

EDUARDO RODRIGUES HAIUMBA DAVID

**INFLUÊNCIA DO PROTOCOLO NO ATENDIMENTO
EM UNIDADES DE SAÚDE DA ÁREA MATERNA
INFANTIL NA PROVÍNCIA DO CUNENE - ANGOLA**

Orientador: Vasco Reis

Coorientador: Manuel Delgado

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias de Saúde

Lisboa

2014

EDUARDO RODRIGUES HAIUMBA DAVID

**INFLUÊNCIA DO PROTOCOLO NO ATENDIMENTO
EM UNIDADES DE SAÚDE DA ÁREA MATERNA
INFANTIL NA PROVÍNCIA DO CUNENE - ANGOLA**

Dissertação apresentada para a obtenção de grau de Mestre em Gestão em Unidade de Saúde, no Curso de Mestrado em Gestão em Unidade de Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Professor Doutor Vasco Reis

Coorientador: Doutor Manuel Delgado

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2014

Nossos profissionais de saúde medicina e enfermagem pedem apoio de uma política de saúde organizada e estruturada para trabalhar com mais dignidade, menos sofrimento e adoecimento emocional.

Selma Domingos de Oliveira

*Ao Exmo. Senhor Governador Provincial do Cunene
Professor Doutor Antonio Didalelwa, que direta e
indiretamente fez com que esta formação se tornasse numa
realidade*

Agradecimentos

- Ao DEUS criador do Céu e da Terra e de tudo quanto tem existência, por tudo quanto fez e continua a fazer na minha vida;
- Ao meu orientador Professor Doutor Vasco Reis por ter aceitado a orientação do presente trabalho e com o seu rico saber me ter proporcionado profundos momentos de aprendizagem, tornando possível a consecução das várias fases da realização desta pesquisa;
- Os meus sinceros agradecimentos ao Doutor Manuel Delgado pela disponibilidade e simpatia manifestada na orientação do presente trabalho
- Voto semelhante ao Professor Dr. Osvaldo Santos;
- A todos os Professores MGUS II, que estiveram sempre disponíveis em transmitir com sabedoria os conteúdos programados;
- Os meus sinceros agradecimentos aos meus colegas com destaque, Hugo Santos e Ana Telle pelas simpatias e disponibilidades demonstradas;
- A minha querida esposa Graciosa Nassoma H. David, por ter demonstrado coragem e de servir como mãe e pai ao mesmo tempo durante a minha permanência em Portugal;
- Aos meus primos Frederico Alukeinge e Casal Hidissange-Suzana, pela partilha não só de ideia, mas de bens o que permitiu que esta formação chegasse ao seu fim;
- Aos colegas, Eugenio Sergio Ndamenapossy, Altina Mwetuhanga, Constantino Lucas Nande, Gabril Luis Hinaundafa e Gabriel Hilifavali, pela companhia prestada durante o período de formação.

Resumo

A qualidade na saúde surge hoje como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados da saúde, sendo vista como um seu atributo essencial.

Pela sua importância, este estudo pretendeu caracterizar e analisar a prevalência de protocolos de organização e a sua distribuição nas Unidades de Atendimento/Atenção à Saúde Reprodutiva (UASR) bem como a distribuição dos Recursos Humanos (RH) por município e a relação de ambos com características sociodemográficas da população quanto à acessibilidade e equidade geográficas na Província do Cunene, em Angola, assim como elucidar sobre o grau da aplicação destes protocolos e a sua generalização.

Para tal, foi realizado um estudo descritivo, observacional e transversal, utilizando-se como instrumento de medida um questionário com variáveis previamente definidas.

Assim, foram inquiridos 32 responsáveis de Unidades de Atendimento a Saúde Reprodutiva (UASR), distribuídas pelos 6 Municípios: Cuanhama, com 14; Ombadja, com 10; Namacunde e Cuvelai, com 3 cada; e Cahama e Curoca, com 1 cada.

Dos resultados obtidos, verificou-se que na rede das UASR funcionam 880 técnicos, sendo 87 médicos, 27 Técnicos de Enfermagem e 512 Auxiliares de Enfermagem entre estes, apenas 21 estão formados na área da Saúde Reprodutiva.

Para, além disso, a distância média das Unidades de Saúde (US) com as respetivas Unidades de Referência é de 58 km; a distância entre US homólogas é em média 25, 23 km e o paciente mais distante da US demora em média 13 horas; 47% das UASR não se dispõem de protocolos de atendimento para CPN, 69%; não têm protocolos para o atendimento ao parto, 88% não possuem protocolos para o PF e Puericultura respetivamente e apenas uma unidade possui protocolo que orienta a referênciação. Mesmo assim, estes serviços estão criados em quase todas as unidades de SR estudadas. Nenhuma Unidade possui protocolo elaborado localmente.

Palavras-chave: Saúde Reprodutiva, Protocolo, Qualidade, Mortalidade Materna e Mortalidade infantil.

Abstract

Quality in health emerges today as a requirement of all those involved in health care, its being seen as a key attribute;

Due to its importance, intended to characterize and analyze the prevalence and distribution of in protocols of organization PSCs Reproductive Health and the distribution of human resources for the municipality and their relationship with socio-demographic characteristics of population and geographical accessibility and equity in Cunene Province, Angola as well as elucidate the degree of implementation of these protocols and their generalization;

For such a descriptive, observational, cross-sectional study was performed, using as a measuring instrument with a questionnaire previously defined variables.

Thus, 32 PSCs responsible for Reproductive Health, distributed by 6 County were surveyed: Cuanhama, with 14; Ombadja, 10; Namacunde and Cuvelai, 3 each; and Cahama and Curoca with 1 each.

From the results, it was found that in the network of Reproductive Health Care units operate 880 technicians, 87 doctors, 27 nursing technicians and 512 nursing assistants among these, only 21 are formed in the area of Reproductive Health.

In addition, the average distance of the Healthcare unit with the respective reference units is 58 km; the distance between the homologous Health Unit is on average 25, 23 km and the furthest patient Unit of Health takes on average 13 hours; 47% of the Reproductive Health Unit does not have treatment protocols for Prenatal Consultation, 69%; have protocols for service delivery, 88% do not have protocols for Family Planning and Childcare respectively and only protocol that has a drive-referenced guides. Still, these services are created in almost all units studied Reproductive Health. Unit has no specific protocol locally.

Keywords: Reproductive Health, Protocol, Quality, Maternal Mortality and Infant Mortality.

Lista de Siglas e Abreviaturas

ASR	Assistência à Saúde Reprodutiva
CPN	Consulta Pré – Natal
CPS	Cuidados Primários de Saúde
CR	Contra Referência
CRA	Constituição da República de Angola
CS	Centro de Saúde
DNSP	Direção Nacional da Saúde Pública
DPS	Direção Provincial da Saúde
DPSC	Direção Provincial da Saúde do Cunene
DPT	Difteria, Pertussi e Tétano.
ERS	Entidades Reguladoras da Saúde
FCTSULHT	Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologias
GEPE	Gabinete de Estudo Planeamento e Estatística
GUS	Gestão em Unidades da Saúde
HGO	Hospital Geral de Ondjiva
ITS	Infeções de Transmissão Sexual
MGUS	Mestrado em Gestão de Unidades da Saúde
MI	Mortalidade Infantil
MICS	Inquérito de Indicadores Múltiplos (do inglês, <i>Multiple Indicator Cluster Survey</i>)
MINSA	Ministério da Saúde de Angola
MNSB	Ministério da saúde do Brasil
MM	Mortalidade Materna
MNN	Mortalidade Neo – natal
MPN	Mortalidade Perinatal

MS	Ministério da Saúde
NOC	Normas de Orientação Clínica
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milénio
OMS	Organização Mundial da Saúde
PF	Planeamento Familiar
PNSB	Plano Nacional de Saúde do Brasil
PNSR	Programa Nacional de Saúde Reprodutiva
PNUD	Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POP	População
PP	Pós –Parto
PS	Posto de Saúde
RARMMNA	Roteiro para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em Angola
RODM	Relatório dos Objetivos do Desenvolvimento do Milénio
RT	Raio Teórico
SR	Saúde Reprodutiva
REGUSAP	Regulação do Sistema de Atendimento Primário
UASR	Unidade de Atendimento/Atenção à Saúde Reprodutiva
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância (do inglês <i>United Nations Children's</i>)
UR	Unidade de Referência
US	Unidade Sanitária/Unidade de Saúde
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (do inglês, <i>United States Agency for International Development</i>)
VIH/SIDA	Vírus de Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
W F CIA	Publicação anual da <i>Central Intelligence Agency EUA</i>

Índice Geral

Introdução	13
Capítulo 1 - Enquadramento Teórico	16
1.1 O Contexto Geral de Angola.....	17
1.2 Sistema Nacional de Saúde.....	19
1.2.1 Aumento do acesso e definição de Rede de Referência	22
1.3 Cunene	22
1.3.1 O Contexto Geral	22
1.3.2 Situação Materna Infantil no Cunene.....	23
1.3.2.1 Rede Sanitária	23
1.3.2.2 Recursos Humanos	24
1.4 Importâncias da organização dos Cuidados Primários e do uso de protocolos na saúde Reprodutiva.....	26
1.4.1 Protocolos no setor da saúde	29
1.4.1.1 Conceito	29
1.4.1.2 Tipos de Protocolos	29
1.4.1.3 Entidades que elaboram os Protocolos	30
1.4.1.4 Importância dos Protocolos de organização em Saúde	30
1.4.1.5 Protocolos de Organização dos serviços na Saúde Reprodutiva segundo a OMS	30
1.4.1.5.1 Princípios gerais e diretrizes para a atenção obstétrica e neonatal.	30
1.4.1.6 Protocolos como Instrumento de garantia da qualidade nos Serviços da Saúde	32
Capítulo 2 - Aspetos Metodológicos	35
2.1 Objetivos	36
2.2 Descrição do Estudo	36
2.3 Tipo de Estudo e Instrumentos de Medida	37
2.4 Variáveis do Estudo	37
2.5 Caracterização da Amostra	38
Capítulo 3 - Apresentação dos Resultados	40

3.1 Análises das Unidades de Atendimento de Saúde Reprodutiva da Província de Cunene	41
3.1.1 Caracterização da População coberta pelas Unidades de Saúde	41
3.1.2 Funcionários das Unidades de Saúde	46
3.1.3 Atendimento nas Unidades de Saúde	48
3.2- Análise das Unidades de Atendimento de Saúde Reprodutiva de cada um dos Municípios da Província de Cunene.	53
3.2.1 Caracterização da População coberta pelas Unidades de Saúde	53
Capítulo 4 - Discussão dos Resultados.....	60
Conclusão	64
Sugestões/Recomendações	65
Referências Bibliográficas.....	67
Apêndices	i
Apêndice I – Ficha de Recolha de dados dirigida a Gestores das Unidades de Saúde.....	ii
Apêndice II – Indicadores da Saúde Reprodutiva na Província do Cunene, 2012	v
Apêndice III – Resumo da Recolha de Dados realizada através do Questionário (Parte 1)vi	
Apêndice IV – Resumo da Recolha de Dados realizada através do Questionário (Parte 2)ix	

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Serviços prestados e cobertura da população para cada tipo de unidade sanitária conforme a REGUSAP	21
Tabela 2 - Distribuição das Unidades da Saúde na Província do Cunene por Município e os serviços de atendimento a Saúde Reprodutiva - 2013.	23
Tabela 3 - Recursos humanos que cobrem a rede sanitária da Saúde na província do Cunene - 2012	25
Tabela 4 – Resumo das UARS em estudo.	38
Tabela 5 – Resumo da caracterização da População coberta pelas Unidades de Saúde	41
Tabela 6 – Unidades de Referência	43
Tabela 7– Estado das vias de Comunicação	45
Tabela 8 – Qualificação Técnica dos Responsáveis pelas Unidades de Saúde.	47
Tabela 9 - Número médio de Pessoas atendidas.....	48
Tabela 10 – Resumo da caracterização da População coberta pelas Unidades de Saúde de Namacunde.	53
Tabela 11- Resumo da caracterização da População coberta pelas Unidades de Saúde de Cuanhama.	55
Tabela 12 – Resumo da caracterização da População coberta pelas Unidades de Saúde de Ombadja.	56
Tabela 13 – Resumo da caracterização da População coberta pelas Unidades de Saúde de Cuvelai.....	57

Índice de Figuras

Figura 1 – Mapa da distribuição das províncias de Angola, onde se enquadra Cunene a sul. .	17
Figura 2 - Mapa da distribuição da Rede Sanitária da Província de Cunene.	24
Figura 3 – Representação gráfica da frequência relativa da população coberta pelas Unidades de Saúde.....	42
Figura 4 – Representação gráfica da distância média até à Unidade de Referência.	43
Figura 5 – Representação gráfica da demora máxima do paciente mais distante à US.	44
Figura 6 – Representação gráfica da distância à Unidade de Saúde homóloga mais próxima.	45
Figura 7 – Representação gráfica da frequência relativa do Número de Funcionários das Unidades de Saúde.	46
Figura 8 – Representação gráfica da qualificação técnica dos responsáveis pelas Unidades de Saúde.	47
Figura 9 – Representação gráfica do número médio de pessoas atendidas para cada uma das consultas relacionadas com a saúde materno-infantil.....	49
Figura 10 – Representação gráfica da existência de protocolos de consulta pré-natal, à esquerda, e a existência deste serviço, à direita.	50
Figura 11 – Representação gráfica da existência de protocolos de consulta de planeamento familiar, à esquerda, e a existência deste serviço, à direita.	50
Figura 12 – Representação gráfica da existência de protocolos/normas orientadoras para o parto, à esquerda, e a existência deste serviço, à direita.	51
Figura 13 – Representação gráfica da existência de protocolos orientadores de consulta de puericultura, à esquerda, e a existência deste serviço, à direita.....	51
Figura 14 – Representação gráfica da existência de referências orientadoras no atendimento.	52
Figura 15 – Representação gráfica da frequência relativa da população coberta pelo Município de Namacunde.	54
Figura 16 – Representação gráfica da frequência relativa da população coberta pelo Município de Cuanhama.	55
Figura 17 – Representação gráfica da frequência relativa da população coberta pelo Município de Ombadja.....	57
Figura 18 – Representação gráfica da frequência relativa da população coberta pelo Município de Cuvelai.	58
Figura 19 – Densidade Populacional da Província de Cunene.	61

Introdução

A implantação de protocolos, por enfermeiros e médicos, é necessária no atendimento nas Unidades de Atenção à Saúde Reprodutiva (UASR), despontando como um caminho fundamental a ser percorrido para o avanço na Saúde Materna Infantil. Eles garantem a qualidade de assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde sendo assim, parte das políticas essenciais para redução dos elevados índices de mortalidade materna. (Sobieray, 2008).

O Programa de Saúde Reprodutiva tem como principal objetivo promover a assistência integral à saúde da mulher desde o conceito até ao nascimento do filho, com vistas à redução da morbimortalidade deste grupo populacional. Deve normatizar organizar e monitorar, as ações de atenção à saúde da mulher e criança em todos os níveis de complexidade na rede de uma determinada região (Sobieray, 2008).

As ações estão voltadas para as linhas do cuidado que compreendem cinco eixos prioritários: 1) planeamento da vida sexual e reprodutiva, 2) pré-natal, 3) parto, 4) garantir a atenção de qualidade e humanizada ao recém-nascido e 5) garantir a atenção à criança até aos cinco anos de vida. O início precoce do pré-natal, o acompanhamento pela equipa de saúde da família, a realização dos exames necessários e a referência de assistência ao parto com segurança, promovem uma assistência de qualidade à mulher no ciclo gravídico e puerperal (Bittencourt, 2010).

Na sociedade atual, a Saúde Reprodutiva (SR) tem grande relevância para o ser humano incluindo todas as faixas etárias, em particular o embrião, o feto e o recém-nascido que se apresentam com uma elevada vulnerabilidade devido à transmissão sexual das doenças como a Sífilis ou o VIH/SIDA, dos seus progenitores, bem como o meio envolvente onde se desenvolve o que contribui para problemas globais da infertilidade e do «insucesso reprodutivo» e, também, para o aborto clandestino (Craveiro & Ferrinho, 2002).

Craveiro & Ferrinho (2002) referem ainda que a SR não só abrange a «ausência da doença», mas também muitos aspetos complexos que cobrem um campo vasto quase da gametogénese à geriatria.

Hoje, a saúde sexual e reprodutiva é definida como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as questões relacionadas com o sistema reprodutor

e não apenas a ausência de doença ou enfermidade no ser humano. Deste modo, constata-se que as pessoas são capazes de ter uma vida sexual segura, satisfatória e que possuem a capacidade de se reproduzir e a liberdade para decidir quando e com que frequência deve fazê-lo, necessitando para isso de um sistema de informação credível e alargado/disponível, o que evitaria que em cada ano um número desconhecido de mulheres que se engravidam sem ter a confirmação de que estão efetivamente grávidas. Esta situação estima-se em pelo menos 40% dos casos e dos quais, cerca de 20% terminam em aborto espontâneo, aproximando-se de 20 milhões de abortos inseguro-ilegais e associados a mortalidades e morbilidades maternas (Craveiro & Ferrinho, 2002).

Ainda de acordo com estes autores, os recém-nascidos registam um número anual de mortes perinatais (MPN) na ordem dos sete milhões o que representa para nós um desafio, de reconhecida importância para a pesquisa, na área da SR.

Dada esta problemática, torna-se importante levantar a seguinte questão de partida: Será que os protocolos de organização das consultas de seguimento materno infantil estão implantados na província de Cunene tendo em conta os recursos (humanos e estruturais) e dimensões espaciais do acesso?

Desta forma, este trabalho pretende descrever e compreender a realidade da organização dos serviços Materno-infantis na Província do Cunene, em Angola, através da análise da existência de protocolos normativos quanto à organização dos cuidados assistenciais tendo em conta a distribuição espacial das US e dos recursos humanos.

Inicialmente foi elaborada uma revisão literária fundamentada em dados de instituições internacionais, bem como a escolha de uma abordagem para o estudo desses dados, fruto da informação recolhida.

Posteriormente, recorrendo a um questionário procedeu-se a recolha de dados a fim de se fazer uma análise qualitativa e quantitativa dos Recursos (Humanos e estruturais) existentes para o cumprimento dos protocolos. Estes dados foram analisados estatisticamente.

Este trabalho de investigação foi dividido em quatro capítulos.

No primeiro capítulo foi feito o enquadramento teórico, tanto do contexto geral de Angola como da província de Cunene, assim como da definição e aplicação do protocolo.

No segundo capítulo serão abordados os aspetos metodológicos, nomeadamente com a descrição do estudo.

O terceiro capítulo englobará a apresentação dos resultados obtidos e por fim no quarto capítulo serão discutidos esses resultados.

Importa ainda referir que esta dissertação será redigida segundo o novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa e será adotada a norma da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, segundo o despacho nº 101/2009, com o título “Atualização das normas para elaboração e apresentação de teses e dissertações na ULHT”.

Capítulo 1

Enquadramento Teórico

1.1 O Contexto Geral de Angola

A República de Angola está localizada na costa ocidental da região Austral da África Subsariana. Obteve sua independência em 1975.

É um País multicultural e multilingue. A população que o compõe fala cerca de 20 línguas nacionais, porém a língua Portuguesa é falada pela maioria das comunidades com formas de vida moderna. Constitui um dos maiores países do continente, com uma superfície de 1.246.700 km² e com uma costa de 1.600 km de Norte ao Sul.

A população angolana é estimada em 16.500.000 habitantes, estimativa de WDI 2009; estimativa 2007 (Queza 2010).



Figura 1 – Mapa da distribuição das províncias de Angola, onde se enquadra Cunene a sul.

Fonte: <http://www.angolaglobal.net/sobre-angola/provincias/>, acedido a 26 de fevereiro de 2014

Administrativamente está distribuída em 18 Províncias (Distritos), 164 Municípios e 532 Comunas (Freguesias) (Ministério da Saúde de Angola [MINSa], 2008; Agencia dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional [USAID], 2010).

Segundo a estimativa do *World Factbook da CIA* de 2009 (USAID, 2010) a densidade populacional é de aproximadamente 13,2 habitantes por km². A população angolana é maioritariamente jovem. Cerca de 50% tem menos de 15 anos de idade, enquanto 60% têm menos de 21 anos. No entanto, a taxa de crescimento médio da população é de 3,1%. A esperança de vida à nascença é de 46 anos de idade (World Development Indicators [WDI], 2009; estimativa 2007), 44% têm menos de 14 anos de idade e 57% moram em zonas urbanas.

O Relatório sobre Objetivos do Desenvolvimento do Milénio (RODM, 2012) refere que estudos realizados em 2007, revelam que não obstante Angola ser na atualidade um país com uma economia emergente, os seus indicadores de saúde materna e infantil são bastantes críticos. O coeficiente de mortalidade materna foi estimado em 1.400 mortes maternas por cada 100.000 nascidos vivos. Isto significa que uma em cada 12 mulheres morre devido a complicações no parto, totalizando cerca de 11.000 mortes por ano. Estas mortes têm como causas principais a hemorragia (34%), hipertensão (19%), sepsis (9%), aborto (9%), embolismo (1%). As restantes mortes são causadas em 11% das situações por outras causas diretas e em 17% por causas indiretas, com destaque para a malária e hepatites.

Ainda de acordo com RODM (2012), citando dados do IBEP, UNICEF (2008), a taxa de mortalidade materna tem como consequência um ciclo negativo devido ao elevado número de órfãos e à fragilidade e carência de cuidados de saúde, que aumenta a probabilidade de maior mortalidade infantil.

De acordo com a mesma fonte, a taxa de fertilidade total estima-se de cinco a oito nascimentos (média 7,1) por mulher. Tal facto, revela que a prevalência de contraceptivos (todos os métodos) desde 2001 ainda é baixa, com 18% apenas.

Neste sentido, o controlo pré-natal, rondando os 63%, os partos assistidos pelo sistema de saúde, com 25% (35%) nas áreas urbanas e 13,4% nas áreas rurais e os 8,9% de Infecções de Transmissão Sexual (ITS), constituem os principais meios preventivos para controlar os problemas de mortalidade nas mulheres. Estima-se que, pelo menos, 15% de todas as mulheres grávidas requeiram cuidados obstétricos especiais em Angola. Este valor pode ser consideravelmente mais alto por causa do aborto inseguro e, muitas vezes, do seu pouco conhecimento pelo sistema da saúde (Programa Nacional de Saúde Reprodutiva MINSA & Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento [PNUD], 2004)

Para, além disso, Queza (2010) adiciona alguns fatores tais como: reduzida cobertura sanitária, abrangendo menos de 40% da população; reduzida força de trabalho especializada;

débil gestão dos recursos disponibilizados; fraca promoção da saúde num contexto socioeconómico; e meio ambiente favorável às endemias e epidemias.

No que diz respeito às crianças, a mortalidade em crianças com menos de cinco anos de idade, ascende a 195 por 1.000 nados vivos em 2008 (IBEP, UNICEF, 2008, cit in RODM, 2012). As causas deste elevado índice de mortalidade são principalmente as doenças infecciosas, como por exemplo, diarreias, malária e HIV-SIDA, com 64%. Já em recém-nascidos as complicações durante o parto são a principal causa da morte, com 40%. A subnutrição, Sarampo, Tétano neonatal, Doenças Respiratórias e Diarreicas Agudas, apresentam-se de igual modo como vetores associados à mortalidade em crianças com menos de cinco anos de idade em Angola, apesar de já ser relativamente fácil prevenir ou tratar estas doenças, ao nível de atenção primária da saúde, com melhores práticas e cuidados em casa (MINSA, 2004, Ministério do Planeamento de Angola, 2010).

Ainda segundo as mesmas fontes, analisando alguns indicadores de Angola quando comparados com dados globais da Africa Subsaariana, observa-se que a cobertura da vacina contra difteria, pertussi e tétano (DPT) (terceira dose) aumentou de 34% (2001) para 83% (2007) em Angola e de 46% (1999) para 85,2% (2007) em toda a Africa Subsaariana; os partos registados em Centros de Saúde com pessoal da Saúde capacitado foram na ordem dos 47,3% em Angola (2007) e 59,1% (2007) na Africa Subsariana; e, o uso de contraceptivos foi de 6% (2001) em Angola e 15,8% (2001) na Africa Subsaariana.

Estes dados revelam, comparativamente, o fosso que ainda existe nos cuidados básicos de saúde, exigindo um registo eletrónico das ocorrências.

1.2 Sistema Nacional de Saúde

O Sistema Nacional da Saúde (SNS) de Angola, está baseado no Decreto nº 54/03 de 5 de Agosto e Lei nº 21-B/92, de 28 de Agosto – Lei de base do Sistema Nacional de Saúde, que estabelece como princípios gerais do SNS a promoção e garantia por parte do Estado, o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

No entanto, a promoção e a defesa da saúde pública são efetuadas através da atividade do Estado e de outros agentes públicos ou privados, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela atividade (Queza, 2010).

Queza, (2010) refere ainda que, os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou por outros agentes públicos ou entidades privadas, sem ou com

fins lucrativos, sob a fiscalização deste (Estado), pois que a proteção à saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados de saúde.

Para que os serviços de saúde estejam mais próximos da população, criou-se o Decreto-Lei nº 2/07 de 3 de Janeiro, que estabelece o quadro das atribuições, competências e regime jurídico de organização e funcionamento dos órgãos provinciais, das Administrações municipais e comunais que têm como princípios, a desconcentração administrativa, diferenciação, transferência de recursos, transitoriedade, participação e colegialidade.

No mesmo sentido, a constituição da República, Capítulo III, Artigo 77º, nº 1, define que o Estado promove e garante as medidas necessárias para assegurar a todos o direito à assistência médica e sanitária, bem como o direito à assistência na infância, na maternidade, na invalidez, na velhice e deficiência, e em qualquer situação de incapacidade para o trabalho, nos termos da lei.

Para garantir o direito à assistência médica e sanitária, incumbe ao Estado:

- a) Desenvolver e assegurar a funcionalidade de um serviço de saúde em todo o território nacional;
- b) Regular a produção, distribuição, comércio e o uso dos produtos químicos, biológicos, farmacológicos e outros meios de tratamento e diagnóstico.
- c) Incentivar desenvolvimento do ensino médico-cirúrgico e da investigação médica e da saúde

O Decreto nº 54/03 de 5 de Agosto, no nº 1 do seu artigo 3º capítulo II, estabelece a prestação de cuidados sanitários em três níveis hierárquicos:

- **Nível Primário de Saúde ou de cuidados primários de saúde:** Representado pelos Postos/Centros de Saúde, Hospitais Municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos. Estes constituem o primeiro ponto de contacto da população com o Sistema de Saúde.

- **Nível secundário ou da rede hospitalar polivalente (intermédio):** Representado pelos Hospitais gerais, é o nível de referência para as unidades de primeiro nível.

- **Nível terciário ou da rede diferenciada:** Representado pelos Hospitais de referência mono ou polivalentes diferenciados e especializados, é o nível de referência para as Unidades Sanitárias do nível Secundário.

Neste sentido, importa definir algumas destas unidades de saúde de forma a facilitar a sua compreensão posterior.

O Hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também num centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

Por outro lado, o Centro de Saúde é uma unidade sanitária, complexa, destinada a prestar assistência médico-sanitária a uma população, contando com ambulatórios para assistência médica permanente.

Já o Posto de Saúde é uma unidade sanitária, simplificada, destinada a prestar assistência médico-sanitária a uma população, contando com controlo e supervisão médica periódica.

Tabela 1 - Serviços prestados e cobertura da população para cada tipo de unidade sanitária conforme a REGUSAP

Fonte: USAID & MINSA /GEPE (2010)

A definição de tarefas atribuídas a cada uma das US bem como a população de referenciação deacordo com a REGUSAP conforme resumidas na tabela acima(tabela nº 1).

Unidade de saúde	Serviços prestados	População de referência
PS I	CPS (consultas, vacinação, monitorização do crescimento da criança, CPN, PF e medicamentos essenciais).	5.000
PS II	CPS + laboratório	20.000 a 40.000
CS	CPS + laboratório + partos Aberto 24 h	75.000
CS de Referência/ HM	Primeiro nível de referência CPS + laboratório + partos +Internamento + radiologia + recuperação nutricional + saúde oral	150.000 rural 500.000 urbano
Hospital Geral	Segundo nível de referência CPS + laboratório + partos +Internamento + radiologia + recuperação nutricional + saúde oral + cirurgias + transfusões de sangue +Internamento especializado, medicina interna, pediatria e ginecologia e obstetrícia. Alguns Hospitais Gerais oferecem mais serviços.	750.000

1.2.1 Aumento do acesso e definição de Rede de Referência

O MINSA [GEPE] & USAID (2010) destacaram a acessibilidade (aumento do acesso, geográfico e financeiro à Unidade Sanitária) e definição correta de rede de referência como fatores promocionais da qualidade no atendimento nas UASR.

Assim, serviços de rede de referência são Unidades que prestam atendimento mais sofisticado que as unidades de menor nível da sua área e que transferem os casos mais complicados (devem localizar-se na mesma zona ou região territorial do Município ou Província); definem um território e uma rede como pertencendo ao mesmo “sistema local” que têm que prestar um determinado leque de serviços para uma população definida e obter umas coberturas e indicadores de qualidades planificáveis. Para isso, a unidade de referência não tem apenas um papel passivo de recetor das transferências, mas tem que participar ativamente na avaliação e supervisão da rede da área, na planificação e execução das atividades e na adequação dos recursos (formação, aprovisionamento, etc.).

Estas fontes referem ainda que em termos de acesso, os achados mais importantes da análise são a concentração da rede ao redor da capital provincial, o que significa que apesar dum indicador global de disponibilidade aceitável, existem largas áreas sem cobertura. As baixas prestações da rede existentes levam às insuficiências de alguns serviços específicos, em termos de ofertas – tomando em conta os recursos como pessoal e equipamentos – também de qualidade. A distância até a US (somada as insuficiências do transporte público) parece ser um dos grandes problemas para a utilização dos serviços de saúde.

1.3 Cunene

1.3.1 O Contexto Geral

A Província do Cunene situa-se na região sul de Angola. Confina-se a Sul com a República da Namíbia, a Leste com a província do Cuando Cubango, a Oeste com as províncias do Namibe e Huila e a Norte com a província da Huila, conforme ilustra a Figura 1.

Tem uma superfície de 77.213 km² e uma população estimada em 762.949 habitantes em 2008, com uma densidade populacional de 10 habitantes por quilómetro quadrado (USAID, 2010). Está dividida administrativamente em seis Municípios - Cuanhama, Cahama, Cuvelai, Curoca, Ombadja e Namacunde. Tem um clima quente e semiárido e rochas sedimentárias.

1.3.2 Situação Materna Infantil no Cunene

1.3.2.1 Rede Sanitária

A Rede Sanitária é constituída por 140 Unidades Sanitárias distribuídas em: 7 Hospitais, sendo um Hospital de Referência provincial - Hospital Geral de Ondjiva no Município do Cuanhama -, seis Hospitais de Referência municipal - Hospitais da Missão Católica do Chiulo e Xangongo (Município de Ombadja); Hospital Municipal do Namacunde (Município de Namacunde); Hospital Municipal do Curoca (Município de Curoca); Hospital Municipal da Cahama (Município da Cahama); e Hospital Municipal do Cuvelai (Município do Cuvelai), 40 Centros de Saúde e 93 Postos de Saúde, conforme ilustra a Figura 2 e a Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das Unidades da Saúde na Província do Cunene por Município e os serviços de atendimento a Saúde Reprodutiva - 2013.

Município	Geral Provincial				SR Provincial				%
	Hospitais	CS	PS	Total	Hospitais	CS	PS	Total	
Cuanhama	1	14	42	57	1	9	4	14	38
Cahama	1	0	9	10	1	0	0	1	3
Cuvelai	1	5	13	19	1	1	1	3	5
Curoca	1	0	6	7	1	0	0	1	8
Namacunde	1	8	1	10	1	2	0	3	5
Ombadja	2	13	22	37	2	7	2	11	41
Total	7	40	93	140	7	19	7	33	100

Legenda: CS – Centro de Saúde; PS – Posto de Saúde

Fonte: DPSC, 2012

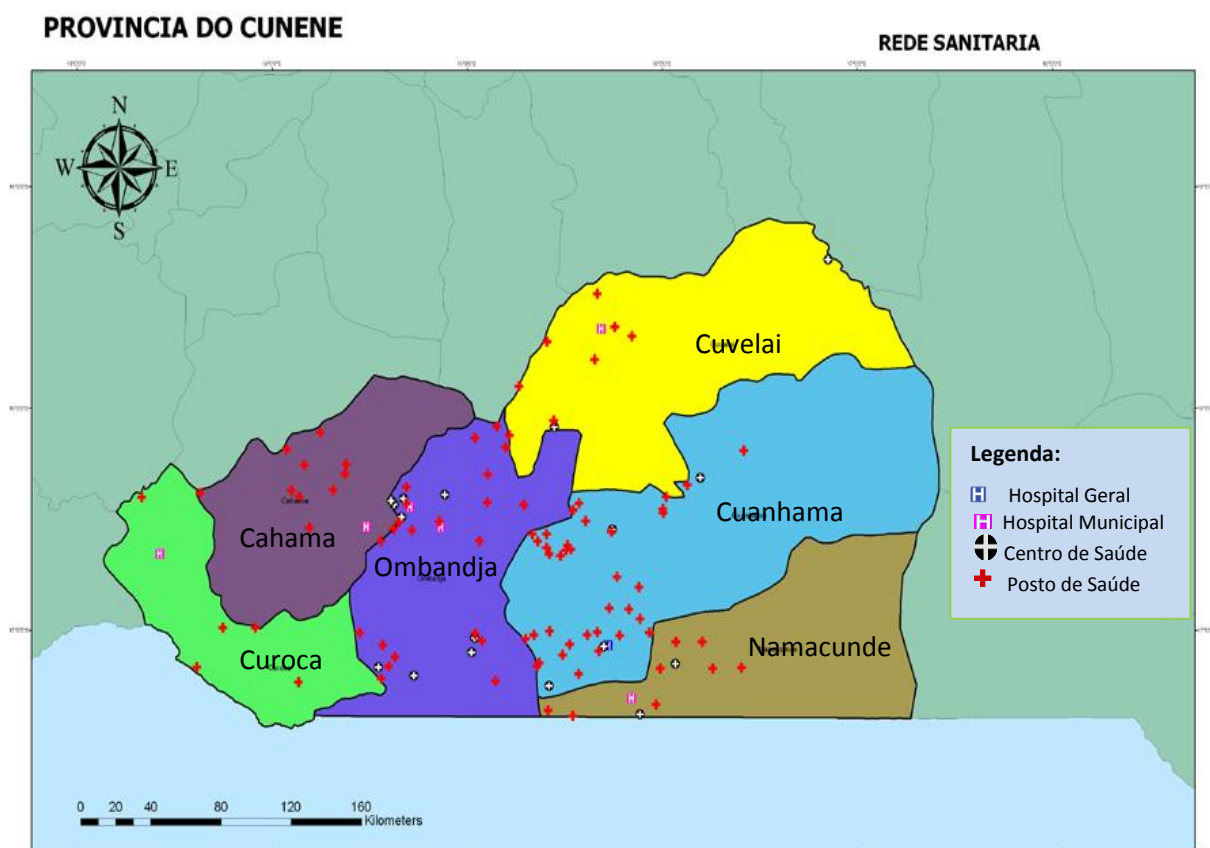


Figura 2 - Mapa da distribuição da Rede Sanitária da Província de Cunene.

Fonte: MINSA, 2010.

Destaca-se que todos os sete Hospitais possuem serviços de SR, mas o Hospital do Chiulo não realiza serviços do Planeamento Familiar (PF). Por outro lado, há que referir que os serviços Obstétricos Completos apenas existem no Hospital Geral de Ondjiva.

Dezanove Centros e 7 Postos de saúde possuem serviços de SR, adicionando-se os sete Hospitais totalizam-se 33 (23,3%) Unidades Sanitárias (US) que oferecem serviços de Assistência à Saúde Reprodutiva (ASR) na Província, embora nem todas possuam pelo menos quatro serviços.

1.3.2.2 Recursos Humanos

O atendimento nas 140 Unidades de Saúde na Província do Cunene é feito por 1.257 trabalhadores de diversas carreiras e categorias (Tabela 3). Para o objeto do presente trabalho, interessa acentuar a carreira de enfermagem (739) e médica (45). Cabe salientar também que de todos estes funcionários técnicos, apenas 21 são formados na área da SR, sendo a maior

parte dos procedimentos exercidos por técnicos com experiência adquirida a partir de formações de curtos periódicos (seminários), na prática quotidiana e outros sem experiência de atendimento ao protocolo específico.

Tabela 3 - Recursos humanos que cobrem a rede sanitária da Saúde na província do Cunene - 2012

Categorias por Especialidade	Nacionais	Estrangeiros	Total
Médicos Clínica Geral	4	14	18
Médico Especialista em Pediatria	1	5	6
Médico Especialista em Gineco-Obstetria	0	2	2
Médico Especialista em Ginecologia	0	1	1
Médico Especialista em Cirurgia	1	5	6
Médica Nutricionista	1	0	1
Médico Anestesista	0	3	3
Médico Urologista	0	1	1
Médico Ortopedista	0	2	2
Médico Tisiologista	0	1	1
Médico Neurologista	0	1	1
Médico Oftalmologista	0	1	1
Médico Intesivista	0	1	1
Médico Cardiologista	0	1	1
Médico Otorrinolaringologista	0	1	1
Enfermeiros	7	4	11
Enfermeira Obstetra	0	1	1
Enfermeiro Instrumentista	0	3	3
Técnica Superior L. Farmácia	1	0	1
Técnica Superior de Psicologia	1	0	1
Técnico Superior de Contabilidade e Gestão	1	0	1
Técnica Anestesista	0	2	2
Técnico de Enfermagem	114	0	114
Auxiliares de Enfermagem	613	0	613
Técnicos de Diagnostico Terapeutas	44	0	44
Auxiliares Técnicos de Diagnostico	18	0	18
Administrativos	119	0	119
Apoio Hospitalar	278	0	278
TOTAL GERAL	1.208	49	1.257

Fonte: Relatório DPSC (2012)

1.4 Importâncias da organização dos Cuidados Primários e do uso de protocolos na saúde Reprodutiva.

As opções políticas em saúde têm-se acentuado na obtenção de ganhos de eficiência para o setor (Harfouche, 2012).

Dada a sua importância, a avaliação adequada dos serviços de saúde permite obter informações do seu desempenho (Silveira, 1999).

Parras et al (1998) reforçam que a referida avaliação tem como destaque a maior atenção à assistência pré-natal, que constitui hoje um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a saúde da grávida e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas no SNS.

Paras (1998), refere ainda que esta ideia é acentuada pela existência de bons cuidados de saúde durante a gravidez, tanto para a saúde da mãe como para o desenvolvimento do bebé. A gravidez é um período crucial para promover comportamentos saudáveis. Boas ligações de Consulta Pré-Natal (CPN) entre a mulher e a sua família e o sistema de saúde formal aumentam as probabilidades de se recorrer a um profissional especializado durante o parto e contribui para uma boa saúde ao longo da vida. Este facto é crucial, pois cuidados de saúde inadequados durante este período, quebram um elo fundamental dos cuidados continuados de saúde e afetam tanto mães como os bebés de forma variada, gerando efeitos sobre ambos.

Em relação às mães, calcula-se que 25% das mortes maternas ocorrem durante a gravidez e com certa variabilidade entre os países, dependendo da prevalência de abortos inseguros, da violência e das doenças endémicas na área. Entre 25 a 50% das mortes maternas devem-se a causas como a hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia) e hemorragias anteriores ao parto (Hemorragias no pré-parto), que estão diretamente relacionadas com cuidados de saúde inadequados durante a gravidez.

No que diz respeito aos bebés, e em particular na África Subsaariana, cerca de 900.000 bebés convertem-se em nados mortos durante as últimas doze semanas da gravidez. Calcula-se que os bebés que falecem antes do início do trabalho de parto representam dois terços de todos os nados mortos nos países onde a taxa de mortalidade é superior a 22 por cada 1000 nascimentos, facto comum na grande maioria dos países africanos.

Na vertente dos Cuidados Primários de Saúde (CPS), Oliveira (2010) refere que, embora os governos de muitos países busquem oferecer um sistema de cuidados de saúde que permita o acesso igual para todos os cidadãos, verificam-se dificuldades de acesso de numerosos grupos populacionais aos serviços de saúde devido a inúmeros fatores de ordem organizacional, política ou económica. É neste sentido que, em muitos países africanos na década de 80 foram tomadas diversas medidas para o reforço do sistema da saúde. Destacam-se medidas a descentralização e criação de distritos sanitários; formação do pessoal para prestação de CPS; criação de comissões para o desenvolvimento da saúde e da segurança social; e integração de programas (vacinação, doenças diarreicas, medicamentos essenciais) nos CPS. Contudo, a cobertura dos serviços continua limitada.

O autor destaca a fragilidade da participação comunitária na cooperação intersectorial; na mobilização de recursos; no desempenho da gestão incluindo o planeamento e do reforço dos Recursos Humanos (RH) para a saúde; na recolha e análise da informação; e na integração e uso de investigação e das tecnologias adequadas no processo de desenvolvimento sanitário.

Para, além disso, o autor salienta que nos países em referência, com as devidas exceções, a atenção primária é deficiente, sendo por vezes ausente em algumas áreas rurais, o nível secundário funciona com inúmeras debilidades e a atenção terciária não é acessível para a grande maioria da população. Em particular, esta situação também é verificada em Angola destacando-se as precárias condições de trabalho em muitas US, a gritante falta de RH e a sua concentração nas áreas urbanas e periferia destas.

Nesta vertente, o MINSA, no Roteiro para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em Angola (RARMMA) 2007-2015, reforça que, uma análise dos RH disponíveis, uma taxa média de 0.05 médicos/1.000 habitantes, o que corresponde a um médico para 20.000 habitantes, estando muito longe dos padrões mínimos internacionais recomendados de um médico para 5.000 habitantes e, pelo menos, 4.000 habitantes por enfermeiro.

Ainda segundo o RARMMA 2007-2015, os sistemas de referência e Contra-referência na prática são pouco funcionais, pelo que na procura de cuidados de qualidade, quase sempre os utentes ignoram os níveis inferiores da pirâmide sanitária, procurando ter acesso diretamente aos níveis de referência, causando o congestionamento e sobrecarga, que resulta na ineficiência na utilização dos recursos a estes níveis. A estes problemas, juntam-se as naturais fragilidades das US dos níveis mais periféricos do SNS (PS e CS) devido

principalmente à: i) carência de RH aliado à baixa qualificação dos técnicos da saúde aí colocados; ii) fraca motivação do pessoal resultante de difíceis condições de trabalho e de vida; iii) falta de equipamentos básicos ou em mau funcionamento; e iv) supervisão deficiente pelos níveis superiores.

Além disso, a rede de comunicações (rádio, telefone) e transporte (ambulâncias e o estado das estradas) tem uma importância fundamental na operacionalidade do sistema de referência. Devido às dificuldades de comunicação, longas distâncias entre unidades periféricas e de referência, aliados a ausência de transportes regulares entre os municípios e localidades, o acesso físico a unidades de referência tem sido muito limitado.

Assim, um fator que muito tem contribuído para a problemática em estudo é a baixa cobertura sanitária, heterogénea entre zonas de acesso e distribuição de US. Por exemplo, ao nível dos cuidados primários de saúde, desenvolvem-se atividades de fraca amplitude preventiva e curativa de doenças e lesões correntes, tais como educação para saúde, consultas pré e pós-natal, planeamento familiar, assistência ao parto e cuidados obstétricos básicos e completos, vacinação, controlo do desenvolvimento e crescimento da criança (Queza, 2010).

Pearson, Larsson, Fauveau & Standley (2006), complementam ao considerarem que a saúde e a sobrevivência dos recém-nascidos estão estreitamente associadas com a assistência médica e os cuidados de saúde em geral que a mãe tenha recebido antes e durante a gravidez, o parto e o período pós-natal. Ao longo dos cuidados continuados de saúde, a ocasião com maiores riscos de morte e de incapacidades, tanto para as mães como para os recém-nascidos, é o trabalho de parto, o próprio parto e as primeiras horas de vida após o parto. As complicações e a falta de assistência médica neste período crítico têm consequências para as mães e para os bebés.

Os referidos autores apontaram que afetam a mortalidade materna infantil os seguintes fatores:

- Crenças espirituais ou culturais podem aumentar as demoras ou resultar na necessidade de outros tratamentos;
- Demoras e /ou falta de transporte ou verbas para chegar aos locais onde a assistência é prestada (referência);
- Distância e duração da viagem para chegar aos serviços de saúde;
- Demoras na aplicação dos cuidados adequados nos serviços de saúde;
- Falta de pessoal adequadamente formado e atitudes negativas dos profissionais de saúde;

- Falta de equipamento essencial, de medicamentos e de produtos e materiais;
- Controlo Pré-Natal não existente ou deficiente;
- Controlo fetal não existente ou deficiente durante o parto;
- Demoras da parte do paciente na procura de assistência durante o parto e/ou o trabalho do parto;
- Segunda fase do trabalho de parto prolongada e sem assistência;
- Progressos insuficientes durante o trabalho de parto e utilização incorreta do partograma.

Estes fatores retardam o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento do Milénio (ODMs) com destaque os objetivos 4 (reduzir a mortalidade materna) e 5 (reduzir a mortalidade infantil).

1.4.1 Protocolos no setor da saúde

1.4.1.1 Conceito

Os protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipa ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar referências, condutas e procedimentos clínico e/ou de Organização dos trabalhadores dos serviços de saúde. (Werneck, Faria & Campos, 2009).

1.4.1.2 Tipos de Protocolos

Quanto à sua **Natureza**, os protocolos podem ser **clínicos** e/ou de **organização** dos serviços (Werneck, Faria & Campos, 2009):

- **Protocolos Clínicos:** São instrumentos direcionadores da atenção à saúde dos usuários, apresentando características voltadas para a clínica, as ações preventivas, promocionais e educativas.
- **Protocolos de Organização dos Serviços:** São instrumentos orientados à gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho numa Unidade e no território. Referem-se principalmente à organização do processo de trabalho. Em relação a essa organização, exigem a definição do “que fazer”, de “quem fazer” e “como fazer”. **Este tipo de protocolos é o objeto de estudo neste trabalho.**

1.4.1.3 Entidades que elaboram os Protocolos

Os protocolos são elaborados pelos gestores e profissionais dos serviços de saúde, a partir de problemas concretos do seu dia-a-dia. Noutras situações, podem resultar de diretrizes que signifiquem a orientação política do SNS em cada local e a cada momento. Podem ainda ser orientações de Instituições internacionais como a OMS, por exemplo Werneck, Faria & Campos (2009).

1.4.1.4 Importância dos Protocolos de organização em Saúde

Segundo Werneck, Faria & Campos (2009), os protocolos são instrumentos importantes para o desenvolvimento das ações de saúde:

- Na organização do processo de trabalho e na construção do modelo de atenção;
- Na padronização de rotinas de trabalho, procedimentos e fluxos internos e externos numa US;
- Na utilização científica de procedimentos e ações, bem como na introdução de novos conhecimentos, métodos e insumos;
- Na implementação de medidas para aumentar o acesso (acolhimento, visitas domiciliárias, ações intersectoriais);
- No estabelecimento de relações mais efetivas com os usuários;
- Na produção de indicadores e no estabelecimento de metas, propiciando um processo mais efetivo de planeamento e avaliação.

1.4.1.5 Protocolos de Organização dos serviços na Saúde Reprodutiva segundo a OMS

1.4.1.5.1 Princípios gerais e diretrizes para a atenção obstétrica e neonatal.

O manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério – atenção de qualidade e humanizada da OMS (MINSAB, 2006) refere o seguinte:

A atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais à qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos.

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, os serviços devem ser organizados para atender às reais necessidades da população alvo, através da utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos mais adequados e disponíveis.

As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da US, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação destas ações sobre a saúde materna e perinatal.

O atendimento deve ser feito de forma humanizada. Entende-se por humanização, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde – usuários (as), trabalhadores (as) e gestores (as); fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos; a corresponsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas.

Estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contrareferência, considerando os seguintes critérios:

- Vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades/ hospitais, conforme definição do gestor local;
- Garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido e atenção puerperal, com estabelecimento de critérios mínimos para o funcionamento das maternidades e unidades de saúde;
- Captação precoce de gestantes na comunidade;
- Garantia de atendimento a todas as gestantes que procurem os serviços de saúde;
- Garantia da realização dos exames complementares necessários;
- Garantia de atendimento a todas as parturientes e recém-nascidas que procurem os serviços de saúde e garantia de internamento, sempre que necessário;

- Garantia de acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto;
- Incentivo ao parto normal e à redução da cesárea desnecessária;
- Vinculação à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal, de modo a garantir a internação da parturiente e do recém-nascido nos casos de demanda excedente;
- Transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
- Garantia de atendimento das intercorrências obstétricas e neonatais;
- Atenção à mulher no puerpério e ao recém-nascido.
- Avaliação das ações da assistência;

1.4.1.6 Protocolos como Instrumento de garantia da qualidade nos Serviços da Saúde

Protocolo pode, por seu caráter científico, significar a garantia permanente de avanços, imprimindo melhor qualidade às ações de cuidado e de gestão. Ou mesmo permitir a redução de gastos desnecessários Werneck, Faria & Campos (2009).

Para Santos (2009), qualidade é “um conjunto de características de uma entidade que lhe conferem aptidão para satisfazer necessidades explícitas e implícitas ao cliente”.

Ainda segundo Santos (2009), Em saúde, qualidade pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível.

O manual sobre o estudo do acesso aos cuidados de Saúde primário da Entidade Reguladora da Saúde de Portugal (2009) inclui no conceito da qualidade em saúde, dimensões como: proximidade, capacidade, adequabilidade e aceitabilidade nos serviços de saúde.

A Proximidade é definida como a localização geográfica dos serviços de saúde e ajusta-se à distribuição geográfica dos utentes. Refere-se à percentagem da população residente a uma distância suficientemente próxima da rede e a densidade da rede, ou seja, o número de Centros de Saúde e extensões por quilómetro quadrado.

A Capacidade refere-se à existência de serviços suficientes para atender às necessidades dos utentes. Diz respeito à Capacidade de resposta da rede (médicos por habitante) e à sua comparação com a procura potencial.

A Adequabilidade está relacionada com a organização dos cuidados de saúde e atende às restrições e preferências dos utentes. Trata-se da satisfação do utente relativamente ao atendimento: horário de funcionamento, tempo de espera, facilidade de marcação de consultas ou processo de marcação.

Por fim, a Aceitabilidade permite perceber se a organização dos cuidados de saúde vai ao encontro das necessidades e expectativas dos utentes. Trata-se do conforto das instalações, higiene das instalações, adequação da informação prestada e motivações para prescindir dos funcionários.

Pisco Luis et al (2001), definem e caracterizam qualidade nos serviços da saúde de seguinte maneira:

A qualidade na saúde tem algumas características que a diferenciam de outros setores:

- trata-se de satisfazer e diminuir as necessidades, e não de responder à procura oferecendo mais;
- É pró-ativa para prevenir e dar resposta, e não para a procura de novas oportunidades de mercado;
- Tem de reunir integralidade, como atributos, a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única da aceitabilidade.

Por outro lado e segundo os referidos autores, existe hoje, a legítima expectativa por parte dos cidadãos e da comunidade, em geral, de que os cuidados de saúde sejam de qualidade: aceitáveis, adequados e efetivos, com baixo risco e custos socialmente suportáveis. Já não basta o «fazemos o nosso melhor», é necessário que existam mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e demonstrar se os recursos são usados adequadamente e se é obtida a melhor qualidade possível.

Assim, de entre as várias proposições para definir o conceito de qualidade na saúde, há algumas, que atualmente parecem as mais adequadas e reúnem o maior consenso Luis Pisco (2001):

Heater Palmer define a qualidade como «um conjunto de atividades destinadas a garantir serviços acessíveis e equitativos com prestações profissionais ótimas, tendo em conta os recursos disponíveis e conseguindo a adesão e satisfação dos utentes para os cuidados prestados».

Já OMS identifica como componentes da qualidade dos cuidados de saúde os seguintes: elevado grau de excelência profissional; eficiência na utilização dos recursos; riscos mínimos para os utentes; satisfação para os utilizadores e resultados de saúde obtidos.

Com estes conceitos concluiu-se que as dimensões da qualidade são designadamente a acessibilidade e a equidade, a eficiência e a efetividade, a satisfação das expectativas dos cidadãos e dos profissionais com realce os resultados e os processos cuja existencia é fundamental para enquadrar o desenvolvimento da qualidade.

Capítulo 2

Aspetos Metodológicos

2.1 Objetivos

Importa aqui relembrar que o objetivo deste trabalho era descrever e compreender a realidade da organização dos serviços Materno-infantis na Província do Cunene, em Angola, através da análise da existência de protocolos normativos quanto à organização dos cuidados assistenciais.

Para tal, foi necessário estimar:

A prevalência de protocolos de organização dos serviços e a análise da distribuição das UASR e RH (qualitativa e quantitativamente), na sua relação com características sócio-demográficas da população quanto à acessibilidade e equidade geográficas.

2.2 Descrição do Estudo

Este estudo teve início numa análise documental baseada na prevalência de protocolos nas unidades de atendimento a saúde reprodutiva.

Posteriormente, fez-se uma análise qualitativa e quantitativa dos recursos (humanos e estruturais) necessários para o cumprimento dos protocolos de organização dos serviços, nos casos em que estes existam bem como a sua distribuição nas UASR.

Assim, foi realizada uma recolha de dados durante os meses de Agosto, Setembro e Outubro de 2013 e Janeiro, Fevereiro e Março de 2014 em 32 das 33 US que possuem serviços de atendimento a SR, com o objetivo de avaliar a existência e a utilização de protocolos normativos quanto à organização dos cuidados assistenciais, bem como a análise quantitativa e qualitativa das US que atendem a SR tendo em conta a acessibilidade com as suas UR .

Inicialmente, trabalhou-se com os chefes de Repartições Municipais de Saúde dos seis Municípios da província de Cunene. Em seguida, foram inquiridos 32 responsáveis das US pertencentes aos seis Municípios e às 18 Comunas, que realizam serviços de ASR na Província do Cunene.

2.3 Tipo de Estudo e Instrumentos de Medida

Foi realizado um estudo descritivo, observacional e transversal utilizando-se como instrumento de medida o questionário (Apêndice I).

Os dados retirados dos questionários foram agrupados e apresentados recorrendo ao utilitário Microsoft Office Excel 2007. A apresentação dos dados recolhidos encontra-se resumida nos Apêndices III e IV.

Como critérios de inclusão foram consideradas no estudo 32 das 33 UASR na Província do Cunene. A USR de Kalueke, no Município de Ombadja, foi excluída devido às condições de acessibilidade. Era quase impossível pelas condições da estrada, principalmente na época onde foi feita a recolha, que as chuvas foram abundantes.

2.4 Variáveis do Estudo

No estudo foram tidos em conta:

1. Localização geográfica e politico/administrativa da Unidade;
2. O pessoal, em particular o número e qualificação dos técnicos que trabalham nas USR;
 - 2.1 O número de técnicos formados na área da SR;
 - 2.2 A qualificação académica e técnica dos Gestores das US;
3. A população com idade igual ou inferior cinco anos no universo dos habitantes da província do Cunene/município;
4. As mulheres em idade fértil no universo dos habitantes da província do Cunene/município;
5. A distância entre unidades homólogas e com a unidade de referência;
6. O número médio de pessoas atendidas no período de um ano, tendo como referência o ano de 2013;
7. Demora máxima do paciente mais distante;
8. Estado de vias de comunicação;
9. Horário de atendimento;
10. Tipo de marcação de consultas;
11. Existência e/ou acessibilidade do/ao protocolo/normas de organização;
12. Serviços prestados por US em estudo.

2.5 Caracterização da Amostra

Para uma melhor compreensão e análise da distribuição das UASR, estas foram divididas pelos Municípios a que correspondem.

Assim foram considerados os seis Municípios da Província de Cunene: Cuanhama, com catorze UASR; Namacunde, com três; Ombadja, com dêz; Cahama, com uma; Cuvelai, com três; e Curoca, com uma, conforme mostra a Tabela 4.

Tabela 4 – Resumo das UARS em estudo.

Município	Unidade de Atendimento de Saúde Reprodutiva
Cuanhama	CS Evale
	CS Kakuluvale
	CS Mongua
	CS Nehone
	HG Ondjiva
	CS Oshimolo
	CS Missão Católica de Mongua
	PS Ondova
	CS Oshakati
	PS Oshiunga
	PS Bulunganga
	PS Kashila
	CS Onahumba
	CS Onameva
Namacunde	HM Namacunde
	CS Chiedi
	CS Santa Clara
Ombadja	HM Chiulo
	CS Okanautoni
	CS Shangalala
	CS Humbe
	CS Mukope
	PS Naulila
	PS Ndeitotela
	CS Ombalayomungo
	CS Onepolo
Cahama	HM Xangongo
	HM Cahama

Cuvelai	HM Mukolongondjo
	PS Kanganda
	CS Mupa
Curoca	HM Curoca
TOTAL	32

Capítulo 3

Apresentação dos Resultados

Conforme se pode verificar na caracterização da amostra existe uma grande discrepância entre o número de UASR entre cada Município. Deste modo, este estudo aborda duas perspetivas, uma mais geral, que estuda a Província de Cunene dividida pelos seus seis Municípios e, posteriormente, será estudado cada um deles em pormenor.

3.1 Análises das Unidades de Atendimento de Saúde Reprodutiva da Província de Cunene

3.1.1 Caracterização da População coberta pelas Unidades de Saúde

Do número estimado da população da Província do Cunene no ano de 2008 (762.529 habitantes), 87,1% (664.000,52 habitantes, valor estimado) é atendida nas UASR. Destes, 389.941,77 (valor estimado) corresponderam às mulheres em idade fértil e 374.066,06 (valor estimado) tinham menos de cinco anos de idade. Estes valores revelam ser muito superiores se comparados com os apresentados no quadro dos indicadores da saúde reprodutiva na Província do Cunene (Apêndice II) que mostra números estimados de 160.131,09 e 152.498,17, mulheres em idade fértil e crianças com menos de cinco anos respetivamente.

Tabela 5 – Resumo da caracterização da População coberta pelas Unidades de Saúde

Municípios	População coberta por Unidade de Saúde		População em Idade Fértil		População com idade < 5 anos	
	N	%	N	%	N	%
Namacunde	193.894	8	40.718	10	38.778	10
Cuanhama	1.618.592	66	219.420	56	208.964	56
Ombadja	374.714	15	78.504,89	20	74.692,97	20
Cahama	63.548	3	13.345	3	12.709	3
Curoca	45.489	2	9.097	2	9.553	3
Cuvelai	142.006	6	28.856	7	29.362,92	8
Total	2.438.243	100	389.941,42	100	374.060,06	100

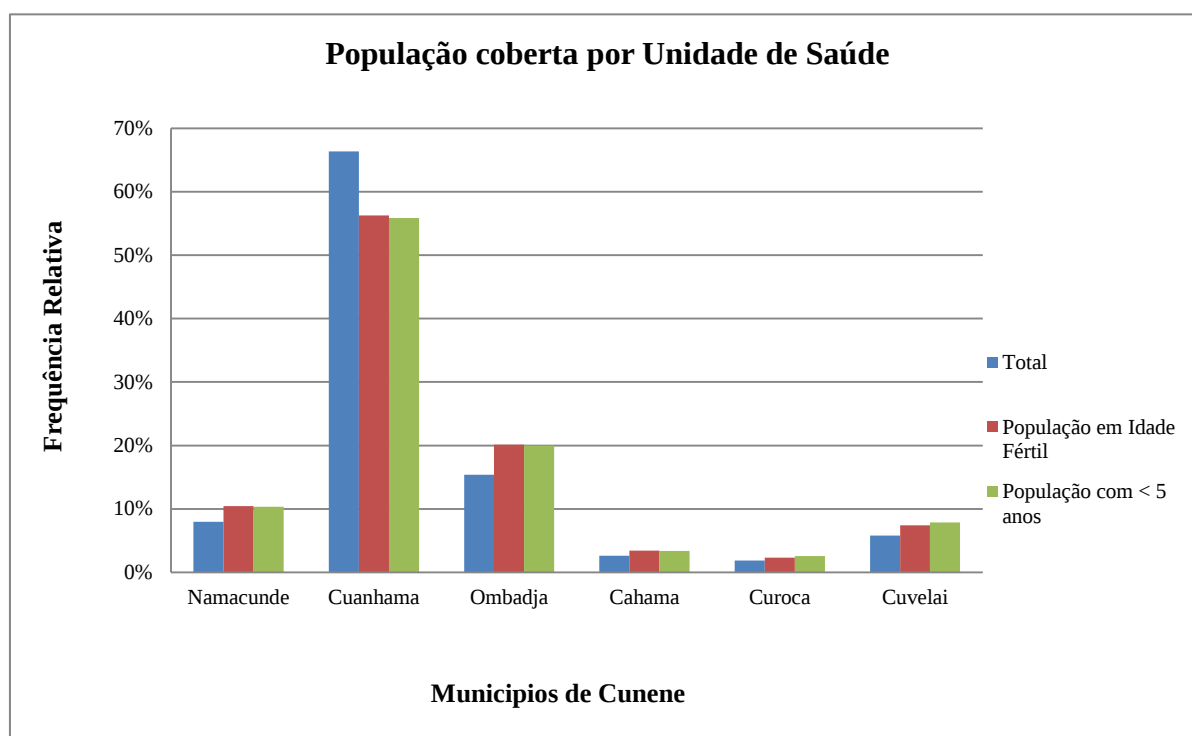


Figura 3 – Representação gráfica da frequência relativa da população coberta pelas Unidades de Saúde.

O gráfico mostra que o Município com maior população corresponde ao que tem também o maior número de US, Cuanhama. No polo oposto estão os Municípios de Cahama e Curoca, que têm apenas uma US cada um.

As principais unidades de referência encontram-se resumidas na Tabela 6. Note-se que a Unidade de Referência que serve de recurso para a maioria dos Municípios é o Hospital Geral de Ondjiva (unidade de 2ª referência), que corresponde à unidade da capital da Província.

Por uma questão de distância, em dois dos casos os hospitais de referência pertencem à República da Namíbia.

Tabela 6 – Unidades de Referência

Municípios	Unidade de Referência
Namacunde	HG Ondjiva (2); HM Namacunde (1)
Cuanhama	HG Ondjiva (12); H Engela (R. Namíbia) (1); CS Oshimolo
Ombadja	HM Ombadja (8); H Ombalanu (R. Namíbia) (1); HG Ondjiva (1)
Cahama	HG Lubango (Provincia da Huila) (1)
Curoca	HG Ondjiiva (1)
Cuvelai	HG Ondjiva (1); HM Cuvelai (2)

Nota: Os algarismos entre parêntesis correspondem ao número de US que têm como referência aquela unidade

Em relação à distância até à Unidade de Referência, a média é de 58,25 Km.

Note-se que para os Municípios da Cahama e Curoca são mostrados valores absolutos, pois cada um deles possui apenas uma Unidade de Saúde.

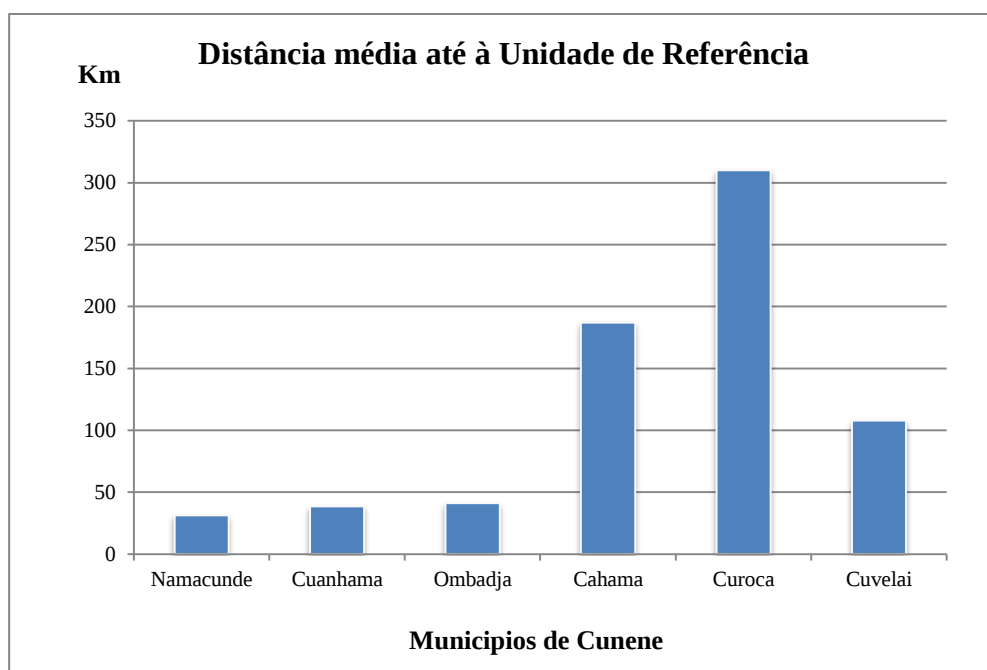


Figura 4 – Representação gráfica da distância média até à Unidade de Referência.

Conforme se verifica na Figura 4, as distâncias médias dos primeiros três Municípios – Namacunde (31 km), Cuanhama (39 km) e Ombadja (41 km) – não chega a 50 km e o que é claramente favorável em relação aos Municípios de Cahama (187 km) e Curoca (310 km), os que possuem valores superiores. Cuvelai apresenta uma média de 108 km de distância.

No que diz respeito à demora máxima do paciente que se encontra mais distante da US é de 13,05 horas. Também neste caso e pelas mesmas razões Cahama e Curoca apresentam valores absolutos.

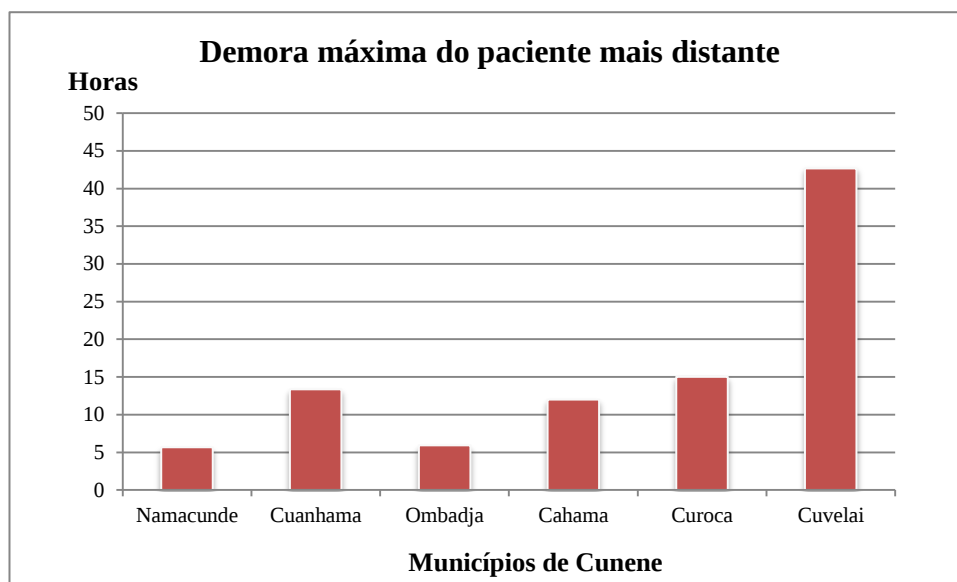


Figura 5 – Representação gráfica da demora máxima do paciente mais distante à US.

Verifica-se que a demora máxima do paciente mais distante é de aproximadamente dois dias (43h), para o Município de Cuvelai. Cuanhama, Cahama e Curoca apresentam valores de 13, 12 e 15h, respetivamente. Já Namacunde e Ombadja são os que mostram valores mais baixos, com 5,67 e 5,90h, respetivamente.

Quanto à distância entre USs homólogas mais próximas, a média total é de 28,23 Km, mantendo-se os valores absolutos para os Municípios de Cahama e Curoca.

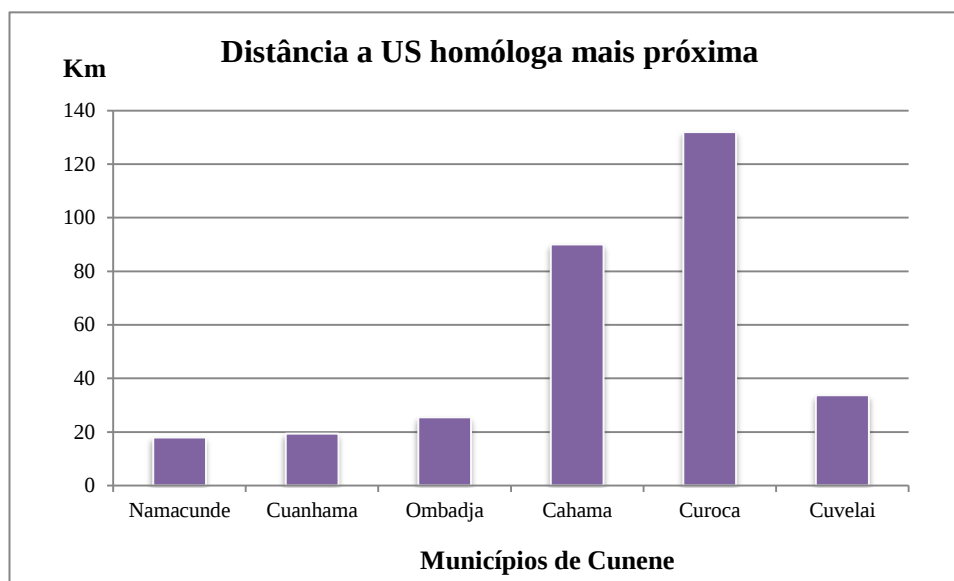


Figura 6 – Representação gráfica da distância à Unidade de Saúde homóloga mais próxima.

A Figura 6 mostra que a distância entre US homólogas mais próximas, varia entre 90 e 132 km, para os Municípios mais distantes - Cahama e Curoca, respetivamente – e 18, 19, 25,5 e 33,67 km, para Namacunde, Cuanhama, Ombadja e Cuvelai, respetivamente.

Para além da distância e da demora, e uma vez que a recolha de dados foi realizada no terreno, há também que ter em conta o estado nas vias de comunicação, que foi classificada em bom, suficiente, mau e péssimo.

Tabela 7– Estado das vias de Comunicação

Municípios	Estados das Vias de Comunicação			
	Bom	Suficiente	Mau	Péssimo
Namacunde		2		1
Cuanhama	2	7	2	3
Ombadja		3	4	3
Cahama		1		
Curoca				1
Cuvelai		1		2

Assim, verifica-se que em apenas duas US é que as vias de comunicação se podem considerar boas. Para 14 delas, as vias foram classificadas como suficientes, seis são más e dez são de uma péssima acessibilidade.

3.1.2 Funcionários das Unidades de Saúde

Os funcionários (técnicos) que atendem nas USR somaram um total de 880, onde se incluem 87 médicos, 27 técnicos de enfermagem e 512 auxiliares de enfermagem. Destes, apenas 21 têm formação em Saúde Reprodutiva.

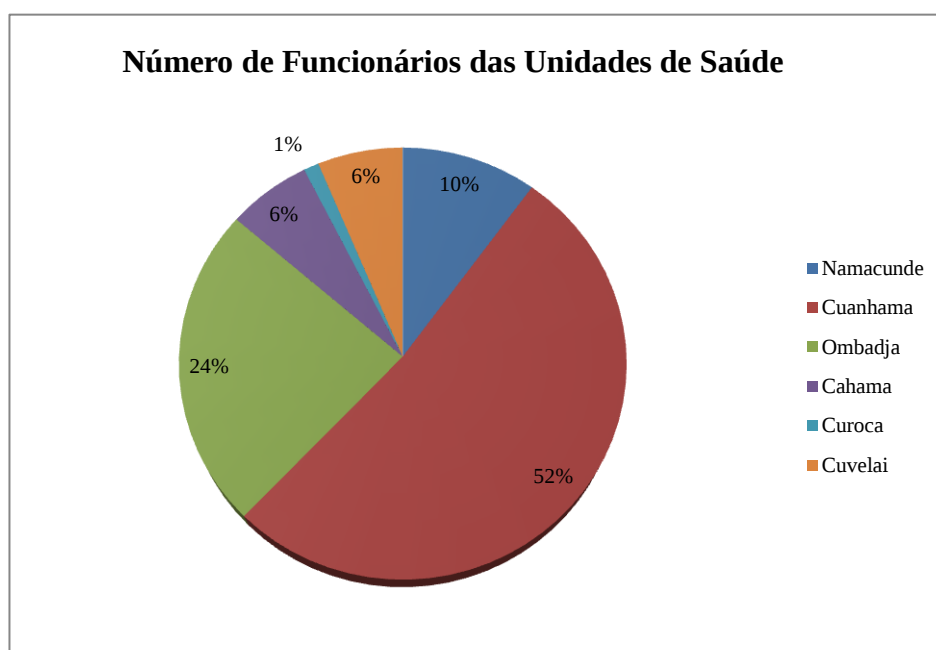


Figura 7 – Representação gráfica da frequência relativa do Número de Funcionários das Unidades de Saúde.

Conforme se observa na Figura 7, o Município de Cuanhama é o que possui maior número de funcionários com 458, seguido de Ombadja com 212 funcionários, o que era expectável visto ser os que registam maior número de US. Namacunde, Cahama e Cuvelai possuem menos funcionários, com 89, 55 e 56, respetivamente, mas o Município com menos funcionários é Curoca, com apenas 10.

Em relação à qualificação técnica dos Responsáveis pelas Unidades de Saúde, esta varia entre 4 (12,5%) médicos de medicina geral, 16 (50%) técnicos de enfermagem, 10 (31,25%) e auxiliares de enfermagem 2 (6,2%) outros.

Tabela 8 – Qualificação Técnica dos Responsáveis pelas Unidades de Saúde.

Municípios	Medicina Geral	Técnico de Enfermagem	Auxiliar de Enfermagem	Outros
Namacunde	1	1	1	
Cuanhama	1	10	3	
Ombadja	1	3	5	1
Cahama	1			
Curoca				1
Cuvelai		2	1	
Total	4	16	10	2

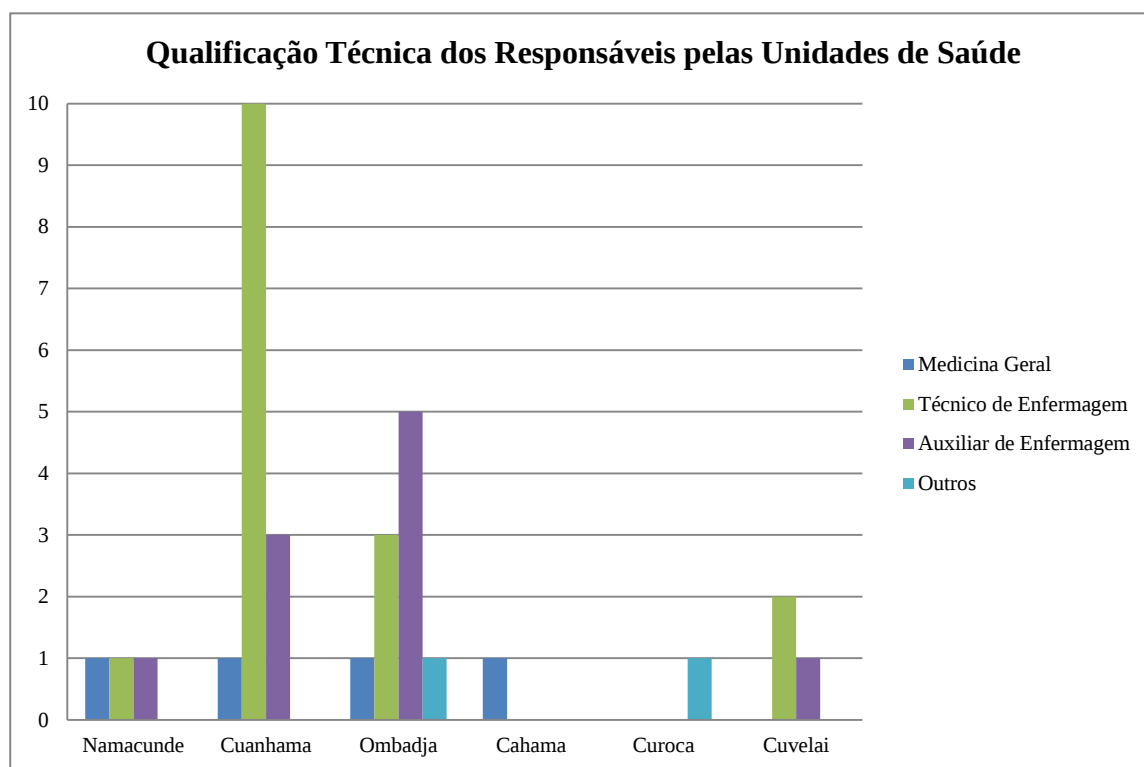


Figura 8 – Representação gráfica da qualificação técnica dos responsáveis pelas Unidades de Saúde.

De acordo com a figura acima apresentada, a maior parte dos funcionários responsáveis pelas US possuíam formação na área de enfermagem, dado que a maior parte das unidades não têm médicos.

De referir que em duas das US a formação dos seus responsáveis foi definido como “outros”, apenas para facilitar a sua interpretação gráfica. Porém, no caso do Hospital de Chiulo, em Ombadja, o responsável é um técnico formado em Saúde Reprodutiva e no Hospital Municipal de Curoca, em Curoca, o responsável é um técnico de contabilidade e estatística.

3.1.3 Atendimento nas Unidades de Saúde

A maioria das UASR estudadas, excetuando o serviço de parto que atende 24/24h, registou um horário de atendimento das 8h às 15h, com exceção de Ondjiva, no Município de Cuanhama, cujo atendimento é feito no Hospital Geral e onde o horário se prolonga até às 15h30m.

Em relação à marcação de consultas, em todas as UASR é necessário fazê-lo de forma presencial.

Quanto ao número médio de pessoas atendidas, e tomando por base de referência o ano de 2013, registaram-se 114.450 atendimentos, dos quais 59.385 corresponderam a CPN, 10.021 ao PF, 5.728 partos e 34.053 consultas de puericultura, conforme resume a Tabela 9.

Naturalmente espera-se que os Municípios com maior número de US tenha uma maior afluência de pessoas atendidas, uma vez que as frequências relativas calculadas se relacionam com o total de atendimento para cada uma das consultas.

Tabela 9 - Número médio de Pessoas atendidas

Municípios	Consulta Pré-Natal		Planeamento Familiar		Partos		Puericultura		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Namacunde	1413	2	633	6	755	22	7529	22	10328	9
Cuanhama	25724	43	6051	60	4566	46	15578	46	51919	45
Ombadja	23275	39	2689	27	4738	15	5238	15	35940	31
Cahama	4842	8	562	6	647	13	4263	13	10314	9
Curoca	1198	2	0	0	104	3	972	3	2274	2
Cuvelai	2933	5	86	1	181	1	475	1	3675	3
Total	59385	100	10021	100	10991	100	34055	100	114450	100

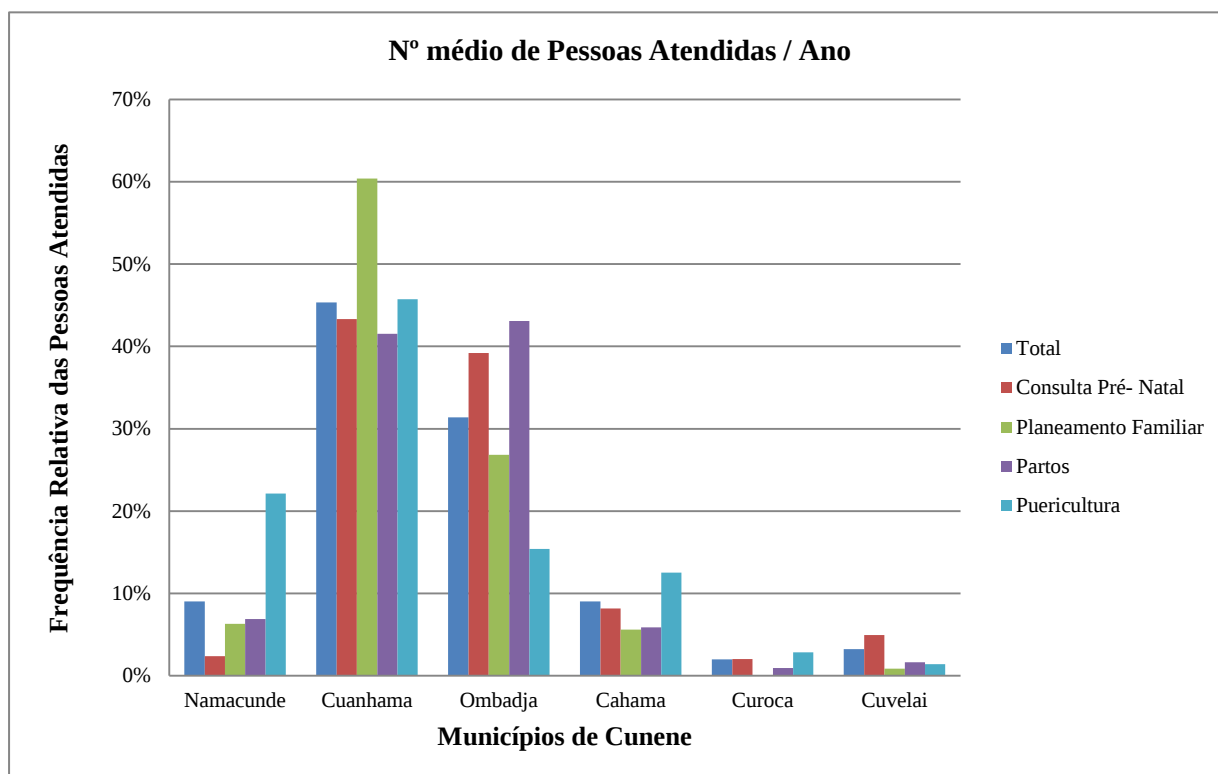


Figura 9 – Representação gráfica do número médio de pessoas atendidas para cada uma das consultas relacionadas com a saúde materno-infantil.

Assim, segundo a Figura 9, os Municípios de Cuanhama e Ombadja são os que possuem valores de atendimento mais significativos, devido ao número de US que cada uma tem – 14 e 10 respetivamente.

No que diz respeito à existência de Protocolos, este estudo debruçou-se em particular sobre os procedimentos/normas (Protocolos de organização dos serviços). De salientar que, apesar de nem sempre existirem protocolos, há um esforço de sentido de cumprir estes princípios. Ou seja, são oferecidos os serviços de CPN, PF, Parto e Puericultura e os técnicos que os realizam (embora muitos deles não estiverem habilitados para o efeito). A existência destes serviços está comprovada não apenas através de entrevistas, mas também através da existência de recursos estruturais (salas próprias e documentação-arquivos e relatórios). Assim, para facilitar a interpretação, os próximos gráficos mostram do lado esquerdo a existência de Protocolos nas consultas pré-natais, planeamento familiar, parto e puericultura e do lado direito à existência dos serviços mesmo com ausência física dos instrumentos (protocolos).

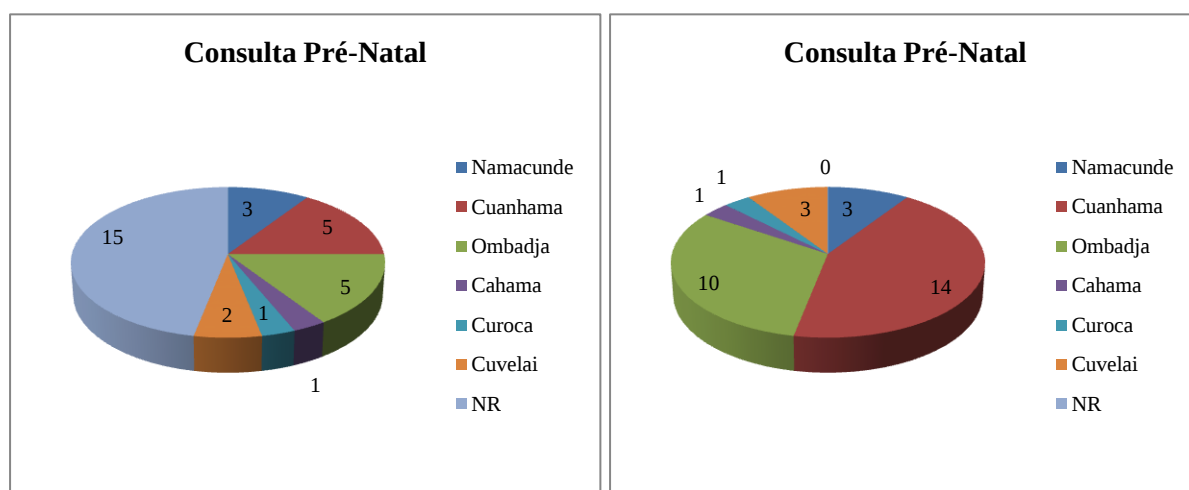


Figura 10 – Representação gráfica da existência de protocolos de consulta pré-natal, à esquerda, e a existência deste serviço, à direita.

De acordo com a Figura 10, verifica-se que quase metade das unidades (47%) não refere (NR) possuir protocolos/instrumentos orientadores de consulta pré-natal. Das US que as possuem, Cuanhama e Ombadja são as que parecem ter em maior número, pois são também as que têm o maior número de US nos seus municípios.

Apesar de não existirem protocolos/instrumentos orientadores, no caso das consultas pré-natais, o gráfico mostra que existem serviços em todas as 32 US estudadas.

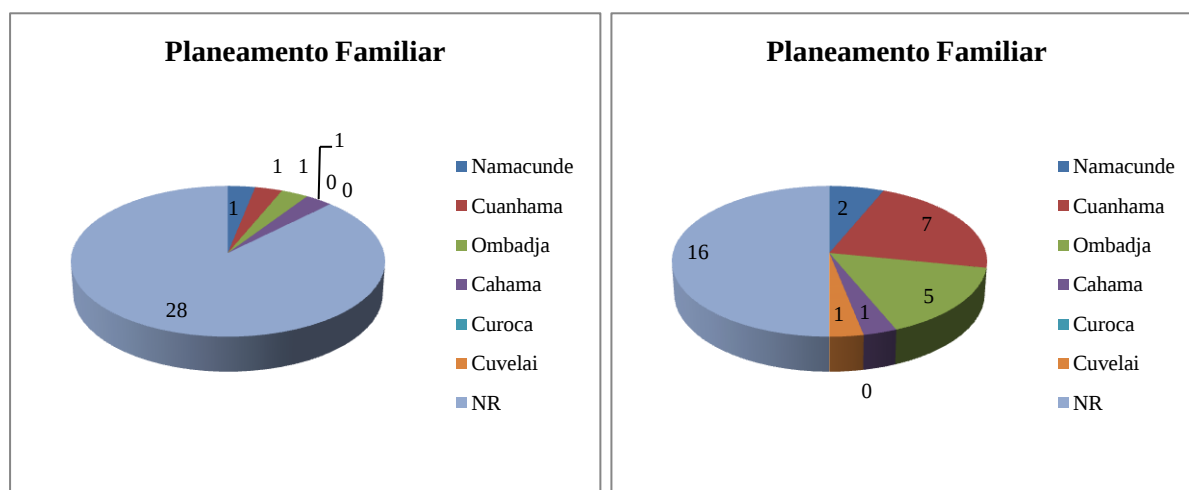


Figura 11 – Representação gráfica da existência de protocolos de consulta de planeamento familiar, à esquerda, e a existência deste serviço, à direita.

Conforme mostra a Figura 11, a maior parte das US não possuem protocolos que orientem os procedimentos nas consultas de planeamento familiar (88%). Apesar disso,

algumas unidades possuem serviços implantados, no entanto existe ainda uma percentagem elevada que não oferece estes serviços (47%).

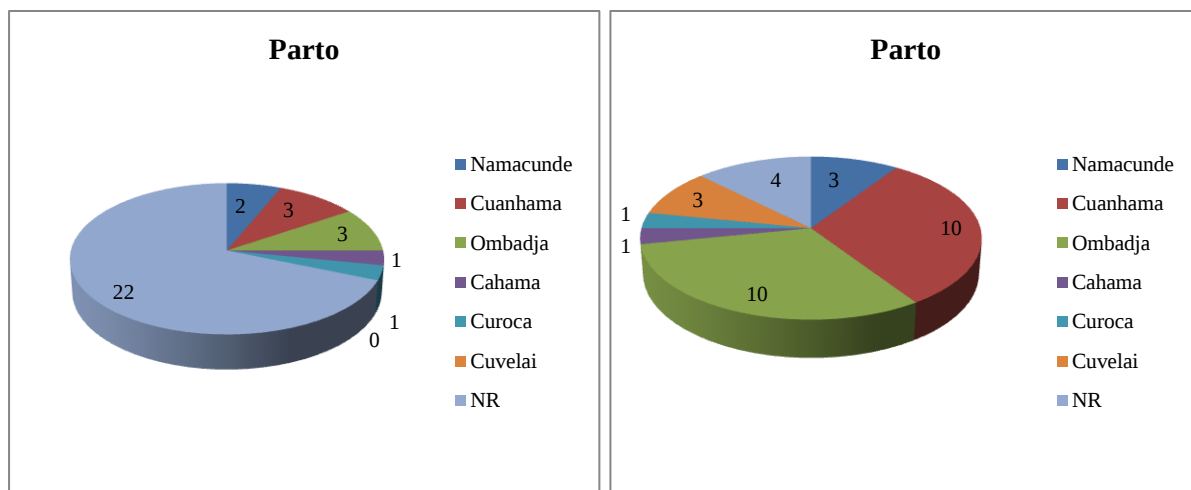


Figura 12 – Representação gráfica da existência de protocolos/normas orientadoras para o parto, à esquerda, e a existência deste serviço, à direita.

Em relação às normas e procedimentos (protocolos) orientadores para o parto, apesar de oficialmente não existirem na maior parte dos Municípios (69%), há um esforço no sentido de os implantarem na sua maioria, exceção feita a apenas quatro deles (Figura 12)

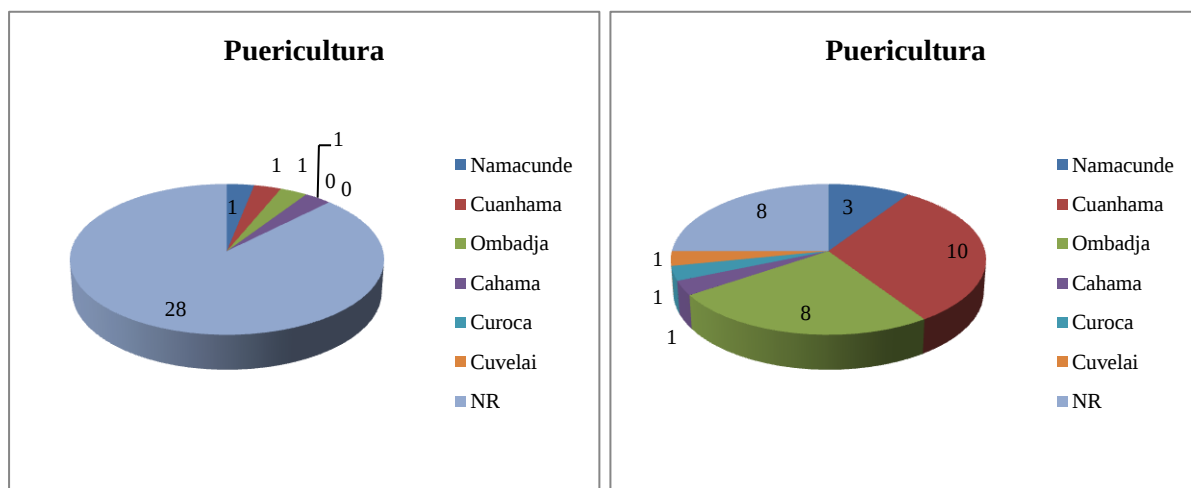


Figura 13 – Representação gráfica da existência de protocolos orientadores de consulta de puericultura, à esquerda, e a existência deste serviço, à direita.

A Figura 13, que se refere às consultas de puericultura, mostra que a maior parte dos Municípios não possui procedimentos e normas (Protocolos) para este serviço (88%).

No entanto, estas consultas são realizadas numa percentagem elevada (75%) de Municípios.

No que concerne às referências, de seguida apenas será apresentado o gráfico da sua realização, uma vez que só existem referências orientadoras no atendimento no Hospital Municipal de Chiulo, em Ombadja.

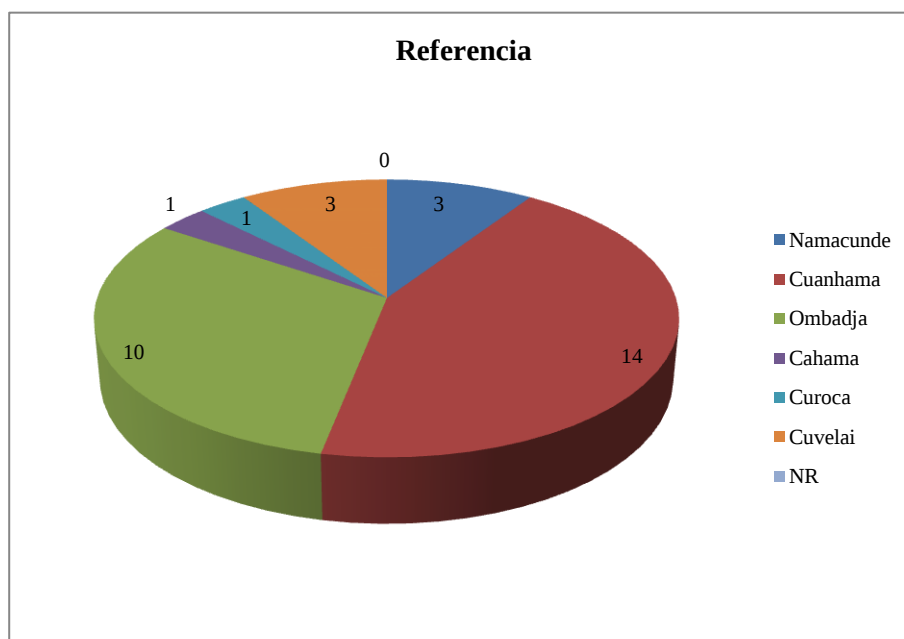


Figura 14 – Representação gráfica da existência de referências orientadoras no atendimento.

Assim, conforme se verifica na figura 14, todas as US fazem um esforço no sentido de cumprir estes requisitos.

Relembra-se que a maior parte das UASR estudadas não se dispõem de protocolos de atendimento embora que os serviços são implantados. No entanto, os poucos instrumentos/protocolos que existem não são da elaboração local e/ou nacional. Ou seja, são instrumentos do carácter internacional (OMS) ou então pequenos folhetos que contêm conteúdos destes.

3.2- Análise das Unidades de Atendimento de Saúde Reprodutiva de cada um dos Municípios da Província de Cunene.

Conforme foi referido anteriormente, existe uma discrepância entre o número de UASR de cada Município, com 14 unidades para Cuanhama, 10 para Ombadja, 3 para Namacunde e Cuvelai e apenas 1 para Cahama e Curoca.

Por esse motivo, não é possível apresentar qualquer estudo estatístico nos Municípios de Cahama, que é servido pelo Hospital Municipal de Cahama – cobrindo um total de 63.548 habitantes, sendo 13.345 mulheres em idade fértil e 12.709 crianças com idade inferior a cinco anos -, e de Curoca, na Comuna de Onkokwa, cujo hospital de referência é o Hospital Municipal de Curoca, que cobre um total de 45.489 habitantes, encontrando-se 9.097 mulheres em idade fértil e 9.553 crianças com menos de cinco anos.

3.2.1 Caracterização da População coberta pelas Unidades de Saúde

- **Namacunde**

Segundo se pode verificar na tabela abaixo (Tabela 10), Namacunde possui um Hospital Municipal, em Namacunde, e dois Centros de Saúde, Chieldi e Santa Clara, que juntos cobrem um total de 193.894 pessoas.

Tabela 10 – Resumo da caracterização da População coberta pelas Unidades de Saúde de Namacunde.

Unidades de Saúde	População coberta por Unidade de Saúde		População em Idade Fértil		População com idade < 5 anos	
	N	%	N	%	N	%
HM Namacunde	114.689	59	24.085	59	22.937	59
CS Chieldi	63.405	33	13.315	33	12.681	33
CS Santa Clara	15.800	8	3.318	8	3.160	8
Total	193.894	100	40.718	100	38.778	100

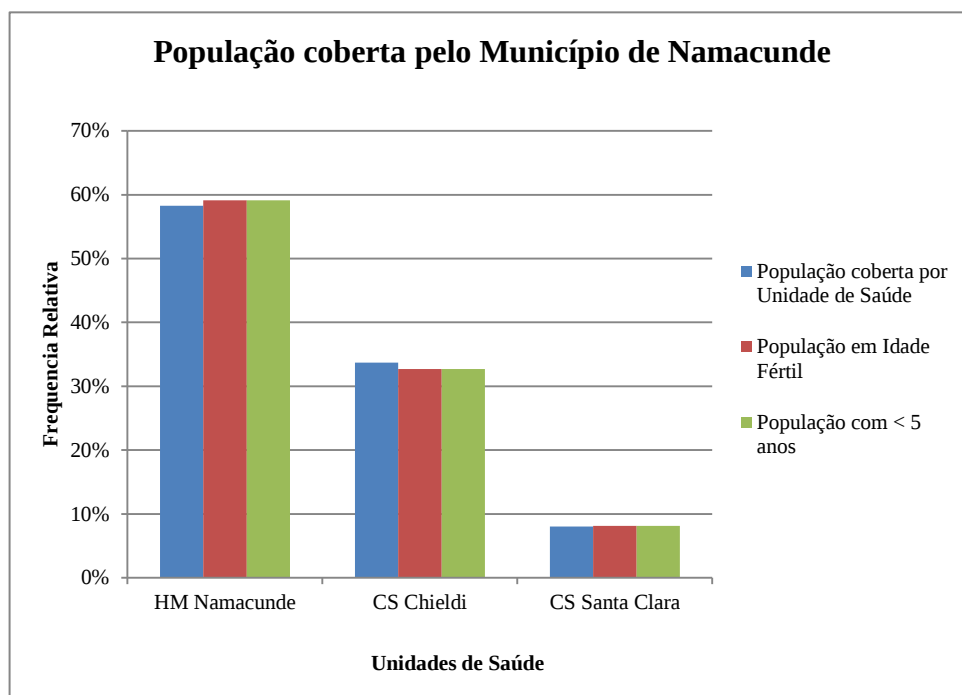


Figura 15 – Representação gráfica da frequência relativa da população coberta pelo Município de Namacunde.

Como seria expectável, pela quantidade de população coberta e pela sua dimensão, o Hospital municipal de Namacunde é o que maior registo de entradas mostra, com 59%.

- **Cuanhama**

Cuanhama é o Município com maior número de UASR, com um Hospital Geral em Ondjiva, nove Centros de Saúde – Evale, Mongua (sede), Kakuluvale, Oshimolo, Mongua (Missão Católica), Oshakati, Nehone, Onahumba e Onameva – e quatro Postos de Saúde – Ondova, Oshihuunga, Bulunganga e Kashila -, que no total cobrem 1.618.592 habitantes.

Tabela 11- Resumo da caracterização da População coberta pelas Unidades de Saúde de Cuanhama.

Unidades de Saúde	População coberta por Unidade de Saúde		População em Idade Fértil		População com idade < 5 anos	
	N	%	N	%	N	%
CS Evale	22.163	1	4.654	2	4.433	2
CS Mongua	63.155	3.9	13.296	6	12.663	6
CS Kakuluvale	13.578	1	2.851	1	2.715	1
HG Ondjiva	762.529	47	160.131	73	152.498	73
CS Oshimolo	16.144	1	3.390	2	3.229	2
CS da Missão Católica	63.000	4	13.230	6	12.600	6
PS Ondova	17.400	1	3.654	2	3.480	2
CS Oshakati	4.309	0	90	0	86	0
PS Oshihunga	14.550	1	3.055	1	2.910	1
PS Bulunganga	17.079	1	3.586	2	3.415	2
PS Kashila	11.934	1	2.506	1	2.386	1
CS Nehone	35.687	2	7.494	3	7.137	3
CS Onahumba	6.000	0	1.260	0	1.200	0
CS Onameva	1.064	0	223	0	212	0
Total	1.618.592	100	219.420	100	208.964	100

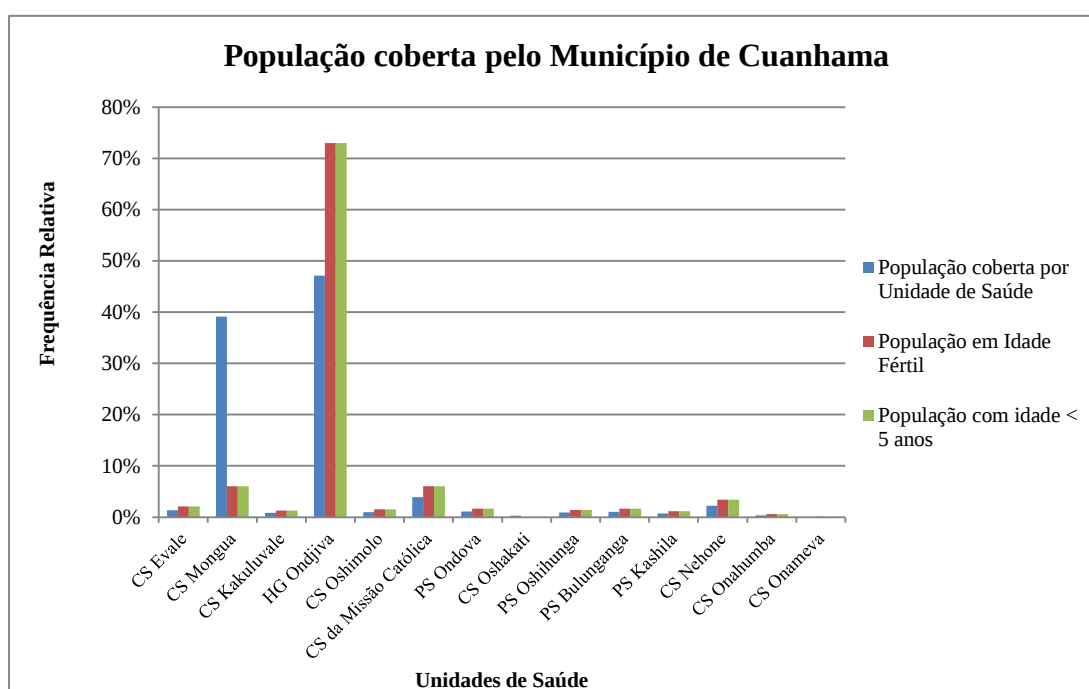


Figura 16 – Representação gráfica da frequência relativa da população coberta pelo Município de Cuanhama.

Conforme se pode verificar através da análise da Tabela 11 e da Figura16, destaca-se o Hospital Geral de Ondjiva, na capital da Província de Cunene, como o que cobre a maior parte da população (47%), seguido do Centro de Saúde de Mongua (39%), mostrando as restantes unidades valores pouco significativos.

Note-se que a população em idade fértil e com idade inferior a cinco anos é atendida em maior número no Hospital Geral de Ondjiva (73%).

- **Ombadja**

O Município de Ombadja contempla um total de dez UASR, onde se incluem dois Hospitais Municipais – Chiulo e Xangongo -, sete Centros de Saúde – Okanautoni, Shangalala, Humbe, Mukope, Naulila, Ombala Yomungo e Onepolo – e um Posto de Saúde, em Ndeitotela. Este Município cobre um total de 374.714 habitantes.

Tabela 12 – Resumo da caracterização da População coberta pelas Unidades de Saúde de Ombadja.

Unidades de Saúde	População coberta por Unidade de Saúde		População em Idade Fértil		População com idade < 5 anos	
	N	%	N	%	N	%
CS Okanautoni	969	0	20	0	19	0
CS Shangalala	11.000	3	2.310	3	2.200	3
CS Humbe	32.000	9	6.720	9	6.400	9
CS Mukope	69.905	19	14.680	19	13.908	19
CS Naulila	22.227	6	4.667	6	4.445	6
PS Ndeitotela	3.483	1	731	1	697	1
CS Ombala Yomungo	30.800	8	6.468	8	6.160	8
CS Onepolo	1.552	0	326	0	310	0
HM Chiulo	19.569	5	4.109	5	3.914	5
HM Xangongo	183.209	49	38.474	49	36.640	49
Total	374.714	100	78.505	100	74.693	100

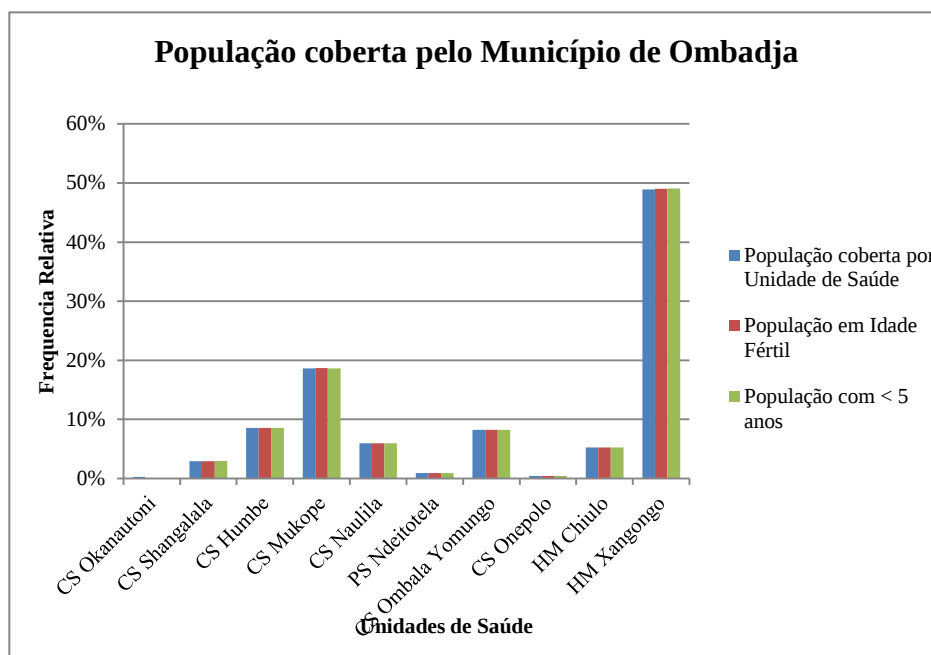


Figura 17 – Representação gráfica da frequência relativa da população coberta pelo Município de Ombadja.

Verifica-se que a US que cobre a maior percentagem de população é o Hospital Municipal de Ombadja em Xangongo (49%), seguido do Centro de Saúde de Mukope (19%). As restantes unidades apresentam valores pouco significativos.

- **Cuvelai**

Cuvelai é um Município que possui um total de três UASR, um Hospital Municipal, em Mukolongodjo, um Centro de Saúde, em Mupa, e um Posto de Saúde, em Kanganda (Kalonga), cobrindo um total de 142.006 habitantes.

Tabela 13 – Resumo da caracterização da População coberta pelas Unidades de Saúde de Cuvelai.

Unidades de Saúde	População coberta por Unidade de Saúde		População em Idade Fértil		População com idade < 5 anos	
	N	%	N	%	N	%
HM Mukolongonjo	96.352	68	19.269	67	20.234	69
PS Kanganda	9.720	7	2.041	7	1.944	7
CS Mupa	35.934	25	7.546	26	7.185	24
Total	142.006	100	7.546	100	29.363	100

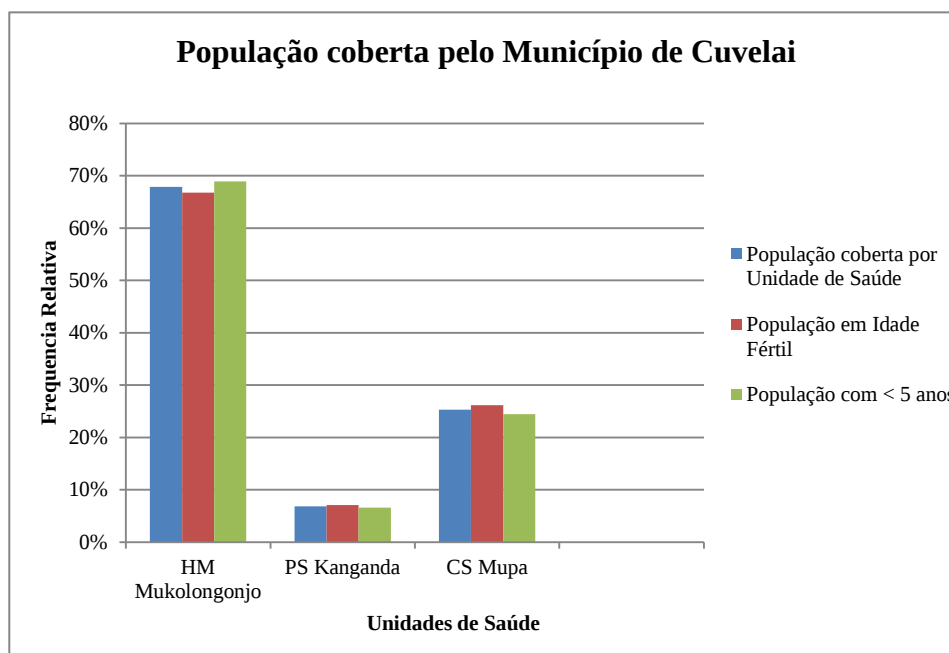


Figura 18 – Representação gráfica da frequência relativa da população coberta pelo Município de Cuvelai.

Como era expectável, pela sua dimensão, o Hospital Municipal de Cuvelai em Mukolongonjo é o que cobre maior população (68%), seguido do Centro de Saúde de Mupa (25%) e, por fim do Posto de Saúde de Kanganda (7%).

Conforme se verifica na maior parte dos casos, os hospitais municipais por serem US de referência municipais, são os que cobrem a maior parte da população, quer seja em idade fértil, quer seja com idade inferior a cinco anos, seguido dos centros de saúde e, por fim, os postos de saúde.

Por fim, resta identificar as principais sugestões recolhidas junto dos responsáveis da UASR.

Assim, foi sugerida a implementação dos principais instrumentos - Procedimentos/Normas e de Referenciação - para servirem como guias de orientação aos profissionais e a atualização contínua dos técnicos para a área da SR.

Foi também sugerido a alocação de mais RH em qualidades e quantidades suficientes, de modo a permitir a melhor utilização dos protocolos existentes. Este reforço de RH com formação adequada permitirá a criação de mais serviços de atendimento na área da SR.

Uma forma de formar estes RH é criar cursos de Saúde Sexual e Reprodutiva nas Escolas para Formação de Técnicos de Saúde (EFTS)

Para, além disso, sugere-se a criação de US de Referência Municipal para CS. Estas Unidades devem possuir requisitos definidos nas principais dimensões definidas para Unidades de Referência.

Por fim, foi sugerida a consciencialização pela importância do PF, uma vez que é uma atividade muito importante para o espaçamento de nascimentos, contribuindo, assim, para a redução da MMI, pelo que um CS não pode ser desprovido destes serviços.

Capítulo 4

Discussão dos Resultados

O estudo foi realizado na Província de Cunene, na República de Angola e teve por base um questionário (Apêndice - I), preenchido a partir de entrevistas feitas aos responsáveis das US. O processo de colheita de dados foi realizado em 32 UASR do total das 33 USR que constituem a Província.

Durante este processo, foram encontradas as informações pretendidas com maior facilidade nas áreas rurais. A referida facilidade, infelizmente, não foi encontrada na maioria das US, principalmente as das áreas urbanas e suburbanas, obrigando mesmo a aguardar por vários dias para ter acesso as mesmas. Outra dificuldade em destaque foi à acessibilidade limitada por acidentes naturais e pelo estado de conservação das estradas.

Em relação aos resultados obtidos após a análise estatística, e quanto à cobertura populacional das UASR, nota-se que, de acordo com a Tabela 5, os Municípios de Cuanhama e Ombadja, apresentaram a maioria da população em estudo (Mulheres em idade fértil e crianças com idade < 5 anos). Estas diferenças eram de esperar porque, estes municípios possuem o maior nº de habitantes conforme mostra o Apêndice II e a Figura 19.

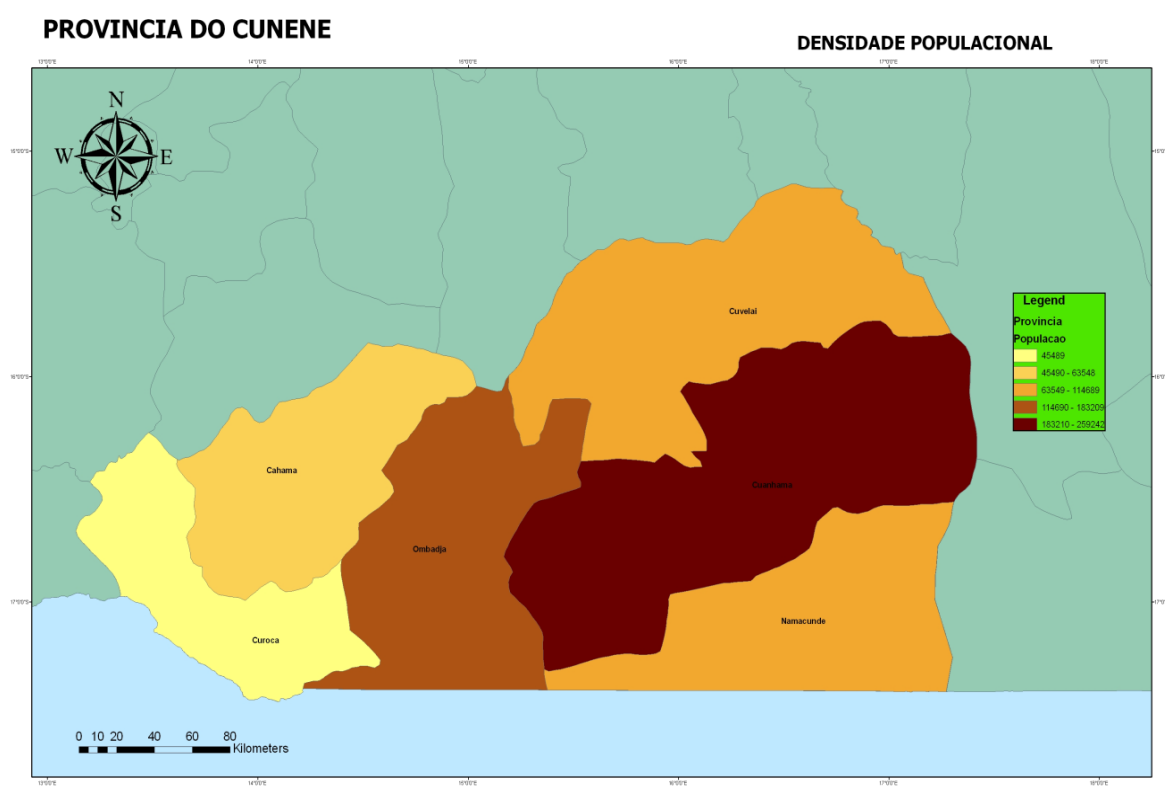


Figura 19 – Densidade Populacional da Província de Cunene.

Fonte: MINSA, 2010

No que diz respeito ao atendimento efetuado nas UASR, o ano de 2013 foi o período usado para estimar o número médio de pessoas que as UASR podem atender e os resultados mostraram que os Municípios de Cuanhama e Ombadja foram os que atenderam o maior número 45% e 31% respetivamente (Tabela. 10). No extremo oposto, foram os Municípios de Curoca (2%) e Cuvelai (3%). Nos Municípios de Curoca, Cuvelai e Cahama, as baixas frequências relativas podem ser derivadas de muitos fatores, entre eles, fatores culturais, e os relacionados com reduzidos recursos em quantidade e qualidade (RH e Estruturais).

Esta condição confirma a informação do MINSA GEPE & USAID (2010), segundo a qual, em termos de acesso, os achados mais importantes da análise são a concentração da rede ao redor da capital provincial, o que significa que apesar dum indicador global de disponibilidade aceitável, existem largas áreas sem cobertura.

O presente estudo confirma ainda a conclusão acima por ter mostrado que os pacientes mais distantes das US demoram 43, 15 e 10 horas, para os Municípios de Curoca, Cahama e Cuvelai respetivamente (Figura 5), o que mostra que as dimensões como a proximidade, acessibilidade e capacidade (Entidades Reguladoras da Saúde, 2009) que estabelecem 30 minutos como demora máxima, estão muito áquém do normal nestes municípios.

Importa referir também que em todas US estudadas têm um horário de atendimento das 8 h às 15 horas ou 15.30 minutos no caso do HGO. Este horário contrasta com o definido pelas ERS, (2009), que define que o horário de funcionamento deve ser das 8 às 20 horas nos dias úteis podendo ser objeto de redução ou alargamento em função do interesse público e das especificidades do serviço.

Para, além disso, e em particular nos Municípios do Curoca e Cahama, que possuem apenas uma UASR, as unidades homólogas dos Hospitais municipais distam 132 e 90 km respetivamente (Figura 6), o que mostra que existem muitos habitantes sem acesso a US nestes municípios.

Quanto à referenciação, a situação é quase idêntica para os referidos Municípios, agravada ainda pelo facto de os Municípios de Curoca e Cuvelai não possuírem médicos e o péssimo estado de estrada que dá acesso ao Município de Curoca.

Quanto às condições de acessibilidade, nota-se que não existe ainda uma definição correta das áreas e regiões sanitárias, porque a primeira referência do Município da cahama é o Hospital Geral do Lubango (Província da Huila), o OGO tem como primeira referência o Hospital de Engela (República da Namíbia) e algumas US do Município de Ombadja, têm

como referência o Hospital de Ombalanu (República da Namíbia) Tabela nº 6, o que contraria o proposto pela **REGUSAP** (MINSa [GEPE] & USAID. 2010), segundo a qual, as UR devem localizar-se na mesma zona ou região territorial (Município ou Província); ou seja, devem definir um território e uma rede como pertencendo ao mesmo “sistema local” que tem que prestar um determinado leque de serviços para uma população definida e obter umas coberturas e indicadores de qualidades planificáveis.

No que diz respeito à qualificação técnica dos responsáveis pelas US, notou-se que os técnicos de enfermagem predominam 16 (50%), contra 10 auxiliares de enfermagem, 4 de medicina e 2 outros (SR e Contabilidade), conforme mostra a Tabela 9. Isto confirma os dados oficiais, que referem que os únicos profissionais em número significativo são os enfermeiros (92,6%) (MINSa GEPE, 2010).

O estudo teve como objetivo central analisar e compreender a realidade da organização dos serviços materno-infantis na Província do Cunene, Angola, através da análise da existência de protocolos normativos (de organização dos serviços), da distribuição de recursos (humanos e estruturais).

Esta importância é destacada por Wernick (2009), que defende a necessidade da existência dos protocolos na organização dos processos de trabalho e na construção do modelo de atenção, na padronização de rotinas de trabalho, bem como na utilização científica de procedimentos e ações.

Contrariamente a isso, os resultados mostraram que a maior parte dos gestores das US não conhecem a importância dos protocolos, pois verificou-se que quase a metade das US (47%) não dispõem-se destes instrumentos para CPN, 69%, não têm protocolos para o atendimento ao parto, 88% não possuem protocolos para o PF e Puericultura respetivamente e apenas uma unidade possui protocolo para referência. No entanto, apesar de não existirem protocolos oficiais, na maioria das US os serviços foram instalados. Ainda assim, não é seguro, pois os riscos de surgimento de erros são maiores, se se tiver em conta que os técnicos formados na área de SR são ínfimos, apenas 21 (2,38%) do total dos técnicos da província. Por outro lado, os Municípios de Curoca, Cahama e Cuvelai, que não possuem nenhum técnico especializado em SR, são também os que não possuem nenhum instrumento.

Verificou-se uma distribuição heterogénea dos recursos estruturais e humanos sendo a maior concentração dos mesmos nos municípios de Cuanhama e Ombadja.

Conclusão

A boa formação e especialização do pessoal que atende na área de SR, a elaboração e utilização de instrumentos orientadores (protocolos), nas UASR, são indicadores indispensáveis para medir a melhoria de qualidade no atendimento e consequentemente a redução da mortalidade materna e infantil (ODM 4 e 5).

Compreender a realidade da organização dos serviços Materno-infantis na Provincia do Cunene, em Angola, através da análise da existência de protocolos normativos quanto à organização dos cuidados assistenciais é o objetivo deste trabalho de pesquisa.

Os resultados desta pesquisa permitiram concluir que:

- A distribuição das Unidades da Saúde está influenciada pelas características demográficas e culturais da população (população dispersa). Por isso, existem grandes distâncias entre US em alguns Municípios.
- Na provincia existem apenas 21 técnicos formados na área da SR (2,3%) do total dos técnicos da Provincia;
- A maior parte das UASR não se dispõe de instrumentos orientadores (protocolos) para o atendimento embora tenham realizado estes procedimentos;
- Os Municípios de Cuanhama e Ombadja são os que possuem maior número de US e consequentemente os que dispõem o maior número de técnicos;
- As médias de distâncias entre US homólogas e suas correspondentes UR são 25, 23 km e 58,25 km excetuando os Municípios do Curoca e Cahama cujo seus valores são absolutos por possuírem apenas uma UASR com 132 e 90 km respetivamente;
- O paciente mais distante da US demora 43 horas;
- Os profissionais de enfermagem, dominam o número dos técnicos distribuídos nas US e consequentemente o número dos responsáveis das US;
- Muitos profissionais realizam procedimento mesmo com ausência de protocolos graças as experiências adquiridas nas formações gerais e/ou de especialidades.

Sugestões/Recomendações

Sendo Angola considerado como um País emergente, o estudo confirmou que existe vontade pela parte do executivo em aproximar os serviços essenciais básicos junto das populações. Verificou-se um aumento exponencial do número de US em todos os municípios da Província, bem como a criação e aumento do número de infraestruturas de ensino geral e especializado principalmente na capital da Província.

Contudo, em termos de acesso, os achados mais importantes são, a não uniformização na distribuição das Unidades da Saúde e do pessoal técnico por áreas geográficas (municípios e comunas) pelo que existem muitas áreas sem cobertura principalmente as situadas longe da capital provincial e capitais municipais.

Por outro lado, o estudo concluiu que existe um grande défice em quantidade e qualidade de técnicos em algumas US, capazes de garantir um atendimento com qualidade.

Quanto a organização dos serviços da saúde, verificou-se a não existência de protocolos em muitas US.

Com base no que acima está exposto recomenda-se:

- 1) Obrigatoriedade de haver e aplicar os protocolos em todas as US;
- 2) Criar um processo rotineiro de verificação/supervisão da disponibilidade e aplicação desses protocolos através da DPS;
- 3) Desconcentrar os serviços da rede de referência, fazendo observar o cumprimento das regras de referência e evitando a ida direta para os serviços mais diferenciados;
- 4) Proceder a uma melhor distribuição dos RH mais qualificados, recrutar mais profissionais médicos e de enfermagem, de acordo com um plano a elaborar pela DPS com base nas quotas prevista para a província;
- 5) Criar formas de motivação para os profissionais, designadamente nas zonas rurais (formação, habitação, equipamentos, etc.);
- 6) Investir em redes de comunicação, melhorar o estado das estradas e adquirir ambulâncias (1 para cada PS e CS, 2 para cada Centro de saúde de referência e

- hospital municipal e 3 para o hospital de referência secundária) e transportes públicos para facilitar a deslocação do pessoal para áreas urbanas quando possível e necessário;
- 7) Alargamento do horário de atendimento até as 20.00h nas US com mais pressão (Centros de saúde de referência, hospitais municipais e hospital provincial);
 - 8) Criação de cursos de especialidade em SR (Parteira e Obstetrícia) nas Escolas de Formação de Técnicos de Saúde e Superior Politécnica de Ondjiva já existentes na Província bem como a alocação de medicamentos e materiais específicos nas USR;
 - 9) Formação contínua de parteiras tradicionais e agentes comunitários em matérias de aconselhamento/educação para saúde e parto domiciliário e abastecimento de quites através de um plano a elaborar pela DPS;
 - 10) Criação de equipas técnicas dotadas de competências para verificação e atualização periódicas dos instrumentos normas/protocolos de organização em saúde reprodutiva, bem como, a adequação destes de acordo com a realidade;
 - 11) Obrigatoriedade de criar serviços de SR (PF, CPN, Parto e Puericultura) de acordo com a REGUSAP, tendo em conta a importância destes no alcance dos ODM (4 e 5).
 - 12) Sugere-se a inclusão da dimensão “proximidade” na REGUSAP tendo em conta as regiões em que a distribuição geodemográfica das populações caracteriza-se como dispersa.

Referências Bibliográficas

- Agencia dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional [USAID] (2010). *Avaliação do Sistema de Saúde Angola*. Bethesda, MD: Health Systems 20/20, Abt Associates Inc.
- Anversa, E., Bastos, G., Nunes, L. & Pizzol, T. (2012). Qualidade do Processo de assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde Família em município do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 28(4), 789-800.
- Bittencourt, S. M. (2010). *Programa Saúde da Mulher. Protocolo de atenção integral à saúde da mulher*. Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão: Copiart Editora.
- Boquinhas, J. M. (2012). *Políticas e Sistemas da Saúde*. Coimbra: Edições Almedina.
- Campos, L. & Borges, M. (2009). *Governança dos Hospitais*. Lisboa: Oficina do Livro
- Castro, A. J. & Shimazaki, M. E. (org.). (2006). *Protocolos Clínicos para Unidades Básicas de Saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde de Minas Gerais.
- Cecatti, J. A., Albuquerque, R. M., Hardy, E. & Faúndes, A. (1998). Mortalidade Materna em Recife. Causas de Óbitos Maternos. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 20(1), 7-11.
- Collins, A. & Sprithall, N. (2011). *Psicologia do Adolescente: Uma abordagem Desenvolvimentista* (C. M. Vieira, trad, 5ª ed.). Lisboa: Edição da Fundação Calouste Gulbenkian.
- Constituição da República de Angola (CRA), 2010.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas, Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Craveiro, I. & Ferrinho, P. (2002). *Saúde Reprodutiva nos Países e Territórios de Língua Portuguesa*. Lisboa: Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia da Orta.

- Diário da República de Angola (2003) – Decreto nº 54/03 de 5 de Agosto e Lei nº 21-B/92 de 28 de Agosto. *Sistema Nacional de Saúde de Angola*.
- Diário da República de Angola (2007) – Decreto-Lei nº 2/2007 de 3 de Janeiro - *Princípios e Normas de organização da Administração local*.
- Entidade Reguladora da Saúde (2009). Estudo do Acesso aos Cuidados de Saúde Primários do SNS. Ministério da Saúde de Portugal. Porto.
- Governo Provincial do Cunene. Direcção Provincial de Saúde [DPS]. (2010). *Relatório Anual sobre os Recursos Estruturais e Humanos*. Departamento Administrativo.
- Harfouche, A. (2012). *Opções Políticas em Saúde: Efeitos sobre a Eficiência Hospitalar*. Coimbra: Edições Almedina, S.A.
- Lansky, S., França, E. & Leal, M. C. (2002). Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, 36(6), 759-772.
- Marques, I. (2011). *Avaliação da Qualidade Organizacional em Cuidados de Saúde Primários, através da Common Assessment Framework: O caso da Região Alentejo*. II Encontro de Troia 2011 – Qualidade, Investigação e Desenvolvimento
- Matos, M. G. (2010). *Sexualidade Afectos e Cultura: Gestão de Problemas de Saúde em meio Escolar*. (1ª edição) Lisboa: Coisas de Ler.
- Ministério do Planeamento de Angola (2010). *Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio*.
- Ministério da Saúde de Angola [MINSA]. Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística. (2010). *Mapa Sanitário. Caracterização do Sistema de Prestação de Serviços de Saúde*.
- Ministério da Saúde do Brasil [MINSB]. (2006). *Manual técnico-Pré-natal e Puerperio, Atenção qualificada e Humanizada, direitos sexuais Direitos reprodutivos, caderno nº 5, Brasília*
- MINSA, Direcção Nacional de Saúde Pública [DNSP] RARMMNA 2007-2015, Roteiro para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em Angola.
- MINSA & Plano das Nações Unidas para o Desenvolvimento [PNUD]. (2004). *Avaliação do Sistema de Saúde de Angola, Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. Autor
-

- Oliveira, A. G. (2009). *Bioestatística Epidemiologia e Investigação*. LIDEL – Edições Técnicas, Lda.
- Oliveira, M. (2010). Processo de Descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola. Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para a obtenção do grau de doutor, orientada pela Professora Doutora Elizabeth Artmann, Rio de Janeiro.
- Órfão, A., Leça, A., Henriques, A., Calado, B., Branco, J., Vicente, L. et al (2008). *Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar*. (Ed. Revista e Actualizada). Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2008). *Relatório Mundial de Saúde 2008. Cuidados de Saúde Primários*. Alto Comissariado da Saúde. OMS
- Parras, A. P, Leocádio, E., Schimer, J., Formiga Filho, Fajardo, M. L., J. F., Neto, M. (1998). *Assistência Pré-Natal: Normas e Manuais Técnicos*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Pearson, L., Larsson, M., Fauveau, V. & Standley, J. (2006). Assistência durante o parto. In Lawn, J. & Kerber, K. Oportunidades para os recém-nascidos em Africa. (Secção III, Capítulo III, pp. 63-78). Cape Town: The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health
- Perera, A. & Poupa, C. (2012). *Como Escrever uma tese, monografia ou livro científica usando o Word*. 5ª ed. Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Pisco, L. & Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários: avaliação da qualidade. Revista portuguesa de Saúde pública. Volume temático 2. 2001
- Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016. [PNSB]. Eixos Estratégicos para o Sistema de Saúde. Qualidade em saúde. Brasil (2012). Acedido a 12 de setembro de 2013 em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Queza, A. J. (2010). Sistema de Saúde em Angola: Uma Proposta à Luz da Reforma do Serviço Nacional em Portugal. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto para a obtenção do grau de mestre, orientada pela Professora Doutora Guilhermina Rego, Porto.
- Resolução COFEN nº 271/2002 - Lei nº 7498. Assistência no Pré-Natal. Ministério da Saúde do Brasil
-

- Ribeiro, R. C. (2010). Diretrizes clínicas: como avaliar a qualidade. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 8(4), 350-355.
- Santos, G. (2009), Satisfação e Qualidade: A Visão dos Utentes de uma Unidade de Reabilitação Respiratória Dissertação apresentada ao Departamento de Gestão de Serviços de Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, para a obtenção do grau de mestre, orientada pela Professora Doutora Fernanda Maria Duarte Nogueira, Vila Real.
- Silveira, D. (1999). Qualidade do cuidado pré-natal oferecido por unidades de atenção primária à saúde no município de Pelotas. Dissertação apresentada ao Departamento de Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas para a obtenção do grau de mestre, orientada pela Dra. Iná da Silva dos Santos, Pelotas, Brasil.
- Sobieray, N. “capitão dos pinheirais” (2008). *Mortalidade Materno-Infantil: Causas e Soluções*. Monografia sobre Ética Médica, Bioética e Profissão Médica. Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, Brasil.
- Werneck, M. A., Faria, H. P. & Campos, K. F. (2009). *Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço*. Belo Horizonte: Nescon UFMG, Editora Coopmed.

Apêndices

Apêndice I – Ficha de Recolha de dados dirigida a Gestores das Unidades de Saúde



Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde

Mestrado Em Gestão de Unidades da Saúde

Projeto de Dissertação

Influência do Protocolo no atendimento em Unidades da Saúde

ÁREA MATERNA INFANTIL NA PROVÍNCIA DO CUNENE-ANGOLA.

Ficha de Recolha de dados – Dirigida a Gestores das Unidades de Saúde

Este instrumento é dirigido aos responsáveis que gerem as Unidades de Atenção a Saúde Reprodutiva na Província do Cunene – Angola, com objetivos de promover e valorizar o protocolo usado nas referidas Unidades tendo em conta a melhoria da qualidade no atendimento a estes grupos alvos.

1 – Município_____

2 - Comuna_____

3 - Graus de formação_____

4 – Especialidade_____

5 – Numero de trabalhadores da Unidade_____

5.1 – Médicos _____

5.2 – Enfermeiros Licenciados _____

5.3 – Técnicos de Enfermagem_____

5.4 – Auxiliares de Enfermagem _____

5.5 – Com formação específica em saúde Reprodutiva_____

6 – Horário de atendimento das _____ horas as _____ horas

7 – Tipos de marcação de consultas nos serviços de Saúde Reprodutiva

7.1 – Presencial ()

7.2 – Antecipada ()

8 – Número médio de pessoas atendidas

Ano_____

8.1 – CPN_____

8.2 – PF _____

8.3 - Partos _____

8.4 – Puericultura_____

9 – Execução de Instrumentos orientadores no atendimento

9.1 Procedimentos_____

9.2 Normas _____

9.3 Referência_____

Outros_____

10 – População coberta por US_____habitantes

11 – População estimada em Idade Fértil _____

12 – População estimada em <5 anos_____

13 – Unidade de referência_____distância_____:

14 – Unidade de Contra- Referência_____distância_____

15 – Demora máxima do paciente mais distante para US_____

15 - Distâncias com US homóloga mais próxima_____

16 – Estados de vias de comunicação

16.1 – Bom_____ Suficiente_____ Mau _____ Péssimo _____;

17 – Existência de instrumentos de Protocolo_____;

17.1 – Cumprimentos com Procedimentos/Normas Referências_____;

18– Sugestões/Recomendações Procedimentos/Normas Referências_____;

Data_____/_____/2013

Apêndice II – Indicadores da Saúde Reprodutiva na Província do Cunene, 2012

Município	Pop.2010	Nados vivos (5%)	Sobreviventes (4,25%)	<1 ano (4,3%)	0<5anos	< 15 anos (47%)	MIF 15-45 anos (21%)	Grávidas (5%)
CAHAMA	63.548,00	3.177,40	2.700,79	2.732,56	12.708,96	29.867,56	13.345,08	3.177,40
CUANHAMA	259.242,00	12.962,10	11.017,79	11.147,41	51.845,81	121.843,74	54.440,82	12.962,10
CUROCA	45.489,00	2.274,45	1.933,28	1.956,03	9.097,35	21.379,83	9.552,69	2.274,45
CUVELAI	96.352,00	4.817,60	4.094,96	4.143,14	19.269,44	45.285,44	20.233,92	4.817,60
NAMACUND	114.689,00	5.734,45	4.874,28	4.931,63	22.936,65	53.903,83	24.084,69	5.734,45
OMBADJA	183.209,00	9.160,45	7.786,38	7.877,99	36.639,97	86.108,23	38.473,89	9.160,45
CUNENE	762.529,00	38.126,45	32.407,48	32.788,75	152.498,17	358.388,63	160.131,09	38.126,45
TOTAL	1.525.058,00	76.252,90	64.814,97	65.577,49	304.996,35	716.777,26	320.262,18	76.252,90

Apêndice III – Resumo da Recolha de Dados realizada através do Questionário (Parte 1)

Município	Comuna	Grau de Formação	Especialidade	Nº de Trab.	Médicos	Enf. Lic.	Téc. de Enf.	Auxil. de Enf.	Com formação em SR	Horário de Atendimento	Tipo de Marcação de Consulta de SR	Nº médio de pessoas atendidas				
												Ano	CPN	PF	Partos	Puericultura
Namacunde	Namacunde/ HM Namacunde	Licenciado	Medicina Geral	70	5	1	10	51	3	8-15h	Presencial	4070	678	576	441	2375
Namacunde	Chiedi/CS Chiedi	Auxiliar de Enfermagem	Enfermagem	3	0	0	1	2	0	8-15h	Presencial	408	239	6	37	126
Namacunde	Namacunde/ CS Santa Clara	Técnico de Enfermagem	Enfermagem	16	1	2	7	6	0	8-15h	Presencial	5.850	496	51	277	5026
Cuanhama	Evale/CS Evale	Técnico de Enfermagem	Enfermagem	8	0	0	2	6	0	8-15h	Presencial	518	391	68	59	0
Cuanhama	Mongua/ CS Mongua	Técnico de Enfermagem	Enfermagem	9	0	0	5	3	1	8-15h	Presencial	3.552	2980	107	186	279
Cuanhama	Ondjiva/CS Kakuluvale	Técnico de Enfermagem	Enfermagem	23	2	1	2	17	1	8-15h	Presencial	6251	3060	230	129	2832
Cuanhama	Ondjiva/ HG Ondjiva	Licenciado	Medicina Geral	328	38	11	105	165	9	8-15,30h	Presencial	29.518	13643	5131	3947	6797
Cuanhama	Oshimolo	Técnico de Enfermagem	Enfermagem	8	0	0	1	7	0	8-15h	Presencial	816	311	246	96	163
Cuanhama	Mongua/ CS da Missão Católica	Técnico de Enfermagem	Enfermagem	6	0	0	3	3	0	8-15h	Presencial	883	846	0	37	0
Cuanhama	Oshimolo/ PS Ondova	Auxiliar de Enfermagem	Enfermagem	4	0	0	0	4	0	8-15h	Presencial	134	0	0	0	134

Influência do Protocolo no Atendimento em Unidades da Saúde da Área Materna Infantil na Província do Cunene -Angola
Eduardo Rodrigues Haiumba David

Município	Comuna	Grau de Formação	Especialidade	Nº de Trab.	Médicos	Enf. Lic.	Téc. de Enf.	Auxil. de Enf.	Com formação em SR	Horário de Atendimento	Tipo de Marcação de Consulta de SR	Nº médio de pessoas atendidas				
												Ano	CPN	PF	Partos	Puericultura
Cuanhama	Mongua/ CS Oshakati	Auxiliar de Enfermagem	Enfermagem	5	0	0	1	4	0	8-15h	Presencial	429	410	0	19	0
Cuanhama	Ondjiva/ PS Oshihunga	Auxiliar de Enfermagem	Enfermagem	1	0	0	0	1	0	8-15h	Presencial	13	13	0	0	0
Cuanhama	Mongua/PS Bulunganga	Técnico de Enfermagem	Enfermagem	4	0	0	2	2	0	8-15h	Presencial	921	459	38	35	389
Cuanhama	Ondjiva/PS Kashila	Técnico de Enfermagem	Enfermagem	3	0	0	3	0	0	8-15h	Presencial	5.261	1282	0	0	3979
Cuanhama	Nehone	Técnico de Enfermagem	Enfermagem	4	0	0	1	3	0	8-15h	Presencial	1.177	252	0	10*	925
Cuanhama	Ndjiva/ CS Onahumba	Licenciado	Enfermagem	46	23	1	3	19	0	8-15h	Presencial	1.758	1532	171	55	0
Cuanhama	Ondjiva/ CS Onameva	Licenciado	Enfermagem	9	1	1	4	3	0	8-15h	Presencial	688	545	60	3	80
Ombadja	Ombala-yomungo/ CS Okanautoni	Auxiliar de Enfermagem	Enfermagem	6	0	0	0	6	0	8-15h	Presencial	1.242	681	0	397	164
Ombadja	Xangongo/ CS Shangalala	Técnico de Enfermagem	Enfermagem	11	1	0	2	8	0	8-15h	Presencial	2.500	720	280	1002	498
Ombadja	Humbe/CS Humbe	Auxiliar de Enfermagem	Enfermagem	11	0	1	3	7	0	8-15h	Presencial	119	35	0	84	0
Ombadja	Mukope/ CS Mukope	Técnico de Enfermagem	Enfermagem	6	0	0	2	4	0	8-15h	Presencial	10.797	9536	144	108	1009
Ombadja	Naulila/ PS Naulila	Auxiliar de Enfermagem	Enfermagem	13	0	0	2	11	0	8-15h	Presencial	136	102	0	34	0

Influência do Protocolo no Atendimento em Unidades da Saúde da Área Materna Infantil na Província do Cunene -Angola
Eduardo Rodrigues Haiumba David

Município	Comuna	Grau de Formação	Especialidade	Nº de Trab.	Médicos	Enf. Lic.	Téc. de Enf.	Auxil. de Enf.	Com formação em SR	Horário de Atendimento	Tipo de Marcação de Consulta de SR	Nº médio de pessoas atendidas				
												Ano	CPN	PF	Partos	Puericultura
Ombadja	Ombala-yomungo/ PS Ndeitotela	Auxiliar de Enfermagem	Enfermagem	1	0	0	0	1	0	8-15h	Presencial	843	491	0	17	335
Ombadja	Ombala yo Mungo/ CS Ombala Yomungo	Técnico de Enfermagem	Enfermagem	6	0	0	2	4	0	8-15h	Presencial	688	545	60	3	80
Ombadja	Ombala-yomungo/ CS Onepolo	Auxiliar de Enfermagem	Enfermagem	4	0	0	0	4	0	8-15h	Presencial	962	608	90	14	250
Ombadja	Mukope/ Hospital de Chiulo	Licenciado	Saúde Reprodutiva	83	5	0	28	45	5	8-15h	Presencial	3212	1015	0	1250	947
Ombadja	Xangongo/ HM Xangongo	Licenciado	Medicina Geral	71	7	1	26	36	1	8-15h	Presencial	15441	9542	2115	1829	1955
Cahama	Cahama/HM Cahama	Licenciado	Medicina	55	3	0	6	45	1	8-15h	Presencial	10.314	4842	562	647	4.263
Curoca	Onkokwa/ HM Curoca	Técnico Médio	Contabilidade e Estatística	10	0	0	5	5	0	8-15h	Presencial	2.274	1198	0	104	972
Cuvelai	Mukolongondjo/HM Mukolongonjo	Auxiliar de Enfermagem	Enfermagem	47	1	1	11	34	0	8-15h	Presencial	3.273	2581	75	142	475
Cuvelai	Kalanga/ PS de Kanganda	Técnico de Enfermagem	Enfermagem	4	0	0	2	2	0	8-15h	Presencial	90	75	0	15	0
Cuvelai	Mupa/CS Mupa	Técnico de Enfermagem	Enfermagem	5	0	0	1	4	0	8-15h	Presencial	312	277	11	24	0

Legenda: CPN – Consulta Pré-Natal; CS - Centro de Saúde; HG – Hospital Geral; HM – Hospital Municipal; NR – Não Referenciado; PF – Planeamento Familiar; PS - Posto de Saúde; SR – Saúde Reprodutiva

Apêndice IV – Resumo da Recolha de Dados realizada através do Questionário (Parte 2)

Comuna	Existência de Instrumentos Orientadores no atendimento		População coberta por US	População em Idade Fértil (estimativa)	População com < 5 anos (estimativa)	Unidade de Referência	Distância (Km)	Demora máxima do paciente mais distante (h)	Distância a US homóloga mais próxima (km)	Estado das Vias de Comunicação	Cumprimento com Procedimentos/ Normas Referências	Sugestões/Recomendações
	Procedimentos/ Normas (CPN/PF/Parto/ Puericultura)	Referências									CPN/PF/Parto/ Puericultura/ Referência	
Namacunde/ HM Namacunde	CPN/PF/Parto/ Puericultura	NR	114.689	24.085,00	22.937,00	HG Ondjiva	30	2	15	Suficiente	CPN/PF/Parto/ Puericultura/ Referência	1- A Unidade deve ser munida com principais instrumentos (Procedimentos/Normas e de referenciação) para servirem como guias de orientação aos profissionais. 2 - Devem ser alocados mais RH em qualidades e quantidades suficientes, de modo a permitir a melhor utilização dos protocolos existentes. 3- Atualização contínua dos técnicos para a área da Saúde Reprodutiva
Chiedi/ CS Chiedi	CPN	NR	63.405	13.315	12.681	HM Namacunde	24	14	24	Péssimo	CPN/Parto/Puericultura / Referência	
Namacunde/ CS Santa Clara	CPN/Parto	NR	15.800	3.318,00	3.160,00	HG Ondjiva	40	1	15	Suficiente	CPN/PF/Parto/ Puericultura/ Referência	
Evale/ CS Evale	CPN	NR	22.163	4.654	4.433	HG Ondjiva	66	4	33	Péssimo	CPN/PF/Parto/ Referência	
Mongua/ CS Mongua	CPN/Parto	NR	633.155	13.296	12.663	HG Ondjiva	50	4	43	Bom	CPN/PF/Parto/ Puericultura/ Referência	Mantem os pontos 1,2,3
Ondjiva/CS Kakuluvale	CPN/PF/Parto	NR	13.578	2.851	2.715	HG Ondjiva	2	5	3	Suficiente	CPN/Parto/Puericultura / Referência	

Influência do Protocolo no Atendimento em Unidades da Saúde da Área Materna Infantil na Província do Cunene -Angola
Eduardo Rodrigues Haiumba David

Comuna	Existência de Instrumentos Orientadores no atendimento		População coberta por US	População em Idade Fértil (estimativa)	População com < 5 anos (estimativa)	Unidade de Referência	Distância (Km)	Demora máxima do paciente mais distante (h)	Distância a US homóloga mais próxima (km)	Estado das Vias de Comunicação	Cumprimento com Procedimentos/ Normas Referências	Sugestões/Recomendações
	Procedimentos/ Normas (CPN/PF/Parto/ Puericultura)	Referências									CPN/PF/Parto/ Puericultura/ Referência	
Ondjiva/ HG Ondjiva	CPN/Parto	NR	762.529	160.131,09	152.498,17	Hospital de Engela (República da Namíbia)	60	0,5	60	Suficiente	CPN/PF/Parto/ Puericultura/ Referencia	Mantem os pontos 1,2,3
Oshimolo	NR	NR	16.144	3.390,00	3.229,00	HG Ondjiva	93	48	35	Péssimo	CPN/PF/Parto/ Puericultura/ Referencia	
Mongua/ CS da Missão Católica	CPN	NR	63.000	13.230,00	12.600,00	HG Ondjiva	50	4	14	Suficiente	CPN/Parto/ Puericultura/ Referencia	
Oshimolo/ PS Ondova	Puericultura	NR	17.400	3.654,00	3.480,00	CS Oshimolo	12	72	12	Mau	Puericultura/ Referencia	
Mongua/ CS Oshakati	NR	NR	4.309	90,00	86,00	HG Ondjiva	53	0,67	14	Suficiente	CPN/Parto/Referencia	
Ondjiva/ PS Oshihunga	NR	NR	14.550	3.055,00	2.910,00	HG Ondjiva	37	24	15	Mau	CPN/Referencia	Mantem 1 6 – Urge a necessidade de reforço em termos de RH em quantidade e consequente formação dos mesmos permitindo assim a criação de mais serviços de atendimento na área de SR
Mongua/PS Bulunganga	NR	NR	17.079	3.586,00	3.415,00	HG Ondjiva	33	2	15	Suficiente	CPN/PF/Parto/ Puericultura/ Referencia	Mantem 1,6
Ondjiva/PS Kashila II	NR	NR	11.934	2.506,00	2.386,00	HG Ondjiva	3	2	3	Suficiente	CPN/Puericultura/ Referencia	Mantem 1,6

Influência do Protocolo no Atendimento em Unidades da Saúde da Área Materna Infantil na Província do Cunene -Angola
Eduardo Rodrigues Haiumba David

Comuna	Existência de Instrumentos Orientadores no atendimento		População coberta por US	População em Idade Fértil (estimativa)	População com < 5 anos (estimativa)	Unidade de Referência	Distância (Km)	Demora máxima do paciente mais distante (h)	Distância a US homóloga mais próxima (km)	Estado das Vias de Comunicação	Cumprimento com Procedimentos/ Normas Referências	Sugestões/Recomendações
	Procedimentos/ Normas (CPN/PF/Parto/ Puericultura)	Referências									CPN/PF/Parto/ Puericultura/ Referência	
Nehone	NR	NR	35.687	7.494,00	7.137,00	HG Ondjiva	57	7,5	3,5	Péssimo	CPN/Puericultura/ Referencia	Mantem os pontos 1,2,3, 7 - O PF é uma atividade muito importante para o espaçamento de nascimentos contribuindo assim para a redução da MMI, pelo que um CS não pode ser desprovido destes serviços.
Ndjiva/ CS Onahumba	NR	NR	6.000	1.260,00	1.200,00	HG Ondjiva	5	12	3	Bom	CPN/PF/Parto/ Referencia	Mantem 1,6
Ondjiva/ CS Onameva	NR	NR	1.064	223,00	212,00	HG Ondjiva	18	1	18	Suficiente	CPN/PF/Parto/ Puericultura/ Referencia	
Ombala-yomungo/ CS Okanautoni	CPN	NR	969	20,00	19,00	HM Ombadja	52	2	27	Mau	CPN/Parto/Puericultura / Referencia	
Xangongo/ CS Shangalala	CPN/PF/Parto	NR	11.000	2.310,00	2.200,00	HM Ombadja	12	5	40	Mau	CPN/PF/Parto/ Puericultura/ Referencia	Mantem 1,2,3,7
Humbe/ CS Humbe	CPN	NR	32.000	6.720,00	6.400,00	HM Ombadja	10	12	10	Suficiente	CPN/Parto/Referencia	
Mukope/ CS Mukope	NR	NR	69.905	14.680,00	13.908,00	HM Ombadja	34	5	34	Suficiente	CPN/PF/Parto/ Puericultura/ Referencia	Mantem 1,6
Naulila/ PS Naulila	NR	NR	22.227	4.667,00	4.445,00	HM Ombadja	65	5	50	Péssimo	CPN/Parto/Referencia	
Ombala-yomungo/ PS Ndeitotela	NR	NR	3.483	731,00	697,00	HM Ombadja	34	5	6	Péssimo	CPN/Parto/ Puericultura/ Referencia	

Influência do Protocolo no Atendimento em Unidades da Saúde da Área Materna Infantil na Província do Cunene -Angola
Eduardo Rodrigues Haiumba David

Comuna	Existência de Instrumentos Orientadores no atendimento		População coberta por US	População em Idade Fértil (estimativa)	População com < 5 anos (estimativa)	Unidade de Referência	Distância (Km)	Demora máxima do paciente mais distante (h)	Distância a US homóloga mais próxima (km)	Estado das Vias de Comunicação	Cumprimento com Procedimentos/ Normas Referências	Sugestões/Recomendações
	Procedimentos/ Normas (CPN/PF/Parto/ Puericultura)	Referências									CPN/PF/Parto/ Puericultura/ Referência	
Ombala yo Mungo/ CS Ombala Yomungo	NR	NR	30.800	6.468,00	6.160,00	HM Ombadja	34	5	6	Péssimo	CPN/PF/Parto/ Puericultura/ Referencia	
Ombala-yomungo/ CS Onepolo	NR	NR	1.552	326,00	310,00	Hospital de Ombanu (Republica da Namíbia)	40	8	12	Mau	CPN/PF/Parto/ Puericultura/ Referencia	
Mukope/ Hospital de Chiulo	CPN/Parto	Sim	19.569	4.109	3.914	HM Ombadja	30	11	30	Mau	CPN/Parto/Puericultura / Referencia	
Xangongo/ HM Xangongo	CPN/Parto/ Puericultura	NR	183.209	38.474	36.640	HG Ondjiva	100	1	40	Suficiente	CPN/PF/Parto/ Puericultura/ Referencia	Mantem 1,2,3
Cahama/H M Cahama	CPN/PF/Parto/ Puericultura	NR	63.548,00	13.345	12.709	HG Lubango	187	12	90	Suficiente	CPN/PF/Parto/ Puericultura/ Referencia	
Onkokwa/ HM Curoca	CPN	NR	45.489	9.097,35	9.552,69	HG Ondjiva	310	15	132	Péssimo	CPN/Parto/Puericultura / Referencia	
Mukolongo ndjo/HM Mukolongo njo	CPN	NR	96.352	19.269,44	20.233,92	HG Ondjiva	185	72	54	Mau	CPN/Parto/Puericultura / Referencia	Mantem os pontos 1,2,3,7
Kalonga/ PS de Kanganda	NR	NR	9.720	2.041,00	1.944,00	HM Cuvelai	134	2	43	Mau	CPN/Parto/Referencia	
Mupa/CS Mupa	CPN	NR	35.934	7.546,00	7.185,00	HM Cuvelai	4	54	4	Suficiente	CPN/PF/Parto	

Legenda: CPN – Consulta Pré-Natal; CS - Centro de Saúde; HG – Hospital Geral; HM – Hospital Municipal; NR – Não Referenciado; PF – Planeamento Familiar; PS - Posto de Saúde; SR – Saúde Reprodutiva