as unidades sanitárias do primeiro nível de atenção;
10. Reforçar a manutenção de equipamento para cadeia de frio e abastecimento regular de energia ou fontes alternativas, nomeadamente combustível e gaz;
11. Realizar auditorias internas da qualidade dos dados;
12. Avaliar periodicamente o Programa de Imunização;
13. Fazer a vigilância epidemiológica de doenças preveníveis pela vacinação.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis pela execução do programa

1. Organismo de execução:
2. Parceiros Nacionais:
3. Parceiros internacionais:

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Taxa de cobertura nacional de vacinação de rotina;
2. Taxa de municípios com cobertura Penta-3 ($\geq 90\%$);
3. Número de unidades sanitárias com cadeia de frio;
4. Número de municípios com incineradores;
5. Número de províncias com Taxa de PFA não pólio ($\geq 2/100.000$);
6. Percentagem de municípios com população menor de 15 anos superior a 50,000 habitantes com taxa PFA não pólio ≥ 2 ;
7. Percentagem de municípios com taxa de amostras oportunas;
8. Percentagem de municípios com taxa de casos suspeitos de sarampo ($\geq 2/1000$);

9. Percentagem de municípios com taxa Tétano neonatal <1/1000 nascidos vivos.

Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

1. Encontros mensais do Comité de Coordenação Inter-agências (CCI) coordenados pelo Secretário de Estado da Saúde, com a participação de representantes das agências das Nações Unidas e parceiros;
2. Encontros semestrais de avaliação e orientação técnica, com a participação de técnicos dos níveis central, provincial e parceiros;
3. Encontros trimestrais de seguimento e avaliação a nível das províncias, com a participação das equipas municipais;
4. Encontros de sensibilização com a comunidade;
5. Encontro semanal da subcomissão técnica do Comité de Coordenação Interagências (CCI);
6. Monitorização independente;
7. Supervisão por níveis;
8. Atas dos encontros realizados;
9. Relatórios de supervisão.

Projecto 2: Prevenção, controlo e eliminação da Malária.

Metas

1. Até 2015, criar um Comité Municipal de Coordenação de Luta contra a malária;
2. Até 2017 e 2021, tratar 50% e 90%, respectivamente, dos casos de malária simples diagnosticados, com Anti maláricos Combinados (ACTs) nas 24 horas seguintes ao início dos sintomas;
3. Até 2017 e 2025, confirmar 80% e 90%, respectivamente, dos casos suspeitos de malária, com o teste rápido ou laboratorialmente;
4. Até 2017, constituir em todos os municípios equipas de luta antivectorial, para a pulverização residual intra-domiciliar e a luta anti-larvar;
5. Até 2017 e 2025, cobrir 60% e 90% das casas, respectivamente, com pulverização intra-domiciliar nos municípios de risco;
6. Até 2025, as províncias de Bengo, Cabinda, Kwanza Norte, Luanda, Lunda Norte, Lunda Sul, Moxico, Uíge e Zaire permanecerão na fase de controlo, as províncias de Benguela, Bié, Kwanza Sul e Malanje estarão em fase de pré-eliminação e as províncias do Cunene, Huambo, Huíla, Kuando Kubango e Namibe estarão em fase de eliminação;
7. Até 2017 e 2025, garantir uma cobertura de 50% e 90%, respectivamente, com mosquiteiros tratados com inseticida, em mulheres grávidas e crianças menores de cinco anos;
8. Até 2017 e 2025, garantir uma cobertura de 60% e 90%, respectivamente, com TIP (Sulfadoxina e Pirimetamina) nas mulheres grávidas;

Estratégias

1. Descentralização operacional das acções para o controlo da malária, em concordância com a municipalização dos serviços de saúde;
2. Promoção da utilização, pela população em geral e pelas mulheres grávidas e crianças menores de 5 anos, em particular, de mosquiteiros impregnados com insecticida;
3. Promoção do Tratamento Intermitente e Preventivo da Malária (TIP) com Sulfadoxina Pirimetamina para as mulheres grávidas elegíveis, na consulta Pré-Natal;
4. Diagnóstico precoce com testes rápidos e de laboratório a todos os casos suspeitos de malária;
5. Tratamento com Anti-maláricos Combinados (ACTs) de todos os casos simples de malária e tratamento adequado dos casos complicados;
6. Gratuidade aos meios de diagnóstico, aos mosquiteiros e ACTs nos serviços públicos de saúde.

7. Luta anti-vectorial com o controlo integrado do vector e do parasita, através da distribuição de mosquiteiros tratados com insecticida, da pulverização residual intra-domiciliar e da luta anti larvar;
8. Acções de vigilância epidemiológica, monitoria e avaliação para a detecção e controlo de epidemias de malária nas áreas de risco epidémico;
9. Mobilização da comunidade e sua sensibilização no sentido da mudança de comportamento em relação à prevenção da malária;
10. Reforço das parcerias nacionais, regionais e internacionais, “Movimento fazer recuar a Malária” (RBM) e iniciativas transfronteiriças para o controlo da malária Trans-Kunene e Trans-Zambeze;
11. Reforço das parcerias para a pesquisa operacional e vigilância epidemiológica;
12. Abordagem multisectorial nas intervenções para o controlo da malária.

Actividades

1. Distribuir mosquiteiros tratados a todas as crianças menores de 5 anos e mulheres grávidas;
2. Administrar, sob observação directa, Sulfadoxina e Pirimetamina (SP) a todas as mulheres grávidas que frequentam as consultas de pré-natal;
3. Capacitar/formar em cascata e continuamente os técnicos das províncias, municípios e unidades sanitárias sobre as normas de diagnóstico e tratamento da malária em vigor, com destaque para os grupos mais vulneráveis, as mulheres grávidas e as crianças;
4. Realizar actividades de promoção e mobilização social das comunidades, para que estas reconheçam os sinais e sintomas da malária e procurem os serviços para o tratamento adequado e atempado;
5. Actualizar permanentemente as normas técnicas para o controlo vectorial integrado;
6. Aumentar os núcleos provinciais e as equipas locais de luta anti-vectorial;
7. Actualizar permanentemente informação entomológica, epidemiológica e o mapa dos municípios em risco epidémico de malária (mapeamento, estratificação, população em risco, factores de risco);
8. Expandir a formação/capacitação de pessoal para pulverização intra-domiciliar e de Mosquiteiros Tratados com Insecticida;
9. Incrementar a Pulverização Intra-domiciliar nas zonas de risco epidémico;
10. Integrar regionalmente os laboratórios no controlo de qualidade do diagnóstico dos casos;
11. Monitorizar e avaliar periodicamente o PNCM e os factores de risco;
12. Realizar um estudo para a introdução da vacina contra a malária.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

1. Organismo de execução:
2. Parceiros Nacionais:
3. Parceiros internacionais:

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Taxa de prevalência da malária em crianças de menores de 5 anos;
2. Número de óbitos e taxa específica de mortalidade devida à malária;
3. Número de crianças menores de cinco anos e grávidas que receberam pelo menos um mosquiteiro tratado com insecticida, nas consultas de pré-natal e durante a vacinação;
4. Número de agregados com pelo menos um mosquiteiro tratado com insecticida;
5. Número de menores de cinco anos e grávidas que dormiram debaixo de mosquiteiros na noite anterior ao inquérito;
6. Número de grávidas elegíveis que receberam o TIP;
7. Número de grávidas que receberam o TIP na última gravidez;
8. Número de técnicos capacitados no diagnóstico e tratamento de casos simples e complicados da malária;
9. Número de casos suspeitos de malária, confirmados laboratorialmente e com testes rápidos;
10. Número de crianças menores de cinco anos diagnosticadas e tratadas com ACTs nas 24 horas seguintes ao aparecimento de sintomas;
11. Número de casas pulverizadas intra-domiciliar (PID) nos municípios em risco;
12. Número de pessoas protegidas pela PID;
13. Número de províncias e municípios com mecanismos de coordenação e gestão das acções de prevenção e controlo da malária criados e funcionais;

Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

1. Relatórios trimestrais e anuais de actividades do PNCM;
2. Relatórios das DPS e RMS;

3. Boletins de Vigilância Epidemiológica;
4. Relatórios de supervisão;
5. Atas das reuniões de coordenação do PNCM (Grupo técnico), das DPS e RMS, e do Mecanismo de Coordenação Nacional do Fundo Global (MCN)
6. Relatórios dos estudos.

Projecto 3: Prevenção e controlo do VIH/SIDA e da Sífilis

Metas

1. Até 2017, manter a prevalência do VIH, em grávidas em CPN, abaixo de 3%;
2. Até 2025, reduzir em 90% o número de novas infecções pelo VIH na infância;
3. Até 2025, reduzir em 50% a incidência do VIH em mulheres entre 15-49 anos;
4. Até 2025, aumentar em 90% o número de pessoas dos 15-49 anos, que tiveram sexo com mais de um parceiro nos últimos 12 meses, e que declaram o uso de preservativo durante a última relação sexual;
5. Até 2025, aumentar em 95% o número de pessoas dos 15-24 anos que conhecem correctamente as formas de transmissão e prevenção do VIH;
6. Até 2017 e 2025, aumentar para 90% e 95%, respectivamente, as mulheres seropositivas ao VIH que recebem TARV no programa de PTV e mantê-las em TARV;
7. Até 2017 e 2025, reduzir em 90 e 95 % respectivamente a transmissão de VIH de mãe para filho;
8. Até 2017 e 2025 aumentar em 70% e 95% respectivamente, o número de serviços de aconselhamento e testagem;
9. Até 2017 e 2025, fornecer tratamento ARV a 90% e 95% respectivamente, para pessoas VIH positivas elegíveis (adultos e crianças);
10. Até 2017 e 2025, aumentar em 80% e 95%, respectivamente, o serviço de CPN e PTV em articulação com o Programa de Saúde Sexual Reprodutiva;
11. Até 2017 e 2025, aumentar em 70% e 95%, respectivamente, o número de serviços de tratamento com Antirretroviral para crianças e adultos;
12. Até 2017 e 2025, aumentar em 50% e 90%, respectivamente, o diagnóstico precoce infantil com técnica PCR/DBS em crianças expostas (crianças nascidas de mãe seropositivas) nas dezoito Províncias;
13. Até 2025, distribuir anualmente 100.000.000 de preservativos a pessoas com mais de 15 anos;
14. Até 2025 diminuir em 90%, o número de mortes relacionadas com SIDA.

Estratégias

1. Integração de iniciativas de resposta às ITS/VIH em todos os sectores (público, privado e sociedade civil);
2. Envolvimento e engajamento de mulheres, adolescentes e jovens em Projectos de redução da vulnerabilidade, desenvolvimento de competências para o retardamento do início da vida sexual e desenvolvimento de habilidades de negociação de sexo seguro, com amplo envolvimento da escola e comunidade;

3. Prevenção da Transmissão Vertical, e promoção do conceito de sobrevivência infantil livre do VIH.
4. Garantia da disponibilidade e acessibilidade de preservativos masculino e feminino e promoção da sua utilização;
5. Expansão das iniciativas de Aconselhamento e Testagem;
6. Reforço da intervenção das PVVIH na promoção de uma vida saudável, favorável à prevenção, e redução de infecção entre casais sero-discordantes;
7. Ampliação da disponibilidade e utilização de serviços em unidades sanitárias com recursos e competências instaladas, para prestarem assistência e atenção integrada aos doentes, no contexto do VIH e SIDA, outras infecções e doenças correlacionadas;
8. Disponibilização de recursos humanos para um adequado diagnóstico, prescrição e acompanhamento dos doentes;
9. Ampliação da disponibilidade dos serviços de referência e contra-referência, Aconselhamento e Testagem;
10. Provisão de serviços de continuidade de cuidados, tanto para os doentes VIH positivos, ainda não elegíveis para o TARV, assim como, para aqueles que já estão em TARV;
11. Fortalecimento do sistema de farmacovigilância, como parte da estratégia integrada de promoção da aderência aos diferentes regimes de tratamento;
12. Asseguramento do apoio e provisão de serviços essenciais às crianças órfãs e vulneráveis, em coordenação com outros sectores;
13. Capitalização dos esforços das redes de PVVIH na geração da renda, promovendo a produção e disponibilidade de alimentos, elevando os padrões nutricionais e utilizando uma abordagem transversal;
14. Asseguramento a divulgação e aplicação adequada das leis e dispositivos legais que protegem a PVVIH;
15. Continuidade dos estudos de Vigilância sentinela com a inclusão de novos sítios em áreas até ao momento sub-representadas.

Actividades

1. Realizar estudos de seroprevalência e comportamentais, em populações vulneráveis;

2. Realizar estudos sobre a cadeia de fornecimento e distribuição de preservativos;
3. Realizar campanhas ATVIH associadas aos feriados e outras efemérides;
4. Realizar formações para técnicos de saúde em boas práticas de ATVIH;
5. Expandir serviços de ATVIH em CPN em todo o País, em articulação com SSR;
6. Realizar um plano de acção de supervisão nos serviços de AT/PTV/SIDA em todo o País;
7. Actualizar/Capacitar técnicos (médicos, enfermeiros) em matéria de PTV/Nova Abordagem, TARV no adulto, VIH/SIDA Pediátrico, e em ITSs;
8. Capacitar activistas nas redes de PVVIH e outras da sociedade civil e igrejas;
9. Apoiar a criação de novos serviços de atendimento integral as PVVIH;
10. Criar unidades de referência para o tratamento de ITS;
11. Criar Grupos de Ajuda Mútua (GAM) (1 em cada província) e providenciar apoio psicossocial e paliativo;
12. Expandir os serviços de ATVIH e seguimento das PVVIH em todas as unidades sanitárias com atendimento de TB;
13. Capacitar Técnicos de laboratório sobre boas práticas laboratoriais;
14. Harmonizar os conteúdos e formas de abordagem do VIH baseadas em evidências por áreas temáticas.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

1. Organismo de execução:
2. Parceiros Nacionais:
3. Parceiros internacionais:

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número de novas infecções pelo VIH na infância
2. Número de mortes relacionadas com SIDA
3. Incidência do VIH em mulheres entre 15-49 anos
4. Transmissão do VIH de mãe-para-filho
5. Número de mulheres grávidas em terapia ou profilaxia anti-retroviral perinatal
6. Número de pessoas VIH positivas elegíveis em tratamento anti-retroviral
7. Percentagem de pessoas 15-49 anos que tiveram sexo com mais de um parceiro nos últimos 12 meses e que declaram o uso de preservativo durante a última relação sexual
8. Percentagem de homens e mulheres dos 15-24 anos que conhecem as formas de transmissão e prevenção do VIH
9. Cobertura de serviços PTV, TARV em adultos e crianças VIH positivas;
10. Prevalência de VIH em mulheres grávidas 15-49 anos e entre mulheres grávidas 15-24 anos;
11. Número de preservativos distribuídos;
12. Número de unidades de saúde que fazem aconselhamento e testagem.

Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

1. Programas de sensibilização das ITS e VIH/SIDA;
2. Relatórios trimestrais e anuais de actividades;
3. Relatórios de visitas de supervisão aos serviços;
4. Relatórios de actividades dos estabelecimentos de saúde, sobre ITS e VIH/SIDA;
5. Relatórios das reuniões periódicas regionais e nacionais.

Projecto 4: Prevenção e controlo da Tuberculose

Metas

1. Entre 2013 e 2017, que 85% dos profissionais de saúde tenham beneficiado de uma formação/capacitação em tuberculose, e manter até 2025;
2. Até 2025, que todos os sintomáticos respiratórios (tosse com mais de três semanas) tenham realizado o rastreio;
3. Até 2017, que todas as unidades sanitárias, dotadas de laboratório, ofereçam os serviços DOT estratégico (diagnóstico laboratorial e tratamento);
4. Até 2017 e 2021, expandir para 70% e 100%, respectivamente, a todas as unidades sanitárias, os serviços DOT (tratamento);
5. Até 2017, que todos os Centros de Saúde, Hospitais Municipais, Gerais e Centrais tenham um laboratório com capacidade para a realização de baciloscopia;
6. Até 2017, implantar no município pelo menos 1 Serviço de DOT Comunitário;
7. Até 2025, aumentar a taxa de conversão de baciloscopia ao 2º mês para 85%;
8. Até 2017, aumentar a taxa de detecção para 85%;
9. Até 2025, alcançar uma taxa de abandono inferior a 5%;
10. Até 2025, alcançar uma taxa de letalidade inferior a 5%;
11. Até 2025, alcançar uma taxa de sucesso ao tratamento superior a 85%;
12. Até 2025, aumentar a cobertura de vacinação contra a BCG para 95%.

Estratégias

1. Revisão/actualização regular e atempada de documentos estratégicos, normativos, formativos e de orientação técnica e metodológica em Tuberculose;
2. Prevenção da doença através da vacinação com BCG a todos os recém-nascidos;
3. Reforço do Sistema de Saúde para apoiar a expansão da cobertura e melhoria da qualidade da estratégia DOT;
4. Garantia de que todos os doentes diagnosticados com TB conheçam o seu estado serológico quanto ao VIH;

5. Reforço das actividades de coordenação com o Instituto de Luta Contra o SIDA;
6. Estabelecimento de mecanismos para a prevenção e controle da Tuberculose multidroga resistente;
7. Reforço das actividades de promoção da saúde e prevenção da doença em grupos de risco (prisioneiros, refugiados, trabalhadores mineiros, contactos de casos bacilíferos);
8. Reforço das actividades de IEC às comunidades;
9. Promoção da participação das famílias e comunidades nos cuidados aos doentes de TB, incluindo o reforço alimentar para grupos mais vulneráveis, e na redução da taxa de abandono;
10. Reforço do sistema de Monitorização e Avaliação;

Actividades

1. Vacinar regularmente com BCG os recém-nascidos e alcançar uma cobertura de 95%;
2. Expandir os serviços DOT a todos os municípios do País;
3. Expandir laboratórios com capacidade para a realização de baciloscopia em todos os municípios;
4. Realizar a pesquisa de VIH/SIDA em todos os doentes com tuberculose;
5. Melhorar a gestão de equipamentos, reagentes, tuberculostáticos de 1ª e 2ª linha e outros consumíveis;
6. Reproduzir material para formação/reciclagem dos técnicos;
7. Reproduzir material de IEC;
8. Realizar encontros de coordenação/consenso;
9. Formar técnicos sobre a gestão do programa, diagnóstico e tratamento da doença;
10. Capacitar técnicos sobre a gestão do programa, diagnóstico e tratamento da doença;
11. Realizar supervisões;
12. Realizar campanhas de IEC para a população em geral e grupos de risco;
13. Implantar em todos os municípios pelo menos um Serviço de DOT Comunitário;
14. Garantir, a 100% dos doentes resistentes aos medicamentos de 1ª linha, o tratamento adequado;
15. Realizar o rastreio a pelo menos 5% da população com Sintomas Respiratórios;
16. Realizar o rastreio a todo o efectivo militar, obrigatório, para a Tuberculose;

17. Expandir da rede de laboratórios para melhorar a capacidade de diagnóstico;
18. Garantir do abastecimento eficiente e regular em medicamentos antituberculosos de 1ª linha e 2ª linha, reagentes e material de laboratório;
19. Reforçar a vigilância epidemiológica, incluindo a vigilância da resistência aos antibacilares.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

1. Organismo de execução:
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
3. Parceiros Nacionais:
4. Parceiros internacionais:

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Taxa de cobertura vacinal por BCG (crianças);
2. Taxa de detecção (BK+);
3. Taxa de letalidade da doença;
4. Taxa de conversão de baciloscopia ao 2º mês;
5. Taxa de sucesso ao tratamento;
6. Taxa de abandono do tratamento;
7. Taxa de fracassos do tratamento;
8. Taxa de mortalidade específica por tuberculose;
9. Percentagem de municípios com DOTS;
10. Percentagem de unidades de saúde com serviço de tratamento TB;
11. Percentagem de laboratórios que realizam a baciloscopia;
12. Percentagem de doentes de TB testados para o VIH;
13. Número de unidades de saúde privadas que colaboram com o PNCT;
14. Percentagem de municípios com pelo menos um DOTS comunitário;
15. Percentagem de doentes MDR em tratamento;
16. Percentagem de profissionais por categoria (médicos, enfermeiros e técnicos de laboratório) formados/capacitados em TB;
17. Percentagem de pessoas com Sintomas Respiratórios examinados;
18. Número de investigações operacionais realizadas e utilizadas para a melhoria da luta contra a tuberculose;

19. Frequência de roturas de stock de tuberculostáticos e reagentes laboratoriais nas unidades sanitárias;
20. Documentos estratégicos, normativos, formativos e de orientação técnica e metodológica em Tuberculose revistos e actualizados.

Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

1. Relatórios dos serviços envolvidos (Programa de Imunização; PNLCT; RM; DPS);
2. Relatórios trimestrais de rotina da rede de DOTS;
3. Relatórios anuais do PNCT;
4. Relatórios periódicos de supervisão e avaliação externa do programa.

Projecto 5: Prevenção, controlo e eliminação da Tripanossomiase Humana Africana

Metas

1. Até 2017 e 2025, reduzir em 70% e 95%, a prevalência da tripanossomiase;
2. Até 2017 e 2025, aumentar a cobertura dos serviços de atenção à Tripanossomiase Humana Africana, cobrindo 60% e 90% das populações em risco, respectivamente;
3. Até 2025, reduzir a taxa de mortalidade específica por tripanossomiase para menos de 1%;
4. Até 2025, reduzir para zero a taxa de transmissão.

Estratégias operacionais

1. Detecção dos doentes nos Centros de Diagnóstico e Tratamento (Passiva) e Equipas Móveis (Activa);
2. Tratamento dos doentes detectados e esterilização dos reservatórios;
3. Seguimento pós terapêutico de todos para verificar a cura, recaídas e resistência;
4. Luta anti-vectorial para diminuir e/ou cortar o contacto entre o homem e a mosca reduzindo consequentemente a transmissão da doença;
5. Promoção da saúde e prevenção da doença;
6. Supervisão para acompanhar a realização das actividades verificando possíveis erros e corrigi-los;
7. Vigilância epidemiológica;
8. Pesquisa operacional.

Actividades e intervenções

1. Detectar e diagnosticar os doentes com Tripanossomiase;
2. Implantar 47 Centros de Diagnóstico e Tratamento e 37 equipas móveis;
3. Tratar e seguir os doentes diagnosticados e em tratamento;
4. Implementar a luta anti-vectorial em todas as áreas glossinadas;
5. Realizar actividades de informação, educação e comunicação para a promoção da saúde;
6. Reforçar a participação comunitária;
7. Garantir a vigilância epidemiológica;
8. Realizar estudos para o controlo da tripanossomiase em Angola;
9. Assegurar a gestão administrativa, financeira e o Abastecimento Técnico Material;
10. Realizar uma advocacia actuante;
11. Capacitar os quadros e geri-los;
12. Realizar a supervisão de todas as actividades.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

1. Organismos de execução:
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
3. Parceiros nacionais:
4. Parceiros internacionais:

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número de unidades Fixas operacionais;
2. Número de unidades móveis operacionais;
3. Número de indivíduos prospectados;
4. Número de exames realizados;
5. Número de casos diagnosticados e tratados do I período;
6. Número de casos diagnosticados e tratados do II período;
7. Número de armadilhas colocadas;
8. Número de moscas capturadas;
9. Percentagem das prospecções activas realizadas;
10. Percentagem de casos diagnosticados por prospecção activa;
11. Percentagem de casos diagnosticados em passivo;
12. Percentagem dos pacientes tratados em relação aos diagnósticos;
13. Percentagem de casos com seguimentos completos;
14. Percentagem de pacientes com falhas terapêuticas;
15. Percentagem de encefalopatias;
16. Percentagem de óbitos por Encefalopatias;
17. Taxa anual de mortalidade por THA;
18. Percentagem das armadilhas operacionais;
19. População exposta ao risco em cada Província, município, Comuna e Aldeia.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios de seguimento e avaliação trimestrais e anuais;
2. Relatórios mensais de visitas de supervisão;
3. Protocolos de supervisão e avaliação preenchidos.

Projecto 6: Prevenção, controlo e eliminação das doenças negligenciadas

Metas

1. Até 2014, concluir o mapeamento da Filaríase Linfática e da dracunculose e actualizar o mapeamento da Schistosomíase e das Geohelmintíases;
2. Até 2017, atingir 80% de cobertura terapêutica e 100 % de cobertura geográfica nos projectos de TIDC e 75% de cobertura terapêutica nas crianças em idade escolar nas campanhas de desparasitação, com albendazol e praziquantel, em Angola;
3. Até 2017, atingir 70% de cobertura terapêutica nas comunidades, e 95 % até 2021, nas províncias endémicas em Angola para a Filaríase Linfática, a Schistosomíase, a *Dracunculose* e as Geohelmintíases.

Estratégias

1. Mapeamento epidemiológico rápido de oncocercose (REMO);
2. Quimioterapia preventiva;
3. Reforço da participação comunitária;
4. Tratamento com ivermectine sob Direcção Comunitária (TIDC);
5. Estudos de avaliação do impacto da quimioterapia e da prevalência;
6. Integração das Doenças Negligenciadas (Oncocercose, Schistosomíase, Filariose, Dracunculose) dentro do Sistema Nacional de Saúde.

Actividades

1. Quimioterapia em Massa, preventiva e em combinação, (QPM) com Praziquantel, Albendazol e Ivermectina;
2. Realizar campanhas de prevenção nas escolas;
3. Mapear a Filariose Linfática e a Dracunculose;
4. Educar as comunidades sobre as doenças para que as pessoas afectadas sejam encaminhadas aos centros especializados para cirurgia correctiva;
5. Completar a abertura dos projectos de tratamento com Ivermectina sob Observação Directa Comunitária;
6. Capacitar o pessoal de saúde;
7. Supervisão formativa reforçada.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

5. Organismos de execução:
6. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
7. Parceiros nacionais:
8. Parceiros internacionais:

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número de crianças em idade escolar desparasitadas com Albendazol e Praziquentel;
2. Número de localidades mapeadas para Filaríase Linfática;
3. Número de pessoas tratadas com Ivermectina sob Observação Directa Comunitária;
4. Número de projectos novos iniciados;
5. Número de estudos realizados após cinco anos de Quimioterapia Combinada e Preventiva, em Massa.

Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

1. Elaborar e divulgar relatórios semestrais e anuais técnicos das actividades contra as DTNs;
2. Fornecer relatórios financeiros mensais das actividades para a luta contra as DTNs;
3. Elaborar relatórios de supervisão.

Projecto 7: Prevenção, controlo e eliminação da Lepra

Metas

1. Até 2017 Aumentar a taxa de cura de casos de lepra a 80%;
2. Até 2025 prevenir as deformidades em 100% das pessoas atingidas pela Lepra;
3. Até 2025 realizar anualmente actividades IEC em 100% dos municípios, incluindo o combate ao estigma e à discriminação;
4. Até 2025 manter a taxa de prevalência de Lepra inferior a 1 caso x 10.000 habitantes.

Estratégias

1. Reforço dos serviços de rotina e de referência no âmbito do sistema nacional de saúde integrado;
2. Reforço dos mecanismos de vigilância da doença incluindo a busca activa de casos;
3. Melhoria da qualidade dos serviços clínicos para o diagnóstico e a gestão das complicações agudas e crónicas, incluindo a prevenção de deformidades/incapacidades e a prestação de serviços de reabilitação física através de um serviço de referência bem organizado;
4. Apoio de todas as iniciativas para promover a reabilitação baseada na comunidade (RBC), com especial atenção às actividades destinadas a reduzir o estigma e a discriminação contra pessoas atingidas pela lepra e suas famílias;
5. Garantia do fornecimento de medicamentos para a terapia combinada (MDT) sem custos e um sistema eficaz de distribuição em todas as províncias endémicas;
6. Estabelecimento de um sistema de vigilância para prevenir e limitar o desenvolvimento e transmissão da resistência aos medicamentos anti lepra;
7. Desenvolvimento de estratégias de formação e capacitação sustentáveis a nível nacional e Provincial para garantir a disponibilidade de conhecimentos sobre a lepra em todo o País;
8. Estabelecimento de uma parceria com os Serviços de Dermatologia a nível Central e Provincial, para o diagnóstico clínico e tratamento de casos, formação dos alunos de medicina e capacitação de enfermeiros.
9. Promoção para o apoio de parceiros a todos os níveis na organização do trabalho;
10. Desenvolvimento de pesquisa operacional;
11. Promover a reintegração social das pessoas com sequelas de lepra.

Actividades

1. Manter a detecção precoce de casos a nível das unidades sanitárias e melhorar a adesão ao tratamento com terapia combinada em 100% dos municípios;
2. Reforçar a busca activa de casos na comunidade;

3. Desenvolver mecanismos de coordenação e parceria activa com os serviços de dermatologia em todas as províncias;
4. Promover o uso do princípio da reabilitação baseada na comunidade em 100% das pessoas com deformidades;
5. Capacitação dos técnicos de saúde.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

1. Organismos de execução:
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
3. Parceiros nacionais:
4. Parceiros internacionais:

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Taxas de incidência e prevalência da lepra e sua evolução;
2. Número de casos novos detectados;
3. Percentagem de casos curados;
4. Taxa de abandono do tratamento;
5. Número de profissionais, por categoria, formados/capacitados em Lepra, em relação ao previsto;
6. Número de parceiros envolvidos no PNCTL;
7. Número de sessões de IEC e aconselhamento executadas nas unidades sanitárias;
8. Número de investigações operacionais realizadas e utilizadas para a melhoria da luta contra a lepra.

Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

1. Relatórios dos serviços envolvidos (PNCTL; RM; DPS, Hospitais);
2. Relatórios semestrais e anuais do PNCTL;
3. Relatórios de supervisão e avaliação dos doadores;
4. Boletins de notificação da doença.

Subprograma de prevenção e resposta às epidemias e emergências de saúde pública

Projecto 8: Prevenção e resposta às epidemias

Metas

1. Até 2014, actualizar o plano estratégico para a preparação e resposta das epidemias e eventos adversos de saúde pública;
2. A partir de 2014, dispor dos meios financeiros e dos meios para investigar e responder às situações de emergência relativas à saúde pública;
3. A partir de 2014, capacitar 95% dos responsáveis municipais (Equipa Municipal de Resposta às Emergências) na gestão das emergências;
4. Até 2015, reforçar equipas provinciais e municipais de preparação e resposta às emergências em 95% dos municípios;
5. Até 2017, que 100% dos municípios tenham um mapeamento das áreas de risco elaborado.

Estratégias

1. Previsão de recursos financeiros para a preparação e resposta às emergências;
2. Reforço de equipas provinciais e municipais multissetoriais para a preparação e resposta às emergências;
3. Capacitação de responsáveis provinciais e municipais de saúde na gestão das emergências;
4. Manutenção da elaboração de boletins de monitorização relativos às situações de emergência;
5. Realização de encontros regulares e periódicos de monitorização e avaliação das Comissões;
6. Melhoria da capacidade de alerta precoce e resposta aos desastres;
7. Realização da supervisão formativa periódica;
8. Criação de *stocks* e *kits* de contingência para resposta às emergências a todos os níveis;
9. Adequação do Programa de Emergência baseado no contexto actual estabelecimento de um mecanismo de coordenação para mobilização rápida de equipas técnicas de apoio a resposta as epidemias e emergências de saúde pública.

Actividades

1. Implementar o plano estratégico actualizado para preparação e resposta às epidemias e eventos adversos de saúde pública;
2. Capacitar as equipas de saúde;
3. Mapear as áreas de risco;
4. Criar um banco de dados de recursos humanos capacitados em resposta às emergências;
5. Dispor permanentemente de dados actualizados (fornecidos pelo projecto de vigilância epidemiológica) relativos às epidemias e eventos adversos de notificação obrigatória;

6. Publicar relatórios informativos sobre a situação das epidemias e eventos adversos de saúde pública;
7. Disponibilizar meios financeiros para responder às epidemias e outros eventos adversos de saúde pública;
8. Dispor de condições para prontamente ter disponibilidade de kits básicos de resposta às epidemias mais frequentes, bem como imediato acesso a outros meios e equipamentos necessários;
9. Adquirir laboratórios móveis de campo para resposta às emergências.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

5. Organismos de execução:
6. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
7. Parceiros nacionais:
8. Parceiros internacionais:

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número de epidemias e eventos adversos registados e investigados;
2. Número de respostas efectivas a epidemias e eventos adversos;
3. Número de técnicos capacitados na preparação e resposta às emergências;
4. Número de formações realizadas;
5. Número de províncias e municípios com equipas de emergência funcionais;
6. Número de municípios com *kits* de contingência;
7. Número de municípios com mapeamento das áreas de risco elaborado;
8. Número de supervisões realizadas;
9. Montante dos recursos financeiros disponibilizados e utilizados.

Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

Subprograma de doenças crónicas e doenças não transmissíveis

Projecto 9: Prevenção e tratamento de Doenças crónicas e não transmissíveis

Amarelo: Projecto 9: Doenças cardiovasculares

Verde: Projecto 10: Doença renal Crónica

Metas

1. A partir de 2013, incluir no pacote integrado de cuidados e serviços de saúde, o rastreio da Hipertensão Arterial, Dislipidémias e da Diabetes Mellitus, no nível primário de atenção;
2. A partir de 2014, criar condições humanas, técnicas e materiais nos hospitais provinciais e municipais para o diagnóstico e tratamento adequados das DCV;
3. A partir de 2014, realizar campanhas nacionais de promoção e prevenção da DRC;
4. Até 2015, realizar o diagnóstico precoce da Doença Renal, em todos os níveis da atenção sanitária, com teste de urina “dipstick”, medição da TA e da glicemia;
5. Até 2025, criar pelo menos 5 centros regionais e um centro de hemodiálise por município com mais de 500.000, habitantes;
- 6.

Estratégias

1. Integração das actividades de prevenção, detecção precoce e tratamento das principais doenças cardiovasculares nos três níveis do serviço nacional de saúde;
2. Intervenção sobre os factores de risco modificáveis através de acções de promoção e prevenção, nomeadamente a Hipertensão arterial, dislipidémias, diabetes mellitus, obesidade, tabagismo, sedentarismo e alcoolismo;
3. Consciencialização e sensibilização sistemática da população, para a prevenção da doença e seus factores de risco, incluindo informação, educação e comunicação para a mudança de comportamento;
4. Sensibilização dos profissionais e das comunidades sobre a prevenção e o diagnóstico precoce da DRC ao nível do município;
5. Detecção precoce da doença renal, pelo exame de urina com testes vareta (“dipstick”), medição da TA e medição da glicemia a todos os níveis da assistência sanitária;

Actividades

1. Medição sistemática da tensão arterial em todas as unidades sanitárias;
2. Realizar campanhas nacionais trimestrais para o rastreio da hipertensão e da diabetes, sob o lema “Coração Saudável”;
3. Organizar campanhas periódicas para a sensibilização, informação e educação para os factores de risco das DCV;

4. Garantir a disponibilidade permanente de medicamentos essenciais, para o tratamento dos factores de risco e das principais doenças cardiovasculares;
5. Acesso gratuito do pacote básico de medicamentos para Hipertensão Arterial, Dislipidemias e Diabetes Mellitus;
6. Dotar as unidades sanitárias de meios de diagnóstico para o rastreio da DRC;
7. Capacitar técnicos a todos os níveis do Serviço Nacional de Saúde para o rastreio da DRC;
8. Construir, equipar, e enquadrar unidades de hemodiálise a nível Regional e Unidades Municipais com mais de 500,000 habitantes;
9. Realizar campanhas nacionais de promoção e prevenção da DRC;

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

1. Organismos de execução:
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
3. Parceiros nacionais:
4. Parceiros internacionais:

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número de instituições de saúde que utilizam o Protocolo de diagnóstico e tratamento das principais DCV;
2. Número de unidades sanitárias que praticam a medição sistemática da tensão arterial;
3. Número de campanhas de IEC para as DCV;
4. Número de campanhas de rastreio realizadas para a hipertensão, dislipidemia e a diabetes;
5. Número de especialistas e técnicos formados;
6. Taxas de morbilidade e mortalidade por DCV.
7. Número de novos casos de DRC detectados por estadió;
8. Número de unidades que realizam o rastreio da DRC;
9. Estruturas que utilizam protocolos de diagnóstico e tratamento da DRC;
10. Número de técnicos capacitados no rastreio da DRC e habilitados no tratamento específico da DRC.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatório do estudo de prevalência das DCV;
2. Relatórios das Visitas de supervisão aos diferentes níveis de atenção à saúde;

3. Relatório de avaliação e supervisão das actividades do programa de DCV.

Projecto 11: Prevenção e tratamento da diabetes Mellitus

Metas

1. Até 2014, elaborar e divulgar a todas as unidades sanitárias do Serviço Nacional de Saúde o protocolo de diagnóstico e tratamento da diabetes;
2. A partir de 2013, capacitar técnicos nas estruturas de atenção primária (Centros e Hospitais Municipais), atenção secundária e terciária para o atendimento dos doentes com diabetes;
3. Em 2013, elaborar e divulgar material de IEC sobre a Diabetes;
4. A partir de 2013 realizar campanhas nacionais de promoção e prevenção sobre a diabetes;
5. Até 2014, dotar todos os Centros de Saúde, Hospitais Municipais, Hospitais Provinciais e Centrais de meios para o rastreio precoce e tratamento da doença;

Estratégias operacionais

1. Conhecimento da prevalência e a incidência da diabetes, suas complicações e os riscos que a determinam;
2. Integração em todos os níveis do Serviço Nacional de Saúde de recursos e meios para a detecção precoce e tratamento adequado;
3. Promoção para a mudança de comportamentos e estilos de vida relativamente à saúde e alimentação, principalmente nas escolas, nos postos de trabalho e na comunicação social;

Actividades e intervenções

1. Realizar um estudo de prevalência e incidência da doença no País;
2. Incluir a diabetes no SIS;
3. Elaborar, divulgar e implementar protocolos de diagnóstico, tratamento e seguimento da doença e suas complicações a nível das unidades sanitárias;
4. Realizar campanhas nacionais trimestrais para o rastreio da hipertensão, dislipidemia e da diabetes, sob o lema "Coração Saudável";
5. Capacitar médicos e técnicos sobre a diabetes;
6. Dotar as unidades sanitárias de meios para o rastreio e tratamento da doença;
7. Elaborar e distribuir material de IEC sobre a diabetes mellitus;
8. Realizar campanhas nacionais de promoção e prevenção da doença;
9. Garantir a medicação ao domicílio, bem como cuidados e serviços aos doentes crónicos através da rede de cuidados continuados a ser criada.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

5. Organismos de execução:
6. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
7. Parceiros nacionais:
8. Parceiros internacionais:

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Taxas de prevalência e incidência;
2. Número de unidades que utilizam os protocolos de diagnóstico e tratamento;
3. Número de testes rápidos realizados;
4. Disponibilidade dos testes e antidiabéticos essenciais;
5. Número de profissionais capacitados;
6. Número de campanhas realizadas de promoção da saúde e prevenção da doença.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios trimestrais de actividades do projecto;
2. Relatórios das actividades de supervisão.

Projecto 12: Prevenção e Tratamento da doença de células falciformes

Metas

1. A partir de 2014, capacitar os profissionais de saúde para o diagnóstico e seguimento dos pacientes: técnicos de laboratório, enfermeiros e médicos no âmbito das técnicas de diagnóstico e tratamento da doença de células falciformes;
2. Até 2015, aumentar o rastreio neonatal às Maternidades e Hospitais Municipais;
3. Até 2015, melhorar a informação por parte da população e promover o bem-estar dos pacientes;
4. Até 2021, disseminar o aconselhamento e testagem dos adolescentes;
5. Até 2021, criar um centro de apoio ao doente anémico em hospitais gerais e hospitais municipais prioritários;

Estratégias operacionais

1. Criação de grupos de estudo para identificação do perfil epidemiológico de Angola (prevalência, incidência, morbidade e mortalidade);
2. Aumento da capacidade resolutive do centro nacional de apoio ao doente Drepanocítico (Hospital Pediátrico David Bernardino) e desenvolver áreas de apoio para diagnóstico e seguimento dos doentes nos Hospitais Centrais com carácter regional, Provincial e Municipal;
3. Estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência;
4. Implementação de rastreio neonatal universal;
5. Aconselhamento e testagem aos adolescentes;
6. Capacitação e treinamento de profissionais de saúde, para o diagnóstico e seguimento dos pacientes;
7. Uniformização das condutas/elaboração e divulgação de protocolos de actuação;
8. Criação de mecanismos para garantir sangue seguro;

9. Gestão de medicamentos adequados para a prevenção e tratamento das complicações;
10. Gratuitidade de toda assistência médico-medicamentosa;
11. Consciencialização da população para a percepção da doença falciforme.

Actividades e intervenções

1. Realizar estudos epidemiológicos e clínicos;
2. Implantar o rastreio neonatal nas maternidades e hospitais municipais;
3. Aconselhamento e testagem de adolescentes;
4. Dotar as unidades especiais de meios e medicamentos, para o diagnóstico e terapêutica precoce e adequada;
5. Implantar unidades especiais nas unidades sanitárias a nível nacional;
6. Realizar campanhas de divulgação e informação sobre a doença;
7. Elaborar e divulgar normas de rastreio, diagnóstico e seguimento;
8. Capacitar profissionais para o rastreio e seguimento do doente drepanocítico;
9. Colaborar com a Associação dos Doentes de Anemia Falciforme (ADAF).

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

9. Organismos de execução:
10. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
11. Parceiros nacionais:
12. Parceiros internacionais:

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número de recém-nascidos e crianças com rastreio;
2. Número de adolescentes em idade reprodutiva com rastreio e aconselhamento;

3. Número de doentes seguidos;
4. Taxa de mortalidade pela doença;
5. Número de profissionais capacitados;
6. Número de documentos normativos e produzidos.

Mecanismos de seguimento e de avaliação

1. Relatórios trimestrais e anuais de actividades dos centros de referência ao programa;
2. Encontros Nacionais sobre a doença falciforme;
3. Relatórios das visitas de supervisão e avaliação.

Projecto 13: Prevenção e tratamento das doenças de nutrição

Metas

1. A partir de 2014, expandir e promover acções essenciais de nutrição, alimentação saudável, mudança de estilos de vida para melhor desenvolvimento e sobrevivência infantil, assim como a manutenção saudável do organismo do adulto;
2. Até 2015, integrar a vigilância nutricional no sistema de informação sanitária (SIS);
3. Até 2017, dotar as 18 províncias e todos os municípios com técnicos capacitados em nutrição;
4. Até 2021, reduzir para menos de 5% a taxa de Malnutrição Crónica (Nanismo) em Crianças menores de 5 anos;
5. Até 2021, aumentar para 85% a prática de Aleitamento Materno logo após o nascimento e exclusivo até aos 6 meses;
6. Até 2021, aumentar para 95% a cobertura de Vitamina A, em crianças dos 6 aos 59 meses;
7. Até 2021, reduzir para menos de 10% a taxa de prevalência de Baixo Peso nas crianças menores de cinco anos;
8. Até 2021, aumentar para 90% a cobertura do consumo de sal adequadamente iodizado (mais de 15 microgramas) no agregado familiar;
9. Até 2021, reduzir os distúrbios devido à carência de iodo no seio da população;
10. Até 2023, aumentar para 95% a cobertura de administração de Ferro e Ácido Fólico em mulheres grávidas;
11. Até 2025, expandir para todos os municípios a gestão e o manuseamento integrado do Programa da Malnutrição Severa ao nível da Comunidade e das unidades sanitárias.

Estratégias

1. Integração dos serviços de Nutrição, nos Cuidados Primários de Saúde como prioridade absoluta;
2. Reforço da distribuição de micronutrientes e desparasitação como o albendazol, em crianças menores de 5 anos;
3. Estabelecimento de um sistema de vigilância de doenças devidas a carências alimentares e de micronutrientes de base institucional e comunitário;
4. Reforço de vigilância epidemiológica da malnutrição;
5. Promoção do aleitamento materno logo após o nascimento, exclusivo até aos 6 meses e de práticas adequadas de alimentação após os 6 meses de idade;
6. Promoção de hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis;

7. Fortificação em ferro dos alimentos básicos para a população em geral;
8. Intensificação dos Esforços para Criação de Capacidade e Oportunidades de Formação, na área de Nutrição;
9. Reforço da participação comunitária e da capacitação das famílias, através das competências familiares chaves;
10. Mobilização de parcerias estratégicas para uma resposta multisectorial;
11. Unificação das questões relacionadas com a nutrição e alimentação num único órgão reitor.

Actividades

1. Promover uma alimentação saudável para os diferentes grupos etários, assim como a adopção de estilos de vida saudáveis (actividades físicas);
2. Implementar e promover acções de educação nutricional para casos específicos;
3. Realizar a avaliação nutricional de quatro em quatro anos;
4. Realizar acções de controlo de qualidade do processo de fortificação dos alimentos;
5. Dotar as unidades sanitárias de meios e recursos para o diagnóstico e tratamento da malnutrição;
6. Manter a distribuição de sais ferrosos, ácido fólico e vitamina A para grupos populacionais específicos, particularmente mulheres grávidas e crianças;
7. Reforçar a implementação da administração sistemática de suplementos de micronutrientes e desparasitantes nas unidades sanitárias a todas as crianças menores de cinco anos;
8. Integrar outras campanhas nacionais para reforçar a administração de micronutrientes;
9. Rever e divulgar protocolos de diagnóstico e tratamento da malnutrição;
10. Elaborar e divulgar material de IEC para a promoção de atitudes, conhecimentos e práticas saudáveis, em matéria de nutrição;
11. Realizar campanhas nacionais de promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis de forma a contribuímos para o controlo e prevenção da HTA, da Diabetes Mellitus, da Obesidade, da Cárie Dentária, entre outras doenças crónicas não transmissíveis;
12. Realizar campanhas nacionais de promoção do aleitamento materno logo após o nascimento e exclusivo até aos 6 meses;
13. Reforçar as capacidades de inspecção, fiscalização e controlo da qualidade do sal iodizado;
14. Incluir a vigilância nutricional no SIS;
15. Continuar a implementação da iniciativa “Unidade de Saúde Amiga da Criança”;
16. Divulgar activamente o Código de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno;
17. Iniciar o processo de fortificação dos alimentos básicos em ferro;
18. Realizar acções de investigação para estudar as consequências da malnutrição.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

13. Organismos de execução:
14. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
15. Parceiros nacionais:
16. Parceiros internacionais:

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Resultados de estudos antropométricos;
2. Taxas de prevalência de sintomas/doença por défice de macro e micronutrientes;
3. Percentagem de população específica suplementada com comprimidos de ferro, ácido fólico, e vitamina A;
4. Volume de população específica que receberam albendazol
5. Número de famílias que utilizam sal iodizado;
6. Número de grávidas com suplementação de ferro e ácido fólico;
7. Número de mulheres que praticam o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses;
8. Número de campanhas de promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis realizadas.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatório de estudos antropométricos;
2. Relatórios de actividades do programa;
3. Relatórios de supervisão;
4. Relatórios do Sistema de Informação Sanitária (SIS).

Projecto 14: Prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dos tumores malignos

Metas

1. A partir de 2015, aumentar as campanhas de promoção da saúde sobre o câncer com forte apoio da *media* e a participação da comunidade;
2. Até 2025, dotar os Hospitais Gerais e Municipais de meios de rastreio, diagnóstico precoce e tratamento para os principais tipos de câncer;
3. A partir de 2014, realizar e manter a capacitação dos técnicos de saúde em oncologia a nível, Municipal, Provincial e Central;
4. Até 2025, vacinar 90% da população de risco contra Hepatite B e HPV.

Estratégias operacionais

1. Consciencialização da população angolana para a problemática do câncer, nomeadamente para os sinais de alerta de surgimento da doença bem como os factores de risco;
2. Estabelecimento como prioridade a implementação de um registo oncológico de base hospitalar e populacional a fim de se conhecer a situação real da doença oncológica em Angola;
3. Redução da probabilidade de desenvolver câncer por meio da prevenção dos seus factores de risco;
4. Implementação e divulgação de programas de rastreio de câncers preveníveis;
5. Expansão e apetrechamento das infraestruturas do IACC (centro de referencia) assim como outras unidades hospitalares indicadas do País (Cabinda, Malanje, Benguela, Huila e Huambo);
6. Garantir os direitos dos pacientes e seus familiares tendo em conta a diminuição da mortalidade por câncer, melhoria da sobrevivência e da qualidade de vida dos doentes oncológicos, actuando-se ao nível do diagnóstico, tratamento oncológico hospitalar, assistência médica domiciliar, apoio psicológico especializado, assistência social, reabilitação e cuidados paliativos em infraestruturas adequadas;
7. Harmonização do conhecimento de todos os técnicos de saúde envolvidos nas várias áreas oncológica (diagnóstico, tratamento e seguimento);
8. Garantir o tratamento oncológico integral a todos os utentes;
9. Controle dos custos dos tratamentos garantindo a equidade. Facilitar a utilização e o acesso aos recursos já instalados no país apoiando as unidades de oncologia.

Actividades e intervenções

1. Implementar o registo oncológico;
2. Implementar campanhas públicas de prevenção contra o tabagismo, uso abusivo do álcool, maus hábitos alimentares e o sedentarismo, assim como a exposição aos factores de risco biológicos

- (doenças infecciosas predominantes no quadro epidemiológico Angolano e que são factores de risco do câncer) e ambientais (radiações ionizantes e substâncias químicas com efeito cancerígeno);
3. Diagnosticar precocemente o câncer da mama, o câncer do colo do útero, o câncer da próstata e o câncer de bexiga, câncer do esófago, estômago, colo-rectal e câncer da pele;
 4. Criar unidades de oncologia no País, estabelecendo mecanismos de cooperação, criando consultas de decisão terapêutica multidisciplinar e serviços especializados de diagnóstico, tratamento, seguimento e de cuidados paliativos;
 5. Realizar, fundamentalmente nos grupos de riscos campanhas de promoção de saúde e diagnóstico precoce (auto-exame da mama, mamografia e citologia);
 6. Expandir o registo oncológico de base populacional a todas as províncias e integras no SMVE e SIS;
 7. Advogar para a formação das equipas oncológicas multidisciplinares;
 8. Manter actualizado o registo oncológico de base populacional e registo oncológico de base hospitalar e integra-los no SMVE e no SIS;
 9. Implementar sistemas de informação que permitam monitorizar todos os indicadores do programa de luta contra o câncer bem como agilizar a nível hospitalar, a colheita de informação para efeitos de registo oncológico.
 10. Introduzir a vacina contra o HPV no programa alargado de vacinação (para ambos os sexos);
 11. Reforçar a cobertura vacinal contra a Hepatite B, criando-se um programa especial para os profissionais de saúde sem imunidade;
 12. Diagnosticar precocemente, o câncer da mama, o câncer do colo do útero, o câncer da próstata e o câncer de bexiga, câncer do esófago, estômago, colo-rectal e câncer da pele;
 13. Implementar um programa de educação para a saúde e de diagnóstico precoce dos cânceres da pele, nomeadamente do carcinoma espinocelular da pele na população albina, do sarcoma de Kaposi na população VIH/SIDApositiva e melanoma;
 14. Realizar, fundamentalmente a nível municipal, e com recurso aos quadros dos seus hospitais, campanhas de promoção de saúde e de diagnóstico precoce (importância do auto exame de mama, citologia vaginal, toque rectal, vacinação etc.);
 15. Reorganizar as unidades de oncologia do País, estabelecendo mecanismos de cooperação, criando consultas de decisão terapêutica multidisciplinar e serviços especializados de diagnóstico, tratamento, seguimento e de cuidados paliativos;
 16. Capacitar técnicos de saúde e professores do ensino geral como parte integrante do programa nacional de controle do câncer.
 17. Advogar para a formação das equipas oncológicas multidisciplinares;
 18. Realizar campanhas públicas de prevenção contra o tabagismo, uso abusivo do álcool, maus hábitos alimentares e o sedentarismo, assim como a exposição aos factores de risco biológicos (doenças infecciosas predominantes no quadro epidemiológico Angolano e que são factores de risco do câncer) e ambientais (radiações ionizantes e substâncias químicas com efeito cancerígeno);

19. Promover e controlar a segurança ambiental e dos profissionais de saúde que trabalham nas unidades de oncologia.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

1. Organismos de execução:
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
3. Parceiros nacionais:
4. Parceiros internacionais

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Taxa de incidência de câncer da mama, colo uterino, próstata, esófago, estômago, cólon e recto, pele e bexiga;
2. Taxa de mortalidade de câncer da mama, colo uterino, próstata, esófago, estômago, cólon e recto e bexiga;
3. Estadio da doença oncológica no momento do diagnóstico;
4. Número de pessoas capacitadas em oncologia nas diversas áreas necessárias;
5. Taxa de cobertura vacinal contra o HPV no País;
6. Taxa de cobertura vacinal contra a Hepatite B no País;
7. *Ratio* mortalidade:incidência dos cânceres mais frequentes no País (indicador de qualidade do registo oncológico no que respeita à exaustividade da captação dos casos);
8. Percentagem de casos de câncer registados por ano com confirmação microscópica, no País (indicador de qualidade do registo oncológico no que respeita à validade da informação registada);
9. Número de fontes (hospitais/clínicas públicos e privados, laboratórios privados e conservatórias do registo civil) a colaborar directamente com o CNO no registo de base populacional;
10. Distribuição dos tumores por grupo etário quinquenal e sexo;
11. Número de sessões de quimioterapia;
12. Número de sessões de radioterapia;
13. Número de ingressos para cuidados paliativos;
14. Número de consultas externas oncológicas.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios informáticos sobre a situação real do País;
2. Relatórios trimestrais e anuais de progresso e avaliação das actividades.

Projecto 15: Prevenção e tratamento de doenças buco-oral

Metas

1. A partir de 2013, realizar campanhas regulares de sensibilização contra a cárie com participação comunitária;
2. Até 2021 dotar a rede primária, secundária e terciária de equipamento mínimo e de técnicos especializados para a prestação de cuidados de saúde buco-oral;
3. Até 2025 melhorar os conhecimentos, atitudes e práticas da comunidade sobre higiene bucal e hábitos alimentares.

Estratégias

1. implementação de um programa de promoção de saúde oral;
2. Formação de profissionais de acordo com a pirâmide assistencial;
3. Adequação das infraestruturas e equipamentos;
4. Realização de campanhas nacionais de sensibilização de cuidados de saúde oral, com ênfase para a prevenção, tendo por alvo a população em geral, mas com prioridade para as crianças em idade escolar e mulheres grávidas;

Actividades e intervenções

1. Implementar o Plano Estratégico Nacional de saúde buco-oral;
2. Capacitar técnicos em saúde oral;
3. Elaborar manuais para formação;
4. Capacitar professores, assistentes sociais, educadores de infância sobre a saúde oral;
5. Realizar Campanhas Nacionais de prevenção com o apoio dos meios de comunicação e participação comunitária;
6. Dotar as unidades primárias de saúde de recursos humanos especializados e equipamento adequado para diagnóstico e tratamento das doenças mais comuns;
7. Desenvolver mecanismos para monitoria e avaliação;

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

5. Organismos de execução:

6. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
7. Parceiros nacionais:
8. Parceiros internacionais

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número de técnicos capacitados em Saúde oral;
2. Número de Unidades sanitárias equipadas;
3. Número de pesquisas realizadas.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios mensais, trimestrais e anuais;
2. Relatórios dos estudos.

Projecto 16: Prevenção e Tratamento de doenças de saúde mental

Metas

1. Até final de 2017, criar e implementar um sistema de informação e recolha de dados de saúde mental;
2. Até 2021, aumentar a disponibilidade dos serviços de saúde mental, a nível primário, tendo em conta a morbilidade identificada;
3. Até final de 2021, implementar programas de reabilitação psicossocial e intervenção comunitária em todos os municípios;

Estratégias operacionais

1. Capacitar técnicos para prestação de cuidados de saúde mental em todos os níveis;
2. Integração nos cuidados essenciais de atenção primária e secundária, de actividades de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com perturbações mentais;
3. Informar, educar e sensibilizar a população sobre questões de saúde mental, promovendo hábitos de estilo de vida saudáveis, ligados aos problemas de saúde mental, com a participação da comunidade;
4. Promover e incentivar a reinserção social de pessoas com perturbações mentais e a criação de associações de apoio às mesmas e suas famílias;
5. Elaboração de um diagnóstico anual sobre saúde mental em conjunto com as unidades sanitárias para recolha de informação e planificação de estratégias de trabalho.

Actividades e intervenções

1. implementação e divulgação de uma Legislação sobre saúde mental;
2. implementação e divulgação do Plano Estratégico Nacional;
3. Recrutamento e capacitação de profissionais para prestarem cuidados de saúde mental a nível da atenção primária;
4. Criar condições para o atendimento de pacientes com perturbações mentais em todos os serviços de atenção primária;
5. Implementação de acções de promoção da saúde mental e de sensibilização das populações sobre a importância da mesma para o bem-estar dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
6. Garantir a aquisição e distribuição gratuita ou comparticipada da medicação para o tratamento de patologias mentais;
7. Dinamizar a rede de apoio familiar e social.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

9. Organismos de execução:
10. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
11. Parceiros nacionais:
12. Parceiros internacionais

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Percentagem de hospitais provinciais e unidades sanitárias que prestam serviços e cuidados de saúde mental;
2. Número de unidades de saúde mental que dispõem de serviços de hospital dia;
3. Quantidade de material educativo e de formação produzido;
4. Número de técnicos capacitados/formados em saúde mental;
5. Rede de apoio familiar e social funcional;
6. Percentagem de unidades de saúde mental com serviços de hospital dia para saúde mental;
7. Número de centros de reabilitação psicossocial.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios trimestrais e anuais das actividades do PNSM;
2. Relatórios de supervisão e avaliação das actividades de saúde mental;
3. Relatórios de inquéritos sobre o nível e a percepção da população sobre a saúde mental;
4. Reuniões periódicas;
5. Avaliação quinquenal sobre o impacto das acções, legislação e das estratégias do Plano Nacional de Saúde Mental.

Projecto 17: Reabilitação para a pessoa com deficiência sensório-motora

Metas

1. Até 2016, estabelecer os Serviços de Cuidados Integrados Continuados a nível de todos os Centros de Saúde do País, e de Cuidados Paliativos a nível de todos os Hospitais (centrais, provinciais e municipais), para a reabilitação sensorial e motora;
2. Até 2017, desenvolver programas de educação para a saúde visando a participação dos indivíduos, famílias e comunidades na reabilitação sensorial e motora;
3. Até 2025, criar áreas de tratamento de fisioterapia em todos Hospitais Municipais;
4. Até 2025, criar capacidade de diagnóstico de alteração da acuidade auditiva e visual em todos os municípios.

Estratégias

1. Elaboração e divulgação de suportes de recolha de informação;
2. Reforço em meios e recursos humanos a centros ortopédicos regionais para aumentar a sua capacidade de produção e aquisição de próteses (motoras e sensoriais), orteses e manutenção de meios de locomoção, bem como melhorar a capacidade de prestar serviços de tratamento e atendimento integral a pessoas com deficiência motora e sensorial;
3. Criar Serviços de Cuidados Continuados e Paliativos a nível primário e secundário para a reabilitação motora e sensorial;
4. Elaboração e divulgação de protocolos de tratamento de reabilitação especializada integrada para as pessoas com deficiência, com sequelas de doenças crónicas e o atendimento às vítimas do trauma com estratificação das intervenções para os diferentes níveis do Serviço Nacional de Saúde;
5. Formação e capacitação de profissionais de saúde, nomeadamente: Especialistas em Medicina de Reabilitação, Fisioterapeutas, Ortoprotesistas, Técnicos de Avaliação Auditiva, Optometristas, Ortóticos, Terapeutas da Fala, Fonoaudiologistas, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos e Assistentes Sociais;
6. Elaboração e divulgação de protocolos para o diagnóstico precoce das deficiências sensoriais e motoras em todas as Províncias;
7. Reforço das capacidades em recursos humanos e meios técnicos em todas as Províncias para a reabilitação sensorial e motora;

8. Capacitação dos profissionais de saúde para o rastreio de deficiência sensorial e motora nas maternidades.
9. Desenvolvimento de programas de educação para a saúde visando a participação dos indivíduos, famílias e comunidades na reabilitação sensorial e motora;

Actividades

1. Dotar os centros ortopédicos de recursos humanos e meios para o atendimento integral à pessoa com deficiência;
2. Instalação em todos os municípios de áreas de fisioterapia nos Hospitais Municipais;
3. Capacitar os técnicos dos centros de saúde para a prevenção de incapacidades e reabilitação;
4. Formar/reciclar técnicos profissionais de saúde em fisioterapia, ortoprotesia, audiometria, optometria, terapeutas da fala e ocupacionais, garantindo pelo menos um por província e por município selecionados;
5. Elaborar e divulgar protocolos de tratamento e reabilitação para as pessoas com deficiência sensorial e motora, com sequelas de doenças crónicas e de atendimento às vítimas do trauma com acções para cada nível do Serviço Nacional de Saúde;
6. Desenvolvimento de programas de educação para a saúde para a participação dos indivíduos, famílias e comunidades na reabilitação física;
7. Criar um banco de dados sobre pessoas com deficiência a nível nacional;
8. Elaborar, distribuir suportes de recolha de dados e capacitar os técnicos para o seu preenchimento correcto;
9. Realizar regularmente visitas de supervisão formativa aos centros e Hospitais

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

13. Organismos de execução:
14. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
15. Parceiros nacionais:
16. Parceiros internacionais

Cronograma

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número de municípios com serviços de tratamento de fisioterapia e reabilitação sensorial;
2. Número de centros de Saúde com técnicos capacitados na prevenção de incapacidade e reabilitação sensório-motora;
3. Número de técnicos formados em fisioterapia, ortoprotesia, audiometria, optometria, psicologia e terapia da fala e ocupacional;
4. Número de províncias com capacidade de diagnóstico precoce da surdez e cegueira
5. Número de províncias com programa de fisioterapia, reabilitação auditiva e proteção ocular;
6. Número de professores capacitados para o rastreio de crianças com deficiência sensorial;
7. Número de actividades realizadas de educação para a saúde com a participação dos indivíduos, famílias e comunidade;
8. Número de pessoas portadoras de deficiência;
9. Número de supervisões realizadas;
10. Realizar um encontro nacional quinquenal de avaliação do impacto do plano estratégico

Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

1. Relatórios das actividades mensais, trimestrais e anuais dos centros ortopédicos;
2. Relatórios de actividades mensais, trimestrais e anuais dos Serviços de Cuidados Paliativos dos Hospitais Centrais e Provinciais;
3. Relatórios de actividades mensais, trimestrais e anuais das áreas de reabilitação física dos hospitais municipais;
4. Relatórios de actividades do Programa Nacional de Reabilitação Física e da Direcção Nacional de Saúde Pública;
5. Relatórios das actividades de supervisão.

Subprograma de atenção específica, para grupos etários da população

Projecto 18: Prestação de cuidados de saúde para a sobrevivência materna, infantil e infanto-juvenil

Metas

1. Até 2015, reduzir a actual taxa de mortalidade materna de 450 para 250 por cem mil nascidos vivos;
2. Até 2015, aumentar a cobertura de pré-natal de uma ou mais consultas de 69% para 90%;
3. A partir de 2015, oferecer a consulta de atenção especial ao recém-nascido, que dela necessitar, em cada um dos hospitais municipais;
4. A partir de 2015, ter a consulta de atenção integral à criança implementada em todas as unidades do 1º nível;
5. A partir de 2015, reforçar o envolvimento comunitário para a disseminação das práticas familiares chave para a sobrevivência infantil;
6. A partir de 2015, ter uma cobertura da consulta pós-parto para a mãe e o recém-nascido de 80%;
7. A partir de 2015, ter 100% dos municípios com os comités municipais de auditoria de mortes materna e neonatal em funcionamento;
8. A partir de 2015, ter 100% dos hospitais de nível municipal, geral e central com assistência materna e infantil com os comités de auditoria de mortes maternas e neonatal em funcionamento;
9. A partir de 2015, ter 100% dos Comités Provinciais de Prevenção e Auditoria de morte materna e perinatal funcional, seguindo as normas do regulamento;
10. A partir de 2015, ter 80% de unidades sanitárias com envolvimento da comunidade para as questões de saúde materna e neonatal;
11. Até 2015, contribuir para a redução da mortalidade infantil, passando de 116 para 104 por 1.000 nascidos vivos, e a menores de 5 anos, passando de 195 para 145;
12. A partir de 2015, dotar 100% das unidades sanitárias do 1º nível com pelo menos dois técnicos formados em atenção integral à criança;
13. Até 2017, ter 95% das crianças menores de 1 ano com 5 consultas realizadas em cada um dos municípios;
14. Até 2017, implementar Cuidados Obstétricos e Neonatais de Urgência completos e básicos em 85% das sedes municipais do País;
15. Até 2017, integrar os serviços de Planeamento Familiar e Aconselhamento em 100% das unidades sanitárias do 1º nível de atenção;
16. Até 2017, aumentar de 41% para 80% a cobertura de partos institucionais e assistidos por pessoal qualificado;
17. Até 2017, estabelecer uma equipa de saúde escolar em cada município;
18. Até 2021, implementar CONU básicos e completos em 85% de US do país bem como serviços de referência nos outros municípios;
19. Até 2022, aumentar de 18% para 70% a cobertura do uso de contraceptivos modernos;

Estratégias

1. Aumento da disponibilidade, acesso e utilização de cuidados obstétricos e neonatais de urgência, de qualidade, para as mães e recém-nascidos, incluindo o planeamento familiar;
2. Aumento da disponibilidade do pacote integrado de cuidados e serviços essenciais de saúde, de atenção integrada à saúde da mulher e do recém-nascido, nos diferentes níveis do Sistema Nacional de Saúde;
3. Reforço da capacidade dos recursos humanos para prestar cuidados de saúde materna e neonatal de qualidade;
4. Reforço dos mecanismos de coordenação, monitoria e avaliação a todos os níveis do Sistema Nacional de Saúde;
5. Reforço da capacidade de mobilização das mulheres, homens, adolescentes e famílias para a mudança de comportamentos e participação comunitária na prevenção, controlo das doenças e promoção da saúde;
6. Advocacia a favor de um maior compromisso, mobilização e afectação de recursos para a saúde materna, incluindo o planeamento familiar, e para os cuidados dos recém-nascidos;
7. Estabelecimento de um programa de rastreio e atenção às doenças congénitas;
8. Dinamização do Programa de Atenção Integral à criança, incluindo os cuidados neonatais;
9. Qualificação dos cuidados pediátricos nos Hospitais Municipais de referência do 1º nível.
10. Redinamização e actualização do Programa de Saúde Escolar em parceria com o Ministério da Educação;
11. Reforço das práticas familiares chave para a saúde reprodutiva e sobrevivência da criança.

Actividades

1. Actualizar a Política de prestação de serviços de saúde reprodutiva
2. Capacitar as equipas provinciais e municipais em planificação e gestão dos serviços de Saúde materna e neonatal, incluindo o Planeamento Familiar;
3. Reforçar a oferta do pacote essencial de intervenções para a saúde materna e neonatal, de acordo com o nível de prestação de cuidados de saúde, incluindo o despiste de ITS (Sífilis, hepatite B e VIH) e de doenças metabólicas;
4. Dotar as unidades com equipamentos e meios básicos para expandir os cuidados obstétricos e neonatais de urgência (CONU) básicos e completos, incluindo os cuidados essenciais ao RN normal e de risco;

5. Adquirir e distribuir os medicamentos, meios e equipamentos de Saúde Sexual, Reprodutiva e neonatal de acordo com os objectivos de cobertura;
6. Reforçar a organização e integração no atendimento dos serviços de Planeamento Familiar, ITS e expansão do rastreio do cancro do colo uterino;
7. Garantir a disponibilidade de profissionais qualificados nos serviços de saúde materna, neonatal e infantil aos vários níveis do Sistema Nacional de Saúde;
8. Fortalecer a capacidade dos indivíduos e famílias para conhecer os cuidados adequados na comunidade e a procura atempada dos cuidados de saúde;
9. Reforçar a capacidade para a supervisão formativa, monitorização e avaliação do programa de saúde materna e infantil;
10. Realizar pesquisas operacionais sobre as barreiras na utilização dos métodos contraceptivos modernos, qualidade da assistência à mulher e barreiras na utilização dos serviços de parto institucional;
11. Advogar ao mais alto nível dos actuais e potenciais parceiros nacionais e internacionais, para que a saúde materna e infantil esteja no topo da agenda política e aumente a afectação de recursos (humanos e financeiros);
12. Pôr em funcionamento regular o Comité Técnico Nacional de Prevenção e Auditoria de Mortes Maternas e neonatais e apoiar a implementação dos Comités provinciais e municipais;
13. Colher, registar e integrar os dados da saúde materna, neonatal e infantil no sistema de informação sanitária;
14. Institucionalizar o rastreio do cancro da mama e do colo uterino, na assistência integral à mulher;¹
15. Criar condições técnicas e humanas para o rastreio das doenças congénitas;
16. Elaborar materiais para a formação em atenção integral à criança e ao recém-nascido;
17. Rever, actualizar e implementar o Cartão de Saúde da Criança de acordo com a nova curva de crescimento da OMS;
18. Implementar a nível de todas as unidades sanitárias a consulta de crescimento e desenvolvimento da criança saudável;
19. Actualizar e redinamizar o programa de saúde escolar;
20. Capacitar as equipas municipais de saúde escolar;
21. Realizar acções de capacitação permanente em serviço;

¹ Ver Projecto 3f: Prevenção, diagnóstico precoce e tratamento dos tumores malignos.

22. Garantir o equipamento e insumos para a implementação dos serviços de atenção à criança e ao recém-nascido;
23. Envolver as comunidades nas práticas familiares chave para a sobrevivência infantil.
24. Formar as equipas provinciais de formadores em atenção integrada às doenças da infância (AIDI) para a extensão da estratégia a todas as unidades do País;
25. Rever e/ou definir políticas, normas e protocolos de saúde materna, neonatal e da criança, com base na evidência, e tendo por referência os padrões locais e internacionais;
26. Reforçar as estruturas e os mecanismos existentes para aumentar a demanda de utilização dos SMNI;
27. Reforçar a capacidade do Departamento da Saúde Reprodutiva em Recursos Humanos e financeiros.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

1. Organismos de execução:
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
3. Parceiros nacionais:
4. Parceiros internacionais

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número e percentagem de unidades sanitárias com a Estratégia da Assistência integrada à saúde da mulher, do recém-nascido, e da criança implementada;
2. Número e percentagem de grávidas com quatro consultas de CPN realizadas;
3. Número e percentagem de mulheres e homens que utilizam regularmente um método contraceptivo moderno;
4. Número e percentagem de partos realizados com pessoal de saúde qualificado;
5. Número e percentagem de mulheres que beneficiam de consultas pós-parto realizadas sete dias depois do parto;
6. Número de óbitos maternos notificados e investigados;
7. Número de óbitos de recém-nascidos e crianças notificados e investigados;
8. Número de comités de Prevenção e Auditoria de mortes maternas e neonatais funcionais;

9. Número e percentagem de profissionais de saúde capacitados em Assistência integrada à saúde da mulher, do recém-nascido e da criança;
10. Percentagem de necessidades não satisfeitas em contraceção.
11. Número de unidades com normas e protocolos implementados;
12. Números de US com pelo menos dois técnicos capacitados em assistência integrada às doenças da infância;
13. Número de equipas de saúde escolar em funcionamento;
14. Número de hospitais municipais que realizam o rastreio e seguimento de doenças congénitas;
15. Número de recém-nascidos com doenças congénitas diagnosticadas e em seguimento;
16. Número de crianças com baixo peso ao nascer;
17. Número de crianças com atraso de crescimento;
18. Número de nados mortos;
19. Número de óbitos em menos de 24 horas, 7 dias e 28 dias;
20. Número de óbitos em menores de um ano, e menores de 5 anos;
21. Percentagem de crianças menores de um ano que realizaram 5 consultas de seguimento;
22. Número de crianças com pneumonia tratadas com antibiótico recomendado.

Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

1. Relatórios de actividades do projecto mensais, trimestrais, semestrais e anuais;
2. Resultados das pesquisas operacionais;
3. Encontros técnicos mensais;
4. Relatório dos Comités de Prevenção e Auditoria de morte materna e perinatal;
5. Elaboração de um Boletim semestral de retroinformação;
6. Encontros metodológicos anuais.

Projecto 19: Desenvolvimento de cuidados de saúde promocionais, preventivos e de rastreio a adolescentes

Metas

1. A partir de 2014, elaborar e reproduzir 10.000.000 exemplares de material educativo diverso;
2. Até 2017, ter recursos humanos capacitados em atenção ao adolescente em cada município;
3. Até 2017, expandir os grupos de pares e os clubes de jovens em 80% das escolas do ensino secundário e institutos médios em cada município;
4. Até 2025, cobrir 95% dos municípios com serviços de atenção integrada ao adolescente.

Estratégias

1. Expansão dos “Serviços Amigos dos Adolescentes” a todos os municípios;
2. Implementação da consulta de atenção integral ao adolescente, incluindo a prevenção do câncer do colo do útero;
3. Estabelecimento de um programa de promoção da saúde do adolescente, maternidade e paternidade responsáveis e estilos de vida saudáveis nas escolas, utilizando a abordagem de educação de pares.

Actividades

1. Capacitar professores e pares em matéria de saúde dos adolescentes em todos os municípios;
2. Capacitar profissionais de saúde para a atenção integrada do adolescente;
3. Capacitar profissionais das organizações não-governamentais e de apoio, para abordagem dos jovens/adolescentes fora do sistema escolar;
4. Adequar as infraestruturas das unidades sanitárias para o atendimento dos adolescentes;
5. Reorientar e expandir os “Serviços Amigos dos Adolescentes”;
6. Advogar e estabelecer normas técnicas para expansão dos clubes de jovens nas escolas;
7. Elaborar instrumentos de registo e compilação de dados incluindo o cartão de saúde do adolescente;
8. Elaborar, reproduzir e implementar normas e protocolos de atenção ao adolescente;
9. Elaborar um programa de IEC dirigido aos adolescentes;
10. Estabelecer parcerias estratégicas para apoiar a saúde dos adolescentes;
11. Formar adolescentes do sexo feminino no domínio da saúde reprodutiva para uma maior autonomia e tomada de decisão informada, e sensibilizar o adolescente do sexo masculino.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

1. Organismos de execução:
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
3. Parceiros nacionais:
4. Parceiros internacionais:

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número de unidades de saúde com “Serviços Amigos dos Jovens Adolescentes”;
2. Número de prestadores de saúde capacitados em atenção do adolescente por município;
3. Número de CPN em mulheres com menos de 20 anos;
4. Número de gravidezes em adolescentes;
5. Número de partos em adolescentes;
6. Número de abortos inseguros em adolescentes;
7. Número de adolescentes atendidos na consulta dos “Serviços Amigos dos Jovens Adolescentes”;
8. Número de óbitos maternos em adolescentes;
9. Número de ITS em adolescentes;
10. Número de Adolescente que usam um método contraceptivo moderno.

Mecanismos de seguimento e de avaliação

1. Relatórios mensais, trimestrais, e anuais da implementação das intervenções;
2. Encontros metodológicos anuais.

Projecto 20: Prestação de cuidados específicos a adultos maiores de 60 anos

Metas

1. A partir de 2014, realizar campanhas anuais de sensibilização nacional, municipal e comunitária sobre a saúde do idoso;
2. Até 2017, ter pelo menos uma Unidade Sanitária que ofereça cuidados ao idoso em cada município;
3. Até 2025, ter pelo menos dois profissionais de saúde capacitados em cada Unidade Sanitária com serviços de cuidados ao idoso.

Estratégias

1. Formação de profissionais especialistas em atenção à saúde do idoso;
2. Intensificação das campanhas de sensibilização e mobilização da sociedade para a promoção do envelhecimento activo e saudável;
3. Promoção do acesso da pessoa idosa aos medicamentos essenciais.

Actividades e intervenções

1. implementar um plano estratégico para atenção e assistência ao idoso;
2. Integrar o programa de assistência ao idoso no Sistema Nacional de Saúde de modo a sistematizar o apoio do Serviço Nacional de Saúde às Instituições para os idosos;
3. Elaborar protocolos e normas para atenção e assistência ao idoso, incluindo sobre menopausa e andropausa;
4. Adequar as unidades sanitárias às necessidades dos idosos.
5. implementar a caderneta do idoso;
6. Produzir programas de comunicação e materiais de IEC para a comunidade e profissionais de saúde com vista à atenção e assistência ao idoso;
7. Promover uma alimentação saudável, prática de actividade física e de lazer para a população idosa.
8. Constituir equipas sócio-sanitárias nos centros de saúde para atenção integrada à saúde da pessoa idosa;
9. Prover recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde do idoso, a nível primário.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

1. Organismos de execução:

2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
3. Parceiros nacionais:
4. Parceiros internacionais:

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número de unidades de saúde com serviços de assistência aos idosos criados;
2. Número de unidades de saúde com pelo menos dois profissionais de saúde capacitados para o atendimento de idosos;
3. Número de protocolos e normas elaborados e validados;
4. Número de campanhas regulares de sensibilização realizadas;
5. Número de visitas de supervisão/formativas efectuadas;
6. Número de casos de doenças crónicas degenerativas notificadas.

Mecanismos de avaliação

1. Relatório trimestral e anual das actividades implementadas;
2. Visitas de supervisão trimestrais aos serviços de atenção ao idoso;
3. Realização de relatórios de desempenho das actividades programadas.

PROGRAMA DE CUIDADOS PRIMÁRIOS E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

O programa de cuidados primários e assistência hospitalar é composto por cinco subprogramas e respectivos projectos a seguir listados:

Subprograma de promoção para a saúde de hábitos e estilos de vida saudáveis

Projectos:

- Projecto 21:* Promoção para a saúde e hábitos de estilos de vida saudáveis
- Projecto 22:* Luta contra o tabagismo em Angola
- Projecto 23:* Luta contra o alcoolismo
- Projecto 24:* Luta contra as drogas
- Projecto 25:* Informação, Educação e Comunicação para Saúde
- Projecto 26:* Saúde Escolar
- Projecto 27:* Monitorização dos factores ambientais implicantes na saúde humana

Subprograma operacionalização da prestação de cuidados e serviços de saúde

- Projecto 28:* Municipalização da atenção primária (cuidados primários)
- Projecto 29:* Cuidados paliativos e cuidados continuados
- Projecto 32:* Gestão e Desenvolvimento do Subsistema de Saúde Privado
- Projecto 33:* Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde
- Projecto 34:* Medicina Tradicional

Subprograma de segurança transfusional

- Projecto 35:* Revitalização do Serviço Nacional de Sangue

Subprograma de gestão e desenvolvimento da rede nacional de laboratórios

Projecto 36: Gestão e desenvolvimento da rede nacional de laboratórios

Subprograma de promoção para a saúde de hábitos e estilos de vida saudáveis

Projecto 21: Promoção para a saúde e hábitos de estilos de vida saudáveis

Metas

1. Até 2014, elaborar o Plano Estratégico Nacional Multisectorial de Promoção e Comunicação para a Saúde, para prevenção das Doenças Transmissíveis, Crónicas não Transmissíveis, incluindo segurança rodoviária e violência e de Promoção de Hábitos e Estilos de Vida Saudáveis;
2. Até 2014, criar a *Semana Nacional de Promoção* para a Saúde, com acções integradas de Promoção da saúde materna e infantil e prevenção das doenças transmissíveis e crónicas não transmissíveis.
3. Até 2014, elaborar, em conjunto com o Departamento de Saúde Reprodutiva, a estratégia Nacional de Comunicação para a Saúde Reprodutiva baseada na Redução da Mortalidade Materna, Infantil, Neonatal incluindo as doenças crónicas degenerativas da mulher e saúde da mulher reclusa;
4. Até 2017, estabelecer os *critérios padrão* para acreditação de ambientes saudáveis, dando prioridade às escolas;

Estratégias

1. Apoio aos programas e projectos de saúde prioritários para alcançar os objectivos definidos;
2. Promoção de acções de saúde em todo o País mobilizando e capacitando as comunidades para a sua participação activa na promoção da saúde integrada de forma contínua durante toda a vida;
3. Desenvolvimento e implementação de intervenções de Promoção da Saúde através de uma abordagem holística, abrangente, eficaz e multisectorial para aumentarem o reconhecimento da saúde enquanto componente essencial do desenvolvimento socioeconómico;
4. Estabelecimento de um sistema eficaz de coordenação e de mecanismos de gestão de promoção da saúde a todos os níveis;
5. Melhoria do financiamento e alocação de recursos para a Promoção da Saúde, bem como a sua utilização de forma eficaz e sustentável;

Actividades

1. Criar a Comissão Nacional Multissetorial de promoção e comunicação para a saúde;
2. divulgar a Política Nacional de Promoção da Saúde;
3. divulgar a Política do Agente comunitário;
4. divulgar o Plano Estratégico Nacional Multissetorial integrado de promoção e comunicação sobre a Saúde Reprodutiva, Infantil, Neonatal, a prevenção das Doenças Transmissíveis e Crónicas não Transmissíveis, incluindo segurança rodoviária e violência e a Promoção de Hábitos e Estilos de Vida Saudáveis;
5. Implementar a *Semana Nacional de Promoção* para a Saúde, com acções integradas de Promoção e prevenção relativas a saúde materna e infantil doenças transmissíveis e crónicas não transmissíveis;
6. Elaborar e distribuir materiais de Informação, educação e comunicação para a promoção de saúde materna, infantil, doenças Transmissíveis e crónicas não transmissíveis, incluindo prevenção de acidentes rodoviários, violência e promoção de hábitos de estilo de vida saudáveis, como o exercício físico, a alimentação saudável, a luta contra o tabaco e o álcool.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

5. Organismos de execução:
6. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
7. Parceiros nacionais:
8. Parceiros internacionais:

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número de reuniões realizadas pela Comissão Nacional de Promoção para a saúde;
2. Número de municípios acreditados;
3. Número de Semanas Nacionais de Promoção para a Saúde;
4. Número e tipo de material de IEC elaborado, produzido e distribuído;
5. Indicadores de tendências das principais causas de morte, incluindo por exemplo a taxa de mortalidade por acidentes rodoviários.

Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

1. Relatório de actividade da Comissão Nacional de Promoção para a saúde;
2. Relatório do grau de implementação dos planos estratégicos;
3. Relatórios de acreditação dos espaços saudáveis;
4. Relatório de actividades da Semana Nacional de Promoção para a Saúde;
5. Relatórios de actividades do Programa Nacional de Promoção Para a Saúde;
6. Relatórios de supervisão às províncias e municípios.

Projecto 25: Informação, educação e Comunicação para Saúde

Metas

1. A partir de 2014, o município deve desenvolver acções IEC;
2. A partir de 2014, capacitar as estruturas de base comunitária para o suporte às redes comunitárias de IEC;
3. Até 2017 e 2025, pelo menos 30% e 90% das instituições visadas já tenham incluído e implementado acções de IEC nas suas intervenções;
4. A partir de 2014, promover campanhas de Informação, Educação e Comunicação sobre os riscos e consequências do consumo excessivo do álcool;
5. A partir de 2015, capacitar anualmente 4 técnicos em todos os centros de saúde e hospitais municipais em matéria de abordagem de casos das toxicodependências.
6. A partir de 2014, fazer acções de informação, educação e comunicação de rotina sobre as consequências do consumo do tabaco no meio urbano e rural em todos os municípios;

Estratégias

1. Inserção de IEC/Saúde, em programas, planos, projectos de intervenções em todas as Instituições Público-Privadas, organizações filantrópicas e as de base Comunitária;
2. Indicação de um Ponto Focal de IEC em todas as instituições públicas, privadas e parceiros de base comunitária;
3. Criação em cada Unidade Sanitária um Serviço de IEC e Aconselhamento em Saúde;
4. Inclusão nas Instituições de Educação não formal, os conteúdos de Educação para Saúde;
5. Promoção de Redes de Comunicação Tradicional;
6. Institucionalização de Feiras de Saúde de carácter Nacional;

Actividades e intervenções

1. Incluir a documentação de IEC no Centro de Documentação do MINSA, nas bibliotecas convencionais e virtuais já existentes;
2. Elaborar os Termos de Referência para os Pontos Focais de IEC em cada instituição;

3. Capacitar as estruturas de base comunitária para o suporte às redes comunitárias de IEC;
4. Capacitar grupos de teatro de referência comunitária sobre os conteúdos básicos de IEC;
5. Identificar capacidades locais de reprodução de matérias de IEC;
6. Identificar Empresas público-privadas para o transporte e distribuição de materiais de IEC da Unidade de Produção para o nível local;

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

1. Organismos de execução:
2. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
3. Parceiros nacionais:
4. Parceiros internacionais

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número de reuniões realizadas;
2. Número de documentos produzidos;
3. Existência da legislação regulamentada;
4. Existência do documento da Estratégia;
5. Existência do documento de Política;
6. Existência do Plano de Produção de Materiais;
7. Existência de Manuais, Normas, Indicadores;
8. % das instituições visadas que já tenham incluído IEC nas suas intervenções;
9. % das instituições que tenham incluído e implementado acções de IEC nas suas actividades;
10. Número de curriculum de ensino com conteúdos de IEC;

11. Número de capacitações institucionais realizadas sobre IEC.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios;
2. Indicadores de monitorização;
3. Relatórios de avaliação regular da implementação dos Planos.

Projecto 26: Saúde Escolar

Metas

1. Até 2015, ter reactivado o Programa Nacional de Saúde Escolar;
2. Até 2015, rever os manuais do professor no âmbito da saúde escolar;
3. Até 2017 e 2025, que 60% e 100% das escolas do 1º e 2º ciclos tenham implementado o programa de saúde escolar, respectivamente;
4. Até 2025, que todas as infra-estruturas escolares estejam padronizadas;
5. Até 2015, ter o colectivo escolar mobilizado para a promoção da saúde;

Estratégias

1. Reactivação do Programa Nacional de Saúde Escolar;
2. Colaboração com a Associação dos Professores Angolanos, estudantes, pais e encarregados de educação;
3. Garantir recursos financeiros para a implementação do Programa;
4. Mobilização do colectivo escolar para a promoção da saúde.

Actividades e Intervenções

1. Actualizar e harmonizar todos os instrumentos existentes;
2. Elaborar a documentação para a reactivação do Programa de Saúde Escolar;
3. Rever o manual do professor sobre a saúde escolar seguindo as recomendações da OMS e a estratégia do Executivo para a prevenção das doenças prioritárias e promoção da saúde;
4. Capacitar professores do ensino primário e secundário (1º e 2º ciclos) sobre o programa de saúde escolar;
5. Criar clinicas e equipas móveis escolares de atenção primária em todos os municípios.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

5. Organismos de execução:
6. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
7. Parceiros nacionais:

8. Parceiros internacionais

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Programa Nacional de Saúde Escolar relançado;
2. Número de núcleos provinciais criados;
3. Número de escolas que implementaram o programa de saúde escolar;
4. Número de escolas que cumpriram com o programa de saúde escolar;
5. Número de visitas e equipas e/ou clínicas móveis às escolas que implementaram o programa de saúde escolar.

Mecanismos de avaliação

1. Actas e Relatórios trimestrais e anuais das actividades de saúde escolar implementadas;
2. Visitas de supervisão semestrais às escolas que implementaram o programa de saúde escolar.

Subprograma da operacionalização da prestação de Cuidados Primários e de Serviços de Saúde

Projecto 28: Municipalização da atenção primária (cuidados primários)

Metas

1. Até 2014, elaborar e publicar o Planos Municipais de Desenvolvimento Sanitários (2012-2025),;
2. Até 2013, aprovar e publicar as normas, regras e procedimentos do funcionamento do Sistema de Saúde a Nível Municipal;
3. Até 2013, tornar operacional a disponibilidade contínua do pacote integrado de cuidados e serviços, em todas as unidades sanitárias e equipas móveis;
4. A partir de 2014, reforçar as acções de coordenação intersectorial para a organização das intervenções em saúde nos Conselhos de Auscultação e Concertação Social;
5. Até 2015, tornar operacional a ligação dos serviços a nível primário com outros níveis de atenção da pirâmide sanitária, através de mecanismos de referência e contra-referência;
6. Até 2017, dotar o País de uma rede de serviços de saúde com qualidade, incluindo equipas móveis e Cuidados Obstétricos de Emergência que assegurem o acesso das populações à atenção primária;
7. Até 2017, ter funcional e sustentável o Projecto de Agentes Comunitários.

Estratégias

1. Elaboração de Planos Municipais de Desenvolvimento Sanitário em todo o País;
2. Aumento do acesso e da disponibilidade de serviços de saúde com qualidade às populações, dotando as unidades sanitárias com capacidade resolutive contínua, por nível de atenção (PS,CS,CSR/HM), incluindo equipas móveis;
3. Dotação de recursos humanos com capacitados ao município, baseada numa eficiente planificação de recursos necessários por tipo de unidade sanitária e serviços de gestão (US e Direcção Municipal);
4. Aumento da qualidade dos serviços prestados, através da capacitação/formação de técnicos de saúde, incluindo AIDI e Saúde Materna, aplicação de protocolos de tratamento, de supervisão e de formação permanente dos profissionais;
5. Disponibilização contínua do Pacote Integrado de Cuidados e Serviços de Saúde por tipo de Unidade Sanitária;
6. Melhoria dos mecanismos de articulação entre os diferentes componentes da rede (unidades sanitárias e as de referência) e a gestão dos serviços municipais, através da integração num único plano de acção, orçamento e financiamento;

7. Reforço da intra e intersectorialidade, através dos mecanismos de coordenação estabelecidos nos municípios, nomeadamente os Conselhos de Auscultação e Concertação Social, para a organização das intervenções em saúde com outros sectores (sociais e económicos);
8. Reforço da participação comunitária através do desenvolvimento de estruturas de apoio às acções de saúde, nomeadamente os Comités de Saúde e os Agentes Comunitários.

Actividades

1. Realizar o mapeamento das comunidades sob a responsabilidade de cada unidade sanitária;
2. Elaborar o plano de expansão da rede sanitária de atenção primária;
3. Planificar e distribuir medicamentos, equipamentos e meios necessários às unidades sanitárias e com equipas móveis;
4. Prever e intervir de imediato, com equipas móveis e avançadas, junto às populações com baixa cobertura de serviços de saúde, particularmente nas províncias do Leste e do Sul;
5. Prever e dotar todos os municípios de capacidade e meios para realizarem cirurgias obstétricas, incluindo um banco de sangue certificado;
6. Prever e dotar todas as unidades sanitárias de abastecimento regular de água, energia e tratamento dos lixos hospitalares;
7. Redistribuir e contratar equipas mínimas de profissionais capacitados por tipo de unidade sanitária e Repartições Municipais para garantirem a gestão do sistema de saúde a esse nível, com base no perfil estabelecido pelo MINSÁ;
8. Contratar médicos e técnicos especialistas em ginecologia-obstetrícia, cirurgia e pediatria, instrumentistas e anestesistas para a prestação de serviços e participação na capacitação de quadros a nível local;
9. Elaborar o plano de formação de especialização de técnicos, dando prioridade à parteiras, técnicos em AIDI, estomatologistas, oftalmologistas, técnicos de saúde mental, nutricionistas, instrumentistas, anestesistas e gestores de saúde;
10. Organizar o sistema de formação permanente e aplicar os protocolos de tratamento e de supervisão das actividades, garantindo a qualidade dos serviços prestados;
11. Organizar e manter funcional a rede de laboratórios, de hemoterapia e a cadeia de frio;
12. Implantar o Sistema de Informação, monitorização dos indicadores e vigilância epidemiológica, incluindo a busca activa na comunidade;

13. Organizar o funcionamento dos Comitês de Auditoria de Mortes Maternas e Neonatais a nível Municipal e Institucional, para investigação de mortes maternas e implementação das recomendações;
14. Organizar a rede logística e de aprovisionamento;
15. Organizar e implementar a referência e a contra-referência entre as unidades periféricas e as de referência a nível Municipal e entre estas e a Província;
16. Organizar a rede de transporte sanitário e de comunicação;
17. Dar forma legal e publicar a estratégia, normas, regras e procedimentos para o funcionamento do Sistema Municipal de Saúde;
18. Elaborar a política dos Agentes Comunitários de Saúde, com vista a estabelecer o seu enquadramento;
19. Elaborar a Política de cuidados primários em saúde;
20. Formar os Agentes Comunitários e organizar os comitês de saúde;
21. Fazer advocacia para a co-responsabilidade na melhoria da qualidade de vida das populações, em coordenação com os outros sectores, sociedade civil e privados nos Conselhos de Auscultação e Concertação Social;
22. Elaborar o Plano Municipal de Desenvolvimento Sanitário (2013-2012), incluindo o financiamento e orçamento.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

9. Organismos de execução:
10. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
11. Parceiros nacionais:
12. Parceiros internacionais

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número de municípios com Planos Municipais de Desenvolvimento Sanitários elaborados (2012-2025);
2. Número de municípios com mapeamento, definição de áreas de abrangência, definição da referência e contra-referência concluídos e operacionais;
3. Número de unidades sanitárias reabilitadas, ampliadas e construídas;

4. Número de unidades sanitárias por tipo de atenção, incluindo equipas móveis com serviços e cuidados essenciais;
5. Número de unidades sanitárias com disponibilidade contínua do pacote integrado de cuidados e serviços, em todas as unidades sanitárias e equipas móveis;
6. Número de municípios com necessidades essenciais em recursos humanos satisfeitas;
7. Número de técnicos especializados: parteiras, técnicos em Assistência Integrada das Doenças da Infância (AIDI) e em Gestão e Administração em Saúde;
8. Número de municípios com Programas de Formação Permanente implantados;
9. Número de municípios com sistema de informação implantados;
10. Número de municípios com Comitês de Auditorias e Prevenção de Mortes Maternas e Perinatais Municipais e Institucionais operacionais;
11. Número de Comitês Municipais de Saúde operacionais;
12. Número de municípios com o Programa de Agentes Comunitários estabelecido, operacional e sustentável financeiramente.

Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

1. Planos Provinciais e Municipais de Desenvolvimento Sanitário;
2. Relatórios trimestrais e anuais das Direcções Provinciais de Saúde, com inclusão dos relatórios Municipais;
3. Dados Administrativos de cobertura dos Programas de Saúde Pública;
4. Relatório de inquérito sobre a qualidade dos serviços.

Projecto 29: Cuidados paliativos e cuidados continuados

Metas

1. A partir de 2014, iniciar o estabelecimento dos Serviços de Cuidados Integrados Continuados com pelo menos uma equipa por Centro de Saúde;
2. A partir de 2014, iniciar o estabelecimento dos Serviços de Cuidados Paliativos com pelo menos uma equipa por hospital;
3. Até 2016, estabelecer os Serviços de Cuidados Integrados Continuados a nível de todos os Centros de Saúde do País, e de Cuidados Paliativos a nível de todos os Hospitais (centrais, provinciais e municipais).

Estratégias

1. Definição, a nível hospitalar e no âmbito dos cuidados de saúde primários, de equipas multidisciplinares para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais, quer no domicílio, quer em articulação com as unidades sanitárias;
2. Definição das unidades de aconselhamento e internamento de Cuidados Paliativos dentro dos hospitais para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes em situação clínica complexa;
3. Capacitação de RH necessários para implementação da rede de cuidados continuados e de cuidados paliativos a nível hospitalar;
4. Definição dos materiais e do financiamento necessários para a implementação da rede de cuidados continuados e de cuidados paliativos a nível hospitalar.

Actividades

1. Mobilizar os recursos humanos, materiais e financeiros necessários;
2. Capacitar os recursos humanos multidisciplinares;
3. Criar as equipas multidisciplinares.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

13. Organismos de execução:
14. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
15. Parceiros nacionais:
16. Parceiros internacionais

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número de equipas de cuidados integrados contínuos de suporte domiciliário;
2. Número de equipas intra-hospitalares de suporte de cuidados paliativos.²

Mecanismos de avaliação e seguimento

1. Relatórios dos Serviços de Cuidados Integrados Continuados a nível Municipal e dos Cuidados Paliativos a nível hospitalar (Hospitais centrais, provinciais e municipais);
2. Relatórios sobre as visitas de supervisão;
3. Relatórios dos estudos efectuados sobre a qualidade da rede de cuidados integrados continuados a nível Municipal e dos cuidados paliativos a nível hospitalar.

² Uma equipa intra-hospitalar por cada 250.000 habitantes

Projecto 33: Gestão dos Resíduos Hospitalares e de serviços de saúde

Metas

1. Até 2015, elaborar os Planos de Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde de todas as unidades sanitárias do Sistema Nacional de Saúde;
2. Até 2016, implementar os Planos de Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde nas unidades sanitárias públicas e privadas;
3. Até 2016, implementar os Planos de Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de saúde nos demais serviços conexos à saúde pública.

Estratégias operacionais

1. Garantir que todos os resíduos hospitalares e de serviços de saúde são adequadamente geridos para a melhoria;
2. Implementação de Planos de Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde nas unidades sanitárias públicas e privadas e serviços conexos à saúde pública,
3. Formação e profissionalização de quadros em matérias específicas de gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde;
4. Sensibilização dos gestores públicos e privados e funcionários da saúde, comunidades e parceiros sociais sobre a importância dos riscos e da gestão dos resíduos hospitalares e de serviços de saúde;
5. Integração da gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde nas comissões hospitalares de biossegurança, com apoio de uma equipa técnica permanente de Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde;

Actividades e intervenções

1. Elaborar os Planos de Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde nas unidades sanitárias públicas e privadas e prestadores de serviços conexos à saúde pública produtores de resíduos dos serviços de saúde;
2. Implementar os Planos de Gestão de Resíduos Hospitalares e de Serviços de Saúde nas unidades sanitárias públicas e privadas e prestadores de serviços conexos à saúde pública produtores de resíduos de saúde;
3. Acompanhar e fiscalizar a implementação dos Planos de Gestão dos Resíduos e de Serviços de Saúde nas unidades sanitárias públicas e privadas e prestadores de serviços conexos à saúde pública geradores de resíduos de saúde;
4. Formar e profissionalizar quadros especialistas em gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde;
5. Promover seminários técnicos de capacitação dos funcionários da saúde ao nível dos serviços;
6. Criar comissões de gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde nas unidades sanitárias, nas quais se congregarão as comissões de biossegurança;
7. Instalar as unidades sanitárias públicas com equipamentos adequados para o tratamento de resíduos;
8. Promover campanhas de sensibilização e educação ambiental no âmbito das comunidades, principalmente nas comunidades em torno das unidades sanitárias.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

17. Organismos de execução:
18. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
19. Parceiros nacionais:
20. Parceiros internacionais

Cronograma

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número de unidades com planos de gestão elaborados e implementados;
2. Número de actos inspectivos efectuados nas unidades de saúde e prestadores de serviços conexos à saúde pública;
3. Número de fiscalizações efectuadas às empresas prestadoras de serviços em gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde;
4. Taxa de infecções hospitalares;
5. Números de reuniões e actividades realizadas pelas comissões de biossegurança nas unidades de saúde;
6. Número de formações realizadas;
7. Percentagem (%) de profissionais que adoptam boas práticas de gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde.

Mecanismos de seguimento e avaliação

1. Relatórios das unidades sanitárias públicas e privadas;
2. Inspeções programadas e não-programadas, vistorias, auditorias e inquéritos;
3. Relatório de monitorização das infecções hospitalares;
8. Relatório de implementação dos planos de gestão de resíduos hospitalares e de serviços de saúde;
4. Actas de reuniões das comissões de biossegurança;
5. Relatórios dos estudos periódicos, por inquéritos, sobre a taxa de infecção hospitalar.

Projecto 34: Medicina Tradicional

Metas

1. Até 2014, regulamentar e iniciar a implementação da Política de Medicina Tradicional e Práticas Complementares, no Sistema Nacional de Saúde;
2. Até 2013, elaborar o diagnóstico da Medicina Tradicional no País para o seu enquadramento legal, com base a:
 - Realização do censo e cadastro dos praticantes;

Estratégias

1. Sensibilização dos profissionais de saúde para a aceitação dos terapeutas tradicionais, de forma a permitir um trabalho de complementaridade;
2. Elaboração de instrumentos que permitam avaliar a competência e desempenho dos detentores do conhecimento tradicional, para a sua certificação.

Actividades

1. Elaborar o diagnóstico da Medicina tradicional no País para o seu enquadramento legal;
2. Realizar programas de promoção e educação sobre Medicina Tradicional, cientificamente comprovados, através dos meios de comunicação massiva;

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

21. Organismos de execução:
22. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
23. Parceiros nacionais:
24. Parceiros internacionais

Cronograma

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Política da Medicina Tradicional e Práticas Complementares, aprovada e distribuída nas 18 províncias do País;
2. Número de recursos humanos contratados;
3. Número e tipo de investigação realizada e publicada, no domínio da Medicina Tradicional e Práticas Complementares;

Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

1. Inquéritos, relatório de visitas de supervisão, relatórios de capacitação e boletins;
2. Monitorização e avaliação sistemática dos resultados da implementação das actividades planificadas;
3. Avaliação do impacto da Medicina Natural e Tradicional nos indicadores do Sistema Nacional de Saúde.

Subprograma de segurança transfusional

Projecto 35: Revitalização do Serviço Nacional de Sangue

Metas

1. A partir de 2014, realizar 3 Campanhas anuais de mobilização de dadores benévolos de sangue em todos os municípios e províncias;
2. Até 2017, equipar e completar a distribuição de equipamento para todas as unidades que oferecem serviços de hemotrapia;
3. Até 2025, construir pelo menos 1 centro municipal de sangue em todas as provincias.

Estratégias

1. Reforço da coordenação e funcionamento do Serviço Nacional de Sangue;
2. Implementação do Sistema de Segurança e Qualidade Transfusional;
3. Formação e capacitação dos recursos humanos;
4. Incremento da sensibilização da sociedade sobre a necessidade da dádiva benévola de sangue em todo o País;
5. Promoção do uso racional do sangue e seus componentes;
6. Estabelecimento de alianças e integração com outras Instituições e programas;
7. Estabelecimento de um sistema de informação e hemovigilância;
8. Informatização do Serviço Nacional de Sangue;
9. Realização de campanhas de doação voluntária de sangue durante os eventos nacionais.

Actividades e intervenções

1. Construir, reabilitar, ampliar e equipar os Centros Provinciais e Municipais de Sangue;
2. Formar e capacitar os técnicos do nível nacional, provincial e municipal;
3. Revitalizar o funcionamento do “Club 25”;
4. Adquirir e criar um plano de manutenção de equipamentos;
5. Capacitar técnicos de todas as províncias e municípios que oferecem serviços de hemotrapia;
6. Estabelecer um Sistema efectivo de informação e hemovigilância;
7. Adequar as normas e protocolos sobre o uso racional de sangue seguro;
8. Advogar para a criação de comités hospitalares de transfusão em hospitais seleccionados;
9. Reproduzir o cartão de dador de sangue voluntário benévolo.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

Organismos de execução:

Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:

Parceiros nacionais:

Parceiros internacionais

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número de dadores voluntários e benévolos;
2. Número de serviços de transfusão existentes e operacionais;
3. Legislação sobre o sangue aprovada e publicada;
4. Número de províncias e municípios com serviços de segurança e qualidade transfusional implementados;
5. Número de roturas de sangue e seus componentes, reportados mensalmente.

Mecanismo de seguimento e avaliação

1. Relatório das actividades dos serviços de sangue existente;
2. Procedimentos escritos e implementados.
3. Documento legal sobre o sangue publicado no Diário da República.

Subprograma de gestão e desenvolvimento da rede nacional de laboratórios

Projecto 36: Gestão e desenvolvimento da rede nacional de laboratórios

Metas

1. A partir de 2014, reestabelecer os mecanismos de comunicação entre os técnicos de laboratório, clínicos e de saúde pública;
2. A partir de 2015, planificar os serviços de laboratório com base na gestão integrada da informação laboratorial a todos os níveis;
3. A partir de 2015, elaborar anualmente o Plano de Acção da Rede, Nacional, Municipal e Provincial de Laboratórios de acordo com a linhas orientadoras do Plano Estratégico;
4. Até 2025 capacitar anualmente, 182 técnicos de laboratório a todos os níveis de atenção: 36 em gestão; 36 em metodologias de investigação; 40 em manutenção do equipamento; 70 em procedimentos e técnicas de rotina;

Estratégias

1. Criação do Comité Multisectorial de Aconselhamento para Rede Nacional de Laboratório de Saúde (CMATL).
2. Definição de uma estrutura hierarquizada da Rede Nacional de Laboratórios (RNL) de saúde (laboratório clínico e de saúde Pública).
3. Criação da Secção dos Serviços de Laboratórios para planificar, coordenar e regular a actividade de laboratórios em Angola, em conformidade com as directrizes da OMS para fortalecimento dos laboratórios.
4. Fortalecimento das colaborações interministeriais e operacionalizar as Comissões Interinstitucionais Permanentes de Saúde para a prevenção, resposta e controlo das ameaças de saúde pública, no contexto da implementação do novo regulamento sanitário internacional e regulamento sanitário nacional.

Actividades

1. Cadastrar os laboratórios da RNL por níveis;
2. Assegurar o pacote de serviços de cada nível da rede hierarquizada de laboratórios;
3. Definir e assegurar, os termos de referência para a secção de controlo da rede nacional de Laboratórios.
4. Contratar profissionais para reforço dos recursos humanos;

5. Realizar actividades de formação em: (i) planificação e gestão; (ii) gestão de qualidade, metodologias de investigação; (iii) procedimentos e técnicas de rotina; (iv) manutenção de equipamentos;
6. Estabelecer a componente de Saúde Pública nos laboratórios e a coordenação entre laboratório e Vigilância Epidemiológica;
7. Adequar as ferramentas de avaliação das necessidades dos laboratórios da OMS/AFRO, as realidades do País;
8. Uniformizar e melhorar o sistema de informação laboratorial;
9. Adoptar as normas internacionais para nomeação de Laboratórios Nacionais de Referência;
10. Fortalecer o sistema de aprovisionamento de insumos e de manutenção de equipamentos e de infra-estruturas da Rede Nacional de laboratórios e dos Laboratórios de Referência do INSP;
11. Elaborar e assegurar um programa de formação contínua dos técnicos a todos os níveis da rede nacional de laboratório;
12. Estabelecer mecanismos de monitorização e avaliação;
13. Assinar protocolos com instituições nacionais e internacionais;
14. Desenvolver mecanismos para assegurar a captação de fundos para a RNL;
15. Implementar o Programa de Acreditação Laboratorial de acordo com a OMS;
16. Dinamizar o Programa de Controlo Externo de Qualidade.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

25. Organismos de execução:
26. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
27. Parceiros nacionais:
28. Parceiros internacionais

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Política sobre laboratórios adoptada;
2. Número de formações efectuadas;

3. Número de profissionais contratados;
4. Número e tipo de equipamento adquiridos;
5. Número de Protocolos com instituições nacionais e internacionais, assinados;
6. Relatórios da Área de Gestão dos Serviços de Laboratório;
7. Relatórios da Comissão Multisectorial de Aconselhamento Técnico;
8. Documento sobre a estrutura hierarquizada dos Laboratórios, elaborado aprovado;
9. Número de laboratórios integrados na RNL;
10. Número de Laboratórios integrados nos sistemas de controlo externo de qualidade e de acreditação;
11. Número e tipo de ferramentas internacionais da OMS/AFRO, adotadas e implementadas;
12. Número de laboratórios reestruturados.

Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

1. Elaboração de relatórios mensais, trimestrais e anuais de desempenho;
2. Visitas de supervisão.

PROGRAMA DE PLANEAMENTO, GESTÃO E DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

O programa de planeamento, gestão e desenvolvimento de recursos humanos é constituído por três subprogramas e respectivos projectos a seguir listados:

Subprograma de planeamento e gestão de recursos humanos

Projecto 38: Planeamento e fixação de recursos humanos

Subprograma de desenvolvimento de recursos humanos

Projecto 44: Formação permanente

Subprograma de planeamento e gestão de recursos humanos

Projecto 38: Planeamento e Fixação de Recursos Humanos em saúde

Metas

1. Até ao fim de 2015, actualizar, as necessidades reais no quadro da municipalização do sistema de saúde;
2. Prover, de 2013 a 2025, os profissionais de saúde para preencher as necessidades estimadas por nível de atenção;
3. Até 2017, assegurar que cada comuna tenha pelo menos um técnico médio de saúde.
4. Até finais de 2014, estudar mecanismos de incentivos e de motivação dos RHS a nível local;
5. Até finais de 2014, adequar os mecanismos de gestão de RHS ao ordenamento jurídico em vigor privilegiando a desconcentração, descentralização, e municipalização nos serviços de saúde;

Estratégias

1. Avaliação das necessidades em recursos humanos;
2. Desenvolvimento da capacidade de recolha, tratamento de dados e produção de informação sobre os recursos humanos do sector da saúde;
3. Formação de profissionais em administração e gestão de saúde a todos os níveis;
4. Advocacia para o aumento da quota de recursos humanos necessários por tipo de unidade sanitária e serviços de gestão e administração da saúde a nível Municipal;
5. Propiciar amplo acesso a informações e análises sobre recursos humanos de saúde, facilitando a melhor formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e programas sectoriais;
6. Advogar junto as administrações locais para criarem condições de habitação e transporte para incentivar a fixação de quadros;
7. Desenvolvimento de pesquisas para identificar mecanismos de incentivos e de motivação dos RHS a nível local;

Actividades

1. Estudar a composição, distribuição e localização dos recursos humanos em saúde por subsistemas e níveis de intervenção;
2. Enquadrar um mecanismo de gestão de recursos humanos nos municípios;
3. Suprir de quadros de pessoal por nível de atenção em função das necessidades;
4. Redefinir o sistema de incentivos para a mobilização de recursos humanos da saúde;

5. Realizar o planeamento de efectivos com base no quadro analítico do pessoal por nível de atenção;
6. Promover as boas práticas para o cumprimento da padronização do quadro tipo dos recursos humanos das unidades;
7. Advogar para a entrada imediata na função pública dos recém-formados nas áreas mais prioritárias do sector da saúde a nível nacional.
8. Advogar pelas condições de habitação e transporte como incentivo para fixação na periferia;

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

29. Organismos de execução:
30. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
31. Parceiros nacionais:
32. Parceiros internacionais

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Disponibilidade da base de dados sobre os recursos humanos em saúde;
2. Número de administradores e gestores de saúde formados;
3. Rácio de distribuição de recursos humanos por habitante, por unidade sanitária, por categoria, e por anos de serviço;
4. Número de unidades, com o quadro-tipo, completo;
5. Existência de um sistema de incentivos para a mobilização de recursos humanos em saúde.

Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

1. Relatórios anuais de avaliação a nível nacional da DNRH;
2. Relatórios trimestrais das direcções provinciais;
3. Relatório do observatório nacional e provinciais;
4. Relatórios de inspecção e de auditoria interna e externa.

Subprograma de desenvolvimento de recursos humanos

Projecto 44: Formação permanente

Metas

1. A partir 2014, iniciar a criação de Pontos Focais e orientação sobre Formação Permanente nos Municípios;
2. A partir de 2014, consolidar e expandir a formação permanente a todos os municípios em todas as áreas, com ênfase em: área relacional, chefia e liderança, humanização, suporte básico, formação de médicos em suporte básico e avançado, epidemiologia, estatística, metodologia de investigação;
3. A partir de 2014, implementar a investigação científica e produção do saber nas instituições;
4. A partir de 2015, iniciar a formação de todos os profissionais que trabalham no serviço de urgência, incluindo os tripulantes de ambulância na área de suporte básico;
5. A partir de 2014, implementar a formação de secretarias, telefonistas, dactilógrafos, motoristas, tesoureiros, arquivistas, bibliotecários, empresas de prestação de serviço ao sector, protocolo, estafetas, manutenção e segurança hospitalares com temas relacionados com o atendimento ao público, ética, procedimentos administrativos, biossegurança, informática, inglês e outros, em parceria com INAD, IFAL, MAPTSS, EFTS, e outras instituições afins;

Estratégias

1. Realização de Encontros Nacionais de Formação (**ENFP**), anualmente, para uma avaliação da situação dos **NFP**, Departamentos de Formação Permanente (DFP) e Pontos Focais;
2. Conclusão da extensão dos Núcleos de Formação Permanente nas províncias onde não existem, e indicação dos integrantes dos NFP e ou DFP pelos respectivos Directores Provinciais da Saúde e Directores dos Hospitais, de acordo com o perfil de cada integrante;
3. Criação de pontos Focais de Formação Permanente nos municípios e indicação dos respectivos integrantes, pelos Chefes de Repartição Municipal, Directores Provinciais da Saúde e Directores dos Hospitais Municipais em função do perfil.
4. Criação de uma equipa nacional (grupo multiprofissional) de supervisão da Formação Permanente e realização de visitas de supervisão;
5. Orientação metodológica dos aspectos técnicos, pedagógicos e administrativos, trimestral e anualmente, aos NFP das DPS e Hospitais Gerais.

Actividades

1. Constituição de NFP, DFP e PF onde não existam.
2. Fazer o levantamento das necessidades de formação nas diferentes profissões existentes a nível nacional;

3. Dotar de meios técnicos, financeiros e materiais as coordenações da FP nas províncias e municípios para a criação de NFP e orientação metodológica;
4. Mapear os trabalhadores por categorias/profissões e priorizar as profissões que menos beneficiam de acções de formação;
5. Mapear o potencial de formação (Formadores locais e externos) das unidades e capacitar os Formadores, assim como os supervisores de programas;
6. Elaborar os instrumentos de supervisão e avaliação do impacto das formações
7. Adequar os currículos para capacitação em gestão sanitária de nível 1 (GUS1), infecções de transmissão sexual (ITS), emergência obstétricas, assistência integrada a doenças de infância (AIDI) e de Supervisão dos programas de saúde Pública;
8. Organização e implementação a formação na área de acção médica e apoio hospitalar, em parceria com o MAT, EFTS e outras instituições afins;
9. Formação de todos os profissionais que trabalham no serviço de urgência, incluindo os tripulantes de ambulância na área de suporte básico;
10. Implementação da formação de secretárias, telefonistas, dactilógrafos, motoristas, tesoureiros, arquivistas, bibliotecários, empresas de prestação de serviços ao sector, protocolo, estafetas, manutenção e segurança hospitalares com temas relacionados com o atendimento ao público, ética, procedimentos administrativos, biossegurança, informática, inglês e outros, em parceria com INAD, IFAL, MAPTSS, EFTS, e outras instituições afins;
11. Implementação de cursos para secretárias de direcção clínica, em parceria com as EFTS e hospitais
12. Consolidação e expansão da formação permanente a todos os municípios em todas as áreas com ênfase em: área relacional, chefia e liderança, humanização, suporte básico, formação de médicos em suporte básico e avançado, epidemiologia, estatística, metodologia de investigação
13. Capacitar formadores assim como os supervisores dos programas de Saúde Pública;
14. Analisar os pacotes de formação (conteúdos e perfil dos docentes) oferecidos pelas ONG.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

33. Organismos de execução:
34. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
35. Parceiros nacionais:

36. Parceiros internacionais

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número de províncias com núcleos de formação permanente;
2. Número de Municípios com núcleos de formação permanente;
3. Número de acções formativas realizadas;
4. Número de acções formativas programadas;
5. Número de técnicos formados.
6. Número de encontros Nacionais realizados

Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

1. Relatório anual no final de cada ano de formação, que vigora de Setembro a Outubro do ano seguinte em todas DPS, HG, HC e Institutos Nacionais e remetidos a DNRH do MINSA.

Programa de gestão e ampliação da rede sanitária

Subprograma de gestão e ampliação da rede sanitária

Projecto 47: Gestão e ampliação de infra-estruturas sanitárias

Subprograma de gestão e ampliação da rede sanitária

Projecto 47: Gestão e Ampliação de Infra-estruturas Sanitárias

Metas

1. A partir de 2013, seja acutelada a área de expansão para todas as unidades sanitárias;
2. A partir de 2015, mais de 95 % das US funcionantes estão abrangidas por um programa de avaliação e “manutenção”;
3. A partir de 2014, utilizar o sistema de informação e gestão do sector, com indicadores estatísticos essenciais assegurando um fluxo de informação permanente entre todos os actores, permitindo a melhoria da tomada de decisão a todos os níveis;
4. Entre 2013 e 2017, 100% de US dispõem de abastecimento de água, energia e de um sistema seguro de tratamento de lixo hospitalar;
5. Até 2025, melhorar os rácios relativos à população por unidade sanitária, para aumentar o acesso aos serviços de saúde;
6. Até 2017 e 2025, melhorar a satisfação dos utentes das US para 60% e 90%, respectivamente;
7. Entre 2013 e 2015 construir 5 hospitais centrais, 5 hospitais gerais, 15 hospitais municipais, 24 centros de saúde, e 894 postos de saúde;
8. Entre 2015 e 2025, construir e apetrechar 6 hospitais centrais, 10 hospitais gerais, 25 hospitais municipais, 50 centros de saúde, e 3.450 postos de saúde;
9. Até 2017 e 2025, respectivamente 60% e 100% das US têm funcionários e equipamentos que correspondem as suas necessidades e serviços segundo o nível de atenção sanitária;

Estratégias

1. Adequação e actualização da Regulamentação Geral das Unidades Sanitárias Públicas (REGUSAP) do Serviço Nacional de Saúde, tendo em conta as prioridades emergentes, a sustentabilidade dos investimentos e a eficácia na gestão dos recursos;
2. Apoio metodológico e normativo sistematizado do MINSA aos hospitais centrais e às Direcções Provinciais e Repartições Municipais, para a melhoria da gestão e do desempenho da rede sanitária;
3. Previsão de área de expansão para todos os postos de saúde, permitindo o seu crescimento modular e paulatina transformação em centros de saúde.
4. Aumento do acesso aos serviços de saúde à população por níveis de atenção;
5. Construção, ampliação e apetrechamento de 11 novos hospitais centrais, 15 novos hospitais gerais, 40 hospitais municipais, 74 centros de saúde e 4.344 postos de saúde;

6. Reforço do sistema de informação do sector, com indicadores estatísticos essenciais, assegurando um fluxo de informação permanente entre todos os actores, permitindo a tomada de decisões fundamentadas e monitoria dos progressos;
7. Mobilização de recursos adicionais e criação de parcerias multisectoriais (MININT, MINDEN) público-privadas lucrativas (clínicas e empresas privadas ou de empresas estatais), e não lucrativas (igrejas, ONGs e instituições filantrópicas) com vista a uma melhor prestação de serviços sanitários;
8. Criação de capacidades técnicas necessárias, a todos os níveis, para assegurar o bom desempenho do Programa de Gestão e Ampliação da Rede de infra-estruturas;
9. Promoção da construção de uma rede de infra-estruturas tecnicamente adequadas para o armazenamento de medicamentos e dispositivos médicos, de acordo com as necessidades de cobertura nacional.

Actividades

1. Rever o REGUSAP e os instrumentos normativos e metodológicos;
2. Reabilitar e adaptar a rede sanitária existente e funcional, composta por 1.854 US, às necessidades actuais;
3. Apetrechar as unidades sanitárias segundo as necessidades;
4. Ampliar a rede sanitária até 4.494 US e de armazéns satisfazendo as necessidades da população;
5. Implementar o Sistema de Informação e Gestão da rede sanitária e de quadros de direcção aos níveis de atenção primário, secundário e terciário;
6. Elaborar Planos anuais de Acção Municipais e Provinciais, com enfoque para a ampliação e manutenção da rede;
7. Fazer manutenção preventiva e reparadora da Rede Sanitária Existente, incluindo as infra-estrutura e os equipamentos das unidades sanitárias da rede primária, secundária e terciária do Serviço Nacional de Saúde.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

37. Organismos de execução:
38. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
39. Parceiros nacionais:

40. Parceiros internacionais

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número de US que oferecem serviços correspondentes à sua Tipologia e Nível;
2. Número de US operacionais com uma avaliação de “manutenção”;
3. Número de US com funcionários e equipamentos que correspondem à sua Tipologia e Nível;
4. Número de US que dispõem de abastecimento de água, de energia e de um sistema seguro de tratamento de lixo hospitalar;
5. Número de unidades sanitárias reabilitadas;
6. Rácio relativo da população por unidade sanitária;
7. Número de utentes e acompanhantes satisfeitos com os serviços oferecidos nas unidades sanitárias;

Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

1. Planos de Acção de todos os municípios e províncias do País;
2. Monitoria dos Objectivos descritos nos Planos de Desenvolvimento Sanitário Provinciais e Municipais e Planos Estratégicos dos Hospitais Nacionais
3. Relatórios de Avaliação anuais de todos os municípios e províncias do País realizados pelo nível Central.
4. Relatórios mensais, Semestrais e anuais do GEPE.

Programa de gestão, aprovisionamento e logística, desenvolvimento do sector farmacêutico e dos dispositivos médicos

Subprograma de gestão e desenvolvimento do aprovisionamento e logística

Projecto 48: Gestão e desenvolvimento do aprovisionamento e logística

Subprograma de gestão e desenvolvimento do sector farmacêutico

Projecto 49: Gestão e desenvolvimento do sector farmacêutico

Subprograma de gestão e desenvolvimento dos dispositivos médicos

Projecto 50: Gestão e desenvolvimento dos dispositivos médicos

Subprograma de gestão e desenvolvimento do aprovisionamento e logística

Projecto 48: Gestão e desenvolvimento do aprovisionamento e logística, sector farmacêutico e dos dispositivos médicos

Metas

1. A partir de 2014, formar anualmente técnicos em boas práticas de armazenamento e distribuição;
2. A partir de 2014, realizar visitas de supervisão aos depósitos e unidades sanitárias;
3. Até 2017, construir ou reabilitar depósitos municipais em cada município;
4. Até 2017, que todos os municípios tenham um técnico logístico;
5. Até ao fim de 2015, garantir a qualidade e a permanente disponibilidade dos medicamentos essenciais nas unidades sanitárias do País, em particular na rede de assistência primária;
6. A partir de 2014, formar anualmente 40 técnicos em electromedicina;
7. Até ao fim de 2015, ter implementado o processo de registo e vigilância (tecno vigilância) dos dispositivos médicos;
8. Até ao fim de 2017, ter criado um mecanismo de manutenção de dispositivos médicos em todas as províncias e unidades hospitalares.

Estratégias

1. Aquisição de medicamentos com base em genéricos ou DCI através de concursos públicos nacionais e internacionais;
2. Gestão eficiente dos produtos farmacêuticos, através de um sistema informatizado e funcionando em rede em todo o País;
3. Aquisição de meios de transportes e de logística para a distribuição dos meios adquiridos;
4. Assegurar a disponibilidade de DM;
5. Garantir o aprovisionamento de DM seguros, eficazes e custo-efectivos;
6. Criação de um sistema de manutenção dos DM.

Actividades

1. Elaborar as listas nacionais de necessidades em produtos farmacêuticos, identificando as prioridades;
2. Planificar e executar a compra e distribuição regular e atempada das necessidades nacionais em medicamentos e meios médicos;

3. Adquirir software de gestão capaz de integrar a gestão de stocks, a gestão administrativa e a componente financeira;
4. Implementar um sistema informatizado de gestão, funcionando em rede com todas as províncias;
5. Comprar meios próprios de transportação e de logística para a distribuição de medicamentos e meios médicos essenciais;
6. Realizar actividades regulares de supervisão aos depósitos provinciais e regionais;
7. Criar condições que garantam a segurança e o bom funcionamento dos DM, nas unidades sanitárias utilizadoras;
8. Capacitar os RH sobre as condições infra-estruturais para o bom funcionamento dos DM;

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

41. Organismos de execução:
42. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
43. Parceiros nacionais:
44. Parceiros internacionais

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Percentagem de medicamentos essenciais sob designação genérica ou DCI adquiridos em períodos definidos (curto e longo prazos);
2. Número e período de tempo de roturas de stock de medicamentos vitais/essenciais em U.S. e Depósitos de Medicamentos a nível de cada província, região e País;
3. Percentagem de unidades sanitárias e armazéns dispendo de instrumentos de gestão de medicamentos e meios médicos para garantir o seu normal funcionamento durante pelo menos um semestre;
4. Percentagem de estruturas com condições adequadas para o armazenamento de medicamentos, tendo por base os padrões internacionalmente definidos;
5. Percentagem anual de concursos públicos para aquisição de medicamentos pelo MINSA;

6. Percentagem de depósitos provinciais com meios próprios de transportação de medicamentos e meios médicos;
7. Percentagem de depósitos regionais e provinciais com gestão informatizada e funcionando em rede com o nível central;
8. Número de dispositivos médicos inventariados;
9. Número de dispositivos médicos reparados;
10. Número de técnicos capacitados e ou formados;
11. Número de núcleos de manutenção funcionais.

Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

1. Supervisões e Relatórios trimestrais das actividades de distribuição nos Depósitos Provinciais e Regionais;
2. Estudos sobre consumo e distribuição de medicamentos;
3. Estudos sobre a qualidade de medicamentos adquiridos pela Central de Compras e aprovisionamento de Medicamentos e meios médicos.

Programa de desenvolvimento do sistema de informação e gestão sanitária

Subprograma de gestão e desenvolvimento do sistema de informação sanitária

- Projecto 51: Sistema de Informação e Gestão Sanitária para o apoio à tomada de decisões estratégicas, e ao planeamento
- Projecto 52: Melhorias da vigilância integrada das doenças e preparação das respostas a eventuais surtos e epidemias

Projecto 51: Sistema de Informação e Gestão Sanitária para o apoio à tomada de decisões estratégicas, e ao planeamento

Metas

1. Até 2013, actualizar e implementar a legislação sanitária do País e as normas de implementação nacionais da recolha e uso dos dados estatísticos da saúde;
2. A partir de 2013, elaborar regularmente o anuário estatístico;
3. Incluir, até 2013, no sistema de vigilância epidemiológica, as doenças não transmissíveis, os acidentes, a mortalidade materna e neonatal;
4. Até 2013, integrar o mapa sanitário, o registo hospitalar (público, militar e privado), informação de rotina de recursos humanos e recursos financeiros.
5. Até 2014, concluir a reestruturação e a integração de todos os subsistemas no SIS;
6. Até 2014, dispor de condições tecnológicas relativas a utilização do SIS a todos os níveis do SNS;
7. Até 2016, dispor de recursos humanos capacitados para a gestão do SIS em todas as províncias e municípios;
8. Entre 2015 e 2016, ter disponível a base de dados da plataforma SIS para todos níveis de decisão;
9. Até 2017, garantir a utilização do SIS para o sistema de gestão da saúde.

Estratégias

1. Reestruturação do SIS com a redefinição dos subsistemas, a criação de uma estrutura de gestão e a definição de mecanismos de coordenação e colaboração intersectorial;
2. Criação de uma base de dados integrada e acessível a todos os políticos, gestores e profissionais;
3. Formação de técnicos em métodos estatísticos e informáticos;
4. Actualização e divulgação da legislação sanitária de recolha e uso de dados estatísticos.

Actividades

1. Elaborar instrumentos jurídicos e outros dispositivos legais complementares que regulamentam a recolha e utilização dos dados estatísticos do sector, incluindo a actualização dos Mapas Sanitários;

2. Elaborar uma lista mínima nacional de indicadores essenciais para monitorar os resultados do Serviço Nacional e do Sistema Nacional de saúde;
3. Elaborar a base de dados que integra a informação existente nos vários sub-sistemas;
4. Adequar e divulgar dos instrumentos de recolha de dados;
5. Capacitar permanentemente os quadros de estatística, informática a médio e longo prazo.
6. Adquirir e distribuir meios e equipamentos informáticos a todo o Sistema Nacional de Saúde.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

45. Organismos de execução:
46. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:
47. Parceiros nacionais:
48. Parceiros internacionais

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Legislação publicada;
2. Número de relatórios integrados produzidos pelo sistema de informação, incluindo a vigilância epidemiológica, registo hospitalar (público, militar e privado), informação de rotina de recursos humanos e recursos financeiros
3. Número de anuários publicados;
4. Número de instituições e unidades ligadas ao SIS;
5. Número de províncias e municípios que informam regularmente;
6. Número de mapas actualizados;
7. Doenças não transmissíveis, os acidentes, a mortalidade materna e neonatal incluídas no sistema de vigilância epidemiológica.

Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

1. Relatórios mensais, trimestrais e anuais integrados do SIS;
2. Relatórios de supervisão;
3. Anuários estatísticos.

Projecto 52: Melhoria da vigilância integrada das doenças e preparação das respostas a eventuais surtos e epidemias

Metas

1. A partir de 2015, dispor de recursos humanos especializados em bioestatística ou epidemiologia em todas as províncias e municípios;
2. A partir de 2014; alcançar pelo menos 90% da taxa de pontualidade da notificação das doenças com potencial epidémico;
3. Até 2015, dotar o nível municipal de capacidade para investigar responder os surtos epidemiológicos em 48 horas;
4. Até 2015, criar centro Municipal de processamento de dados;
5. Até 2016, 70% dos técnicos municipais envolvidos nas actividades de VE deverão estar treinados para executar as actividades conforme as normas nacionais e internacionais;
6. Até 2017, 70% das sedes provinciais e 40% dos municípios deverão ter as condições mínimas de equipamento e meios para desenvolver as actividades de investigação epidemiológica e resposta conforme os padrões nacionais e internacionais.

Estratégias

1. Elaboração e aprovação da política de vigilância epidemiológica;
2. Reforço da integração na VID-R de outras doenças crónicas não transmissíveis, morte materna e acidentes rodoviários;
3. Criação de centros provinciais de processamento de dados;
4. Reforço de recursos humanos em bioestatística e epidemiologia a todo o nível do sistema nacional de saúde;
5. Supervisão regular com uma vertente formativa;
6. Reforçar a coordenação com o Instituto Nacional de Saúde Pública, outros laboratórios de referência nacional, o Programa de Resposta às Emergências; a Protecção Civil e os Serviços Médicos Militares;
7. Divulgação da informação epidemiológica.

Actividades

1. Elaborar e aprovação da Política Nacional de Saúde em aspectos de Vigilância Epidemiológica;

2. Dinamizar dos Comitês Provinciais e Municipais de luta contra as epidemias;
3. Criar os procedimentos de monitorização da execução dos planos a nível provincial e acreditação dos resultados da implementação de VID-R;
4. Criar os núcleos de formação provincial para a implementação da VID-R nos níveis provincial e municipal;
5. Implementar os guiões específicos para as doenças com vigilância baseada em investigação de casos;
6. Implementar os encontros anuais com os profissionais de saúde das principais unidades sanitárias do País;
7. Rever as listas de unidades alvo da busca activa e dos programas de visitas em cada Província e município;
8. Implementar a monitorização da busca activa a Nível Nacional e Provincial e mecanismos de controlo de qualidade da visita;
9. Formar os pontos focais (autoridades locais, terapeutas tradicionais) e outro tipo de agentes comunitários;
10. Reproduzir e distribuir os instrumentos de notificação e investigação de surtos;
11. Adequar os instrumentos actuais de recolha da informação, incluindo a busca activa de casos de acordo com o Regulamento Sanitário Nacional e Internacional;
12. Adquirir e distribuir o material e equipamento para melhorar a recolha, recepção, tratamento, processamento e divulgação de dados a todos os níveis;
13. Criar as normas de funcionamento dos Centros de Processamento de Dados ao nível provincial;
14. Rever os procedimentos de referência e contra-referência da informação;
15. - Elaboração e implementação de um plano de formação contínua para todos os níveis;
16. Implementar um modelo de treino dos técnicos de vigilância epidemiológica municipal durante a supervisão provincial;
17. Criar a Equipa Nacional de Resposta aos Surtos Epidémicos;

18. Rever, elaborar e divulgar os Boletins Epidemiológicos semanais e mensais a todos os níveis.

Quadro de execução

Organismos e órgãos responsáveis

49. Organismos de execução:

50. Organismos de apoio à implementação do Ministério da Saúde:

51. Parceiros nacionais:

52. Parceiros internacionais

Plano de monitoria e avaliação

Indicadores de seguimento e avaliação

1. Número de províncias com sistemas de VE organizados de acordo com as normas nacionais.
2. Número de surtos epidémicos investigados com relatório final elaborado;
3. Número de técnicos provinciais e municipais treinados em investigação epidemiológica de casos, investigação e resposta a surtos epidémicos;
4. Número de províncias com Taxa de Notificação de 2.0 casos suspeitos de sarampo investigados com amostra por cada 100.000 habitantes;
5. Número de províncias com 80% dos municípios que notificaram pelo menos 1 caso suspeito de febre-amarela com amostra;
6. Número de surtos investigados em 48 horas desde a notificação da alerta;
7. Número de boletins elaborados e distribuídos atempadamente pelo Nível Central;
8. Número de províncias que notificaram regularmente em cada semana;
9. Número de províncias com pelo menos 90% de relatórios mensais enviados atempadamente nos últimos 12 meses.

Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

1. Relatórios provinciais e de supervisão recebidos no Nível Central;
2. Relatórios mensais das actividades recebidas ao nível central;
3. Boletins epidemiológicos mensais recebidos ao nível central e provincial;
4. Relatórios finais de surtos epidémicos disponíveis ao Nível Central;
5. Relatórios de capacitações realizados em cada Província;
6. Relatórios de investigação de surtos enviados ao Nível Central;

7. E-mail ou notas de envio emitidos pelo CPDE.

PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DO QUADRO INSTITUCIONAL

O programa de desenvolvimento do quadro institucional é composto por dois subprogramas e respectivos projectos a seguir listados:

Subprograma da Inspeção Geral de Saúde

Projecto 54: Inspeção Geral de Saúde

Subprograma da Inspeção Geral de Saúde

Projecto 54: Inspeção Geral de Saúde

Metas

1. Ter redefinido, até 2014, estruturas orgânicas e funcionais dos órgãos de inspeção em todos os níveis;
2. Até 2014 dotar as unidades de meios de modo a permitir que cumpram os instrumentos legais e normas existentes a todos os níveis de administração (municipal, provincial e central);
3. A partir de 2014, efectuar inspecções às fábricas de alimentos, unidades hoteleiras, comerciais e demais instituições alvos de vigilância sanitária;
4. A partir de 2014, fazer cumprir os instrumentos legais e normas existentes, em 100% das instituições a todos os níveis de administração (municipal, provincial e central);
5. Vistoriar 70% e 100%, das unidades sanitárias públicas a serem construídas e/ ou em construção e ampliação em 2014 e 2016, respectivamente;
6. Entre 2013 e 2021, formar e capacitar recursos humanos nas seguintes especificidades **por ano**; curso de mestrado em saúde pública (n=3); curso de capacitação e actualização dos inspectores provinciais sobre procedimentos e regulamentos de inspecção (n=30); curso de capacitação em higiene e segurança do trabalho (n=15); curso em gestão de saúde pública e gestão hospitalar (n=10); curso em hotelaria hospitalar (n=10); curso em actividade inspectiva em saúde pública (n=15); curso em gestão de resíduos sólidos e hospitalares (n=15); curso em equipamentos hospitalares (n=20); curso em gestão de recursos humanos (n=15); curso em gestão farmacêutica (n=20);
7. Até 2021, acabar com a venda ilegal de medicamentos e dispositivos médicos em 100% do território nacional;

Estratégias operacionais

1. Redefinição do papel da Inspeção da Saúde tendo em conta a desconcentração e descentralização administrativa;
2. Fortalecimento do papel da IGS, enquanto órgão coordenador e fiscalizador da vigilância sanitária, segundo as atribuições do Regulamento Sanitário Nacional;
3. Reorganização dos Departamentos da Inspeção Geral da Saúde em termos estruturais e os serviços de inspecção da Saúde a nível provincial e municipal;
4. Reforço do quadro de pessoal em matéria inspectiva;
5. Actualização da carreira inspectiva em saúde bem como a revisão salarial;
6. Melhoria dos sistemas e procedimentos inspectivos dos serviços da Inspeção da Saúde;
7. Estabelecimento de estreitas relações de colaboração e de troca de informações com os serviços similares de outros Países, especialmente os vizinhos, na prevenção e combate ao comércio clandestino de medicamentos, sobretudo de estupefacientes e psicotrópicos, através das fronteiras comuns e no cumprimento do regulamento sanitário internacional;
8. Reforço da cooperação internacional para formação e capacitação do quadro de pessoal;
9. Estabelecimento de intercâmbio com outros Países, especialmente os da SADC, CPLP e os fronteiriços, que mantém trocas comerciais com Angola, com vista a um melhor controlo de produtos alvo da vigilância sanitária.

Actividades e intervenções

1. Divulgar diversos instrumentos legais e normativos nas dependências do MINSA e províncias;

2. Elaborar o regulamento interno da Inspeção Geral da Saúde;
3. Elaborar o Estatuto orgânico da Inspeção Geral da Saúde;
4. Elaborar o Código de ética e conduta do inspector;
5. Normas de funcionamento das inspeções de saúde a níveis provincial e municipal;
6. Plano de carreira inspectiva da Inspeção da Saúde;
7. Actualizar a carreira inspectiva em saúde bem como a rever a tabela salarial;
8. Realizar inspeções programadas ou não às instituições alvo;
9. Formar e capacitar recursos humanos;
10. Realizar inquéritos, isoladamente ou em conjunto, com as mais diversas Direcções Nacionais do MINSA, Gabinetes e outros Órgãos de Apoio ao Ministro, Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros e diversas Associações Profissionais da área da saúde com o propósito de esclarecer situações;
11. Elaborar e divulgar modelos e Guiões de Inspeção a instituições e serviços;
12. Redefinir as estruturas orgânicas e funcionais dos órgãos de inspeção da saúde, nos níveis provinciais e municipais e fortalecimento da IGS;
13. Certificar as unidades sanitárias;
14. Participar do Licenciamento de unidades sanitárias privadas e reinspeções com vista ao cumprimento do estatuído no decreto n.º 48/92 de 11 de Setembro e no estatuto orgânico do MINSA;
15. Supervisionar anualmente as províncias e municípios com vista a acompanhar o funcionamento das inspeções e serviços provinciais da saúde;
16. Actualizar e controlar o inventário Patrimonial da Inspeção Geral da Saúde;
17. Verificar o património do MINSA;
18. Inspeccionar as fábricas de alimentos, unidades hoteleiras, comerciais e demais instituições e organismos alvos da vigilância sanitária com o propósito de se evitar a produção e comercialização de produtos sem qualidade ou de qualidade duvidosa;
19. Criar serviços de inspeção da saúde em todos os pontos de entrada do País com o objectivo de aplicar os Regulamentos Sanitário Nacional e Internacional;
20. Inspeccionar os estabelecimentos farmacêuticos e participar do combate contra venda ilegal de medicamentos;
21. Inspeccionar projectos e programas do MINSA no sentido de se verificar o cumprimento de normas;

22. Pronunciar e/ou vistoriar as unidades sanitárias públicas a serem construídas e/ou em construção e ampliação com o propósito de se verificar o cumprimento dos requisitos básicos para o planeamento de uma unidade sanitária;
23. Recrutar e admitir pessoal tendo em vista as cifras preconizadas no quadro previsual dos Recursos Humanos.

3. Quadro de execução

3.1 Coordenação das actividades do PMDS

Listar as estruturas e mecanismos de coordenação do PMDS, tais como os encontros periódicos de parceiros e visitas conjuntas. O PNDS recomenda o seguinte (Volume 1):

“A nível do Município, a elaboração, o seguimento, e a coordenação da implementação do PMDS, são da responsabilidade do administrador Municipal, coadjuvado pelo Chefe da Repartição Municipal de Saúde (RMS), que lidera a equipa técnica multisectorial municipal, com apoio de um secretariado.

As Comissões Municipais de Saúde a serem criadas e os Conselhos de Auscultação e Concertação Social fazem parte das equipas municipais multisectoriais, que deverão elaborar e acompanhar o processo de implementação do PMDS.” (PNDS volume 1, página 84)

3.2 Comunicação

Identificar todos os parceiros envolvidos na execução do PMDS e definir as formas (ex: relatórios, reuniões) e a frequência (ex: mensal, trimestral, anual) da comunicação.

3.3 Organismos e órgãos responsáveis pela execução do programa

Listar os seguintes organismos responsáveis:

- Organismos de execução
- Parceiros nacionais
- Parceiros internacionais

3.4 Cronograma

Diagrama de Gantt: gráfico usado para ilustrar o avanço das diferentes etapas de um projecto. Os intervalos de tempo representam o início e fim de cada fase aparecem como barras coloridas sobre o eixo horizontal do gráfico. Esta forma de representação gráfica, das actividades de um projecto, permite avaliar o tempo que demora para se desenrolarem cada uma de suas tarefas e sua inter-relação.

Nota: Pedir o quadro em Excel ao facilitador.

4. Plano de monitoria e avaliação do PMDS

4.1 Indicadores de seguimento e avaliação do PMDS

Listar os indicadores de seguimento e de avaliação.

Entende-se por indicadores de seguimento e avaliação, parâmetros quantitativos que permitem acompanhar a evolução do PMDS em relação às metas definidas.

4.2 Mecanismos e instrumentos de seguimento e avaliação

Listar e quantificar os mecanismos (ex: números de visitas de supervisão, número de reuniões de seguimento e de balanço) e instrumentos de seguimento e avaliação (ex: relatórios mensais, trimestrais, semestrais e anuais).

5. Orçamento

Recursos necessários

Compilar numa única planilha os recursos necessários para a implementação de todas as actividades do PNDS.

Nota: pedir planilha ao facilitador.

Custos e fontes de financiamento

Reconhece-se que é um grande desafio encontrar os custos actualizados de bens e serviços. Todavia deve-se usar como referencia o plano financeiro do ano findo.

Nota: esta actividade deve ser feita numa fase posterior com o apoio do Governo Provincial.



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

