

Ilda Rosa David Vitongue

**Organização do sistema de referência e contra
referência no contexto do sistema de saúde de Angola:
A Perceção de profissionais de saúde do Hospital geral
e do Hospital Municipal do Huambo.**

Universidade Lusófona de Humanidades e tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2015

Ilda Rosa David Vitongue

**Organização do sistema de referência e contra
referência no contexto do sistema de saúde de Angola:
a perceção de profissionais de saúde do Hospital
Regional e do Hospital Municipal do Huambo.**

Dissertação defendida em provas públicas ,para a obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde, na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias ,no dia 12 Junho, perante o júri nomeado pelo Despacho de Nomeação:nº189/2015 com a seguinte composição:

Presidente: Professor Doutor Vasco Reis

Arguente: Professor Doutor David Tavares

Orientador: Professor Doutor Cipriano Justo

Universidade Lusófona de Humanidades e tecnologias

Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde

Lisboa

2015

Os Sistemas de Saúde em tempos de mudança colocam:

O cidadão no centro do sistema

Os profissionais no centro da mudança

(adaptado de Grupo técnico para a reforma hospitalar)

Dedicatória

Aos Papas José Francisco David Chiwila e Laura da Conceição David, pela personalidade, instrução, educação recebidas.

Ao meu amado esposo, Manuel Vitongue, pelo encorajamento e alento prestados sem o qual não seria possível realizar este trabalho

Aos meus queridos filhos Isis Vitongue, Lee Vitongue, Florinda N'gueve.

A Minha irmã Teresa Santana, sobrinhos Ivan Santana, Irina Santana

A todos aqueles que com a sua palavra me levantaram nos momentos de desânimo

Agradecimentos

Ao chegar ao fim deste trabalho, gostaria de exprimir o meu agradecimento a todos quantos direta ou indiretamente, contribuíram para a efetivação do mesmo.

Agradeço a Deus pelo Don da vida.

As suas Excelências Senhores Ministro da Saúde Dr. José Vieira Dias Vandunen, Secretário de estado Sr. Dr. Carlos Masseca pelo apoio institucional prestado.

Ao meu orientador, Sr. Prof. Doutor Cipriano Justo, pela disponibilidade para acompanhar-me nesta jornada,

Ao meu coorientador Dr. Welema Cipriano da Fonseca, pela entrega incondicional a mim prestada,

Ao Excelentíssimo Sr. Diretor Provincial de Saúde Dr. Frederico João Carlos Juliana, pela autorização da frequência do Mestrado, ao Excelentíssimo Sr. Administrador Municipal do Huambo o Sr. Sérgio Raul por todo o apoio prestado.

A todos, os meus sinceros agradecimentos

Resumo

A referência e a contra referência são um conjunto de procedimentos assistenciais e administrativos que se prestam de forma ordenada, com objetivo de assegurar a continuidade da resposta às necessidades de saúde dos utentes, com oportunidade, eficácia e eficiência, transferindo-se a prestação de cuidados da unidade de saúde de menor complexidade assistencial, para outra de maior complexidade, ou o inverso. Consideramos que o conhecimento da perceção dos profissionais que lidam com este sistema é bastante importante para a sua gestão. Este estudo teve como objetivo caracterizar a perceção dos profissionais de saúde do HRH e HMH sobre o sistema de referência e contra referência no contexto do sistema de saúde de Angola. O estudo baseia-se numa análise qualitativa, do tipo descritivo. A recolha de dados foi feita através de entrevista gravada a 16 profissionais com as categorias de médico e de enfermeiro dos serviços de BU e Consulta Externa com base num guião prévio, onde foi colocada uma questão geral sobre a vivência e perceção do sistema de referência e contra referência da unidade hospitalar. Com o objetivo de recolher mais informações colocamos mais 6 questões: (i) aspetos que favorecem o sistema, (ii) ações desenvolvidas, (iii) obrigações, (iv) como procedem, (v) vantagens e (vi) desvantagens. A discussão teve como base o diagrama de avaliação do acesso aos serviços de saúde proposto por Assis et al (2012). Concluiu-se que o sistema instalado é ainda insipiente, a contra referência não funciona, os participantes identificaram falhas no sistema ligadas a regulação da lei sobre a referenciação, problemas organizativos, técnicos e relacionais entre unidades e equipas, o que inviabiliza a premissa de o sistema tornar-se num mecanismo promotor do acesso e assistência integrais.

Palavras-chaves: Referência e contra referência; Políticas de saúde; acesso a saúde; Cuidados de saúde.

Abstract

The reference and counter reference are a set of healthcare and administrative procedures that lend themselves in an orderly fashion, in order to ensure continuity of response to the health needs of users, with opportunity, effectiveness and efficiency, transferring to care health unit lower-complexity, to another more complex, or vice versa. We believe that knowledge of the perception of professionals who deal with this system is very important for its management. This study aimed to characterize the perception of health professionals of HRH and HMH on the reference and counter reference system in the context of Angola's health system. The study is based on a qualitative analysis, descriptive. Data collection was done through recorded interviews to 16 professionals with medical categories and nurse of BU and Outpatient services based on a previous script, where a general question about the experience and perception of the referral system was placed and against the reference hospital. In order to gather more information put more 6 questions: (i) aspects that favor the system, (ii) actions taken, (iii) obligations, (iv) and shall, (v) advantages and (vi) disadvantages. The discussion was based on the evaluation diagram of access to health services proposed by Assis et al (2012). It was concluded that the installed system is still incipient, the counter reference does not work, participants identified system failures related to regulation of the law on referral, organizational, technical and relational problems between units and teams, which prevents the premise of the system become a mechanism promoting access and full assistance.

Keywords: Reference and counter reference; Healthcare policy; access to health; Healthcare.

Lista de siglas e abreviaturas

OMS- Organização Mundial da Saúde

WHO- Word Health Organization

PNDS- Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

HGH- Hospital Geral do Huambo

HMH- Hospital Municipal do Huambo

DDA- Doença Diarreica Aguda

DRA- Doença Respiratória Aguda

SNS- Sistema Nacional de Saúde

SNS-Serviço Nacional de Saúde

INE- Instituto Nacional de Estatística

Enf- Enfermeiro

Med-médico

HPH- hospital Psiquiátrico do Huambo

HSH- Hospital Sanatório do Huambo

CRFBA- Centro de Reabilitação Física da Bomba Alta

Índice Geral

Introdução

1. Enquadramento teórico	18
1.1. Caracterização geográfica e demografia de Angola	18
1.2. Perfil sanitário	20
1.3. Sistema de saúde de Angola	21
1.4.. Breve caracterização do sistema de saúde de Angola	22
1.5. Organização e estrutura	22
1.6. Hierarquia da prestação de cuidados	23
1.7. Rede sanitária	28
1.8. Província do Huambo	29
1.9. Morbilidade e mortalidade 2010-2013	30
1.10. Organização e funcionamento do HGH	32
1.11 Organização e funcionamento do HMH	34
1.11. Referencias realizadas pelo HGH e HMH em 2013	35
2. Objectivos	
2.1. Objectivo geral	39
2.2. Objectivos específicos	39
3. Metodologia	
3.1. Tipo de estudo	39
3.2. População, amostragem e amostra	39
3.3.Critérios de inclusão	40
3.4. Local de estudo	40
3.5. Instrumento de recolha de dados e análise de dados	41
3.6. Aspetos éticos	44

4. Resultados e discussão-----	45
5. Conclusões-----	58
6. Recomendações-----	59
6. Bibliografia-----	60
Apêndices	
Anexos	

Índice de tabelas

Tabela nº 1- Principais indicadores de saúde em Angola-----	20
Tabela nº 2- distribuição da morbilidade na Província do Huambo, 2010-2013-----	30
Tabela nº 3 -distribuição da mortalidade na província do Huambo, 2010.2011-----	31
Tabela nº 4- distribuição da mortalidade na Província do Huambo, 2012-2013-----	31
Tabela nº 5- distribuição da amostra do HGH por idade, sexo, tempo de serviço e categoria profissional-----	45
Tabela nº 6- de distribuição dos 16 profissionais quanto a categoria profissional-----	45
Tabela nº 6- Distribuição da amostra do HMM por Idade, sexo, categoria profissional e tempo de serviço-----	48

Índice de figuras

Figura 1- Mapa de Angola-----	18
Figura 2- quadro ilustrativo do sistema de Nacional de Saúde-----	21
Figura 3- Níveis de atenção do SNS-----	23
Figura 4- Mapa da Provincia do Huambo-----	29
Figura 5- Diagrama de Assis-----	44
Figura 6- Percentagem de participantes no estudo, por Hospital-----	45

Introdução

A estrutura da resposta às necessidades de saúde da população não foi sempre a mesma, ao longo dos tempos e, tem sido uma permanente preocupação dos governos e dos respectivos ministérios da saúde.

Em Portugal, por exemplo, o primeiro atendimento em saúde é realizado pelos serviços dos cuidados de saúde primários. Hospitais e cuidados continuados integrais complementam a oferta das necessidades em serviços, com recurso aos sectores privado e social, com quem estabelece convenções e acordos nas áreas que não tem capacidade de resposta suficiente.

A rede de referenciação naquele país é agrupada em especialidades como é o caso da rede de referenciação em medicina nuclear, em dermatologia, oncologia, psiquiatria, entre outras.

Com o desenvolvimento tecnológico, conhecimento científico, a prestação de cuidados de saúde é resultado de um continuum de contributos de diferentes prestadores e equipas cada vez mais alargadas com equipamentos sofisticados, exigindo assim a articulação e complementaridades constantes, entre os diversos níveis e intervenientes. Essa complementaridade pode ser adquirida com a organização dos serviços em rede num sistema de referência e contra referência.

Este aspeto obriga ao planeamento do conjunto de necessidades de cuidados de saúde e respostas institucionais, sistemas de informação eficientes, efetivos e integrados. O sistema de referência e contra referência é um tipo de organização que pode responder a estas exigências.

Entende-se que a referencia e a contra referência são um conjunto de procedimentos assistenciais e administrativos, que se prestam de forma ordenada, com o objetivo de assegurar a continuidade da resposta as necessidades de saúde dos utentes, com oportunidade, eficiência e eficácia, transferindo-se a prestação de cuidados da unidade de saúde de menor complexidade assistencial para outra de maior complexidade ou o inverso. É um mecanismo importante, para viabilizar o acesso aos cuidados de saúde, assistência integral e a responsabilidade partilhada a ter em conta.

Quando falamos em referência e contra referência, estamos a considerar o acesso aos cuidados integrais de saúde, que podem ser obtidos tendo em conta as políticas públicas de saúde. No Sistema Nacional de Saúde de Angola (SNS), estão garantidos por lei a equidade, integralidade, igualdade de acesso, contantes no capítulo I artigos 1 e 2, da lei de base do SNS, tornando-se necessária a identificação de níveis de intervenção, para que todos estejam em sintonia na ação/atuação no processo do sistema de referência e contra referência. O acesso aos cuidados dos serviços de saúde é um tema multifacético e multidimensional envolvendo aspetos políticos, sociais, económicos, organizativos, técnicos, com o objectivo de promover a universalidade e integralidade dos cuidados ao utente.

O acesso é também um elemento importante na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, e a estruturação do sistema de referência e contra referência, com coordenação operacional ganha particular importância a definição de políticas que visem a melhoria e a garantia de elevados padrões de qualidade e, consequentemente monitorização e análise (Sousa, 2010).

Por exemplo na Europa, as políticas públicas de saúde, acelerada a partir da década de 1980, procurando conter o crescimento da despesa, garantindo sustentabilidade, mesmo em sistemas de diferentes tipos, centram-se na redefinição do papel do estado no financiamento, regulamentação e prestação de cuidados (Wendt, 2009), mesmo em sistemas tão distintos como os modelos beverianos e bismarckianos.

Países com serviço nacional de saúde como Portugal, procuram fazer a separação entre os papéis de financiador, regulador e prestador, concorrência entre sector público e privado. Introduzindo políticas de gestão privada nos hospitais públicos, adoção de mecanismos de mercado, privatização de parte dos cuidados de saúde, são exemplos de tendências de outros sistemas de saúde para garantir melhor acesso, a par da equidade, nos considerados parâmetros para avaliar a qualidade dos sistemas de saúde por instituições como a OCDE, União Europeia, Banco Mundial, e OMS. (Silva, 2012). Portanto para a rede de referenciação funcional, os aspetos económico/financeiros são importantes, e um sistema de referenciação montado com todos os pressupostos, trás consigo contenção de gastos já que propicia a partilha de meios e equipamentos.

O sistema de saúde de Angola, que garante a universalidade de acesso e a garantia de equidade, apesar de ser tendencialmente gratuito nele convivem agentes prestadores de cuidados de saúde prestados do sistema público, subsistema privado lucrativo e não lucrativo, lançando novos desafios à assistência, com a municipalização dos serviços de saúde, definindo como porta de entrada no sistema. A circulação do utente pelo sistema devera ser sustentada por um sistema de referência e contra referência funcional, para garantir a integralidade dos cuidados de saúde ao utente.

A referência pode ser considerada como sendo a transferência do utente, ou o encaminhamento do utente, mas no presente trabalho vamos designar por referência e contra referência porque pensamos ser mais abrangente, já que o ato deve ser secundado por um relato da condição do paciente, e dos motivos que condicionaram a referência ou a contra referência, e este processo deve ser bi direcional.

Para a academia das ciências de Lisboa, no dicionário de língua Portuguesa, verbo (2001) afirma que a palavra referência advém do latim *referens -entis* e significa: Fazer alusão direta a..., ou fazer o relato de... ou ainda a ação de situar em relação a alguma coisa. O mesmo autor afirma que o sistema de referência pode ser considerado como sendo... um conjunto de informação, que permite identificar... e a referência como sendo o propósito de aludir oralmente ou por escrito a uma pessoa ou a um facto.

Segundo o Ministério da Saúde(1999-2007), a referência e contra referência é um procedimento que regula as relações de complementariedade e apoio tecnico entre as instituições hospitalares, mas deverá ser sustentado por um sistema integrado de informação institucional.

Juliani e Ciamponi (1999), Fantini (2008) definiram a referência e a contra referência como o encaminhamento dos clientes, do nível de menor complexidade tecnológica, para o de maior complexidade e diversidade de serviços prestados, ou o inverso.

Almeida et al (2010) afirma que problemas de coordenação, fragmentação da rede assistencial, ausência de comunicação, não são temas novos sobre a organização dos sistemas de saúde no acesso a serviços de saúde, mas, as mudanças em relação as necessidades das populações, a prevalência de doenças crónicas, exigem maior contacto

com os serviços de saúde, num contexto de pressão, para otimizar a relação custo/eficiência, tornaram a busca de soluções para o acesso integral necessárias

Queza (2010) propõe que a regionalização do sistema de saúde de Angola, a responsabilidade pela administração do sistema de saúde de Angola, ficaria distribuída pelos níveis nacional, provincial e municipal; no último, algumas atribuições seriam compartilhadas com as comunais.

No entanto, a identificação das linhas de intervenção e a conformação dos sistemas funcionais de saúde não seriam necessariamente restritas à abrangência da região político administrativa mas respeitariam os seus limites como unidade indivisível, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde consoante as necessidades. Apesar de o grau de acesso real aos serviços de saúde depender da distância que se deve percorrer, do tempo de viagem e do seu custo. Oliveira e Artmann (2009) consideram importante estruturar os serviços em rede com densidade tecnológica distribuída de forma ótima, promovendo eficiência, efetividade e qualidade dos serviços. Afirmam que esta rede, adquirida com a regionalização dos serviços, permite a (re) construção do sistema integrado, racionalização de recursos, hierarquização, assistência máxima nos centros primários e os demais serviços utilizados apropriadamente, conforme necessidades individuais.

Silva (2011) considera que para promover a integração entre serviços e organizar redes existem desafios como a insuficiência de recursos decorrentes do baixo financiamento para os serviços de saúde.

A vivência da autora, durante alguns anos no exercício da profissão num hospital público onde os questionamentos sobre os métodos e critérios de referência e contra referência eram contantes e trouxeram conflitos de vária ordem, tornou a necessidade do estudo muito interessante para trazer à discussão esta questão relevante para o acesso e qualidade dos processos.

Para a escolha do tema baseamo-nos no interesse que temos pelo mesmo, dado que tem uma grande relevância por estar ligado a questões como acesso, integralidade, a qualidade e a equidade nos serviços de saúde.

As dúvidas com que nos defrontamos nas vivências que temos encontrado para a execução pratica desta modalidade de ação/atuação como prestadores de nível primário em relação ao nível imediatamente superior aquando da tomada de decisão para a prossecução de ações inerentes a referencia e a contra referencia, incluem questões tais como: quais os procedimentos que devem ser utilizados para a melhoria, por exemplo, dos tempos de espera, que métodos de classificação dos casos devem ser referenciados ou contra referenciados, quais as vantagens para a instituição e para o utente?

Motivámo-nos pois a analisar a situação e contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre o sistema de referencia e contra referencia, promovendo a análise da percepção dos profissionais envolvidos, estratégias adotadas, os fluxos formais de referencia e contra referencia, que permitem assistência Integral e responsabilidade compartilhadas.

O objectivo do estudo é caracterizar as percepções dos profissionais de saúde do Hospital Regional e do Hospital Municipal do Huambo sobre o sistema de referência e contra referência no contexto do sistema de saúde de Angola

Para a elaboração deste trabalho, foi inicialmente feita uma exaustiva pesquisa bibliográfica em bases de dados, documentos , livros e revistas impressas. Para a recolha de dados recorreremos a entrevista gravada e observação durante as entrevistas, cujos dados foram analisados de forma qualitativa e descritiva.

O trabalho esta dividido em 5 capitulos. No primeiro capitulo foi feito o enquadramento teorico tanto do contexto geral de Angola como da Provincia do Huambo em particular, e resultados de estudos sobre a materia em estudo. No segundo capitulo foram colocados os procedimentos metodologicos, no terceiro capitulo a apresentação de resultados e no quarto capitulo e quinto capitulo a discussão e conclusão respectivamente.

Este trabalho foi elaborado com respeito ao acordo ortográfico da Lingua Portuguesa, e foi adoptado a norma 101/2009 de 26 de maio, Homologado pelo despacho nº 30/2014 da Universidade Lusofona das Tecnologias e Humanidades sobre normas para a

elaboração e apresentação de teses de doutoramento aplicáveis às dissertações, trabalhos de projectos e relatórios de estágio de mestrado e dissertações na ULHT.

Capítulo 1. Enquadramento teórico

1.1. Caracterização geográfica e demográfica de Angola

Angola está situada no sudoeste de África, conta com 18 Províncias, 166 Municípios e 530 comunas, tem aproximadamente 1.246.700 km. A oeste possui a costa atlântica com 1.650 Km de extensão. Tem uma vasta fronteira terrestre de 4.837 Km que a limita, a norte, com a República do Congo e a República Democrática do Congo, a leste, com a República Democrática do Congo e a República da Zâmbia e, a sul, com a República da Namíbia. (Queza, 2010).

Figura 1. Mapa de Angola



Fonte: adaptado de David, 2014

Angola tem uma população de 24.383.301 habitantes residentes, 52% destes são do sexo feminino, 48% do sexo masculino. Luanda a capital tem 6,5 milhões de residentes, portanto 27% do total da população. Tem uma densidade populacional de 20 habitantes por quilómetro quadrado, 62% reside nas áreas urbanas.(INE, censo 2014).

O clima contempla duas estações: a estação das chuvas, período mais quente, que ocorre entre Setembro e Maio, e a estação do Cacimbo ou Seca, que é menos quente e que ocorre entre Maio e Setembro. Em média, as temperaturas do País variam entre, 17°C, a mínima, e 27°C, a máxima. (Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, 2012-2027).

A distribuição etária apresenta uma população essencialmente jovem, havendo cerca de 48% da população abaixo dos 15 anos de idade, 49% entre os 15 e os 64 anos e apenas 3% têm idade acima dos 64 anos. A população infantil (abaixo dos cinco anos de idade) constitui 15% da população total. A população com menos de 15 anos de idade é de cerca de 47% e 49% nas zonas urbanas e rurais, respectivamente. As crianças com menos de um ano de idade, estão distribuídas de igual forma entre as áreas rurais e urbanas(.INE, 2012)

As mulheres em idade reprodutiva, compreendida entre 15 e 49 anos, constituem 44% do universo feminino e apresentam uma taxa de fecundidade elevada, estimada actualmente em 6,4 nascimentos por mulher. O tamanho médio dos agregados familiares é de cinco pessoas. A maioria dos agregados familiares é chefiada por homens, sendo apenas um em cada cinco dos mesmos liderado por uma mulher.(OMS, 2013)

A esperança média de vida à nascença em Angola estima-se actualmente em 52 anos, sendo 51 para os homens e 53 para as mulheres(PNDS.2012-2025)

O PIB por habitante passou de US\$ 871,40, em 2003, para US\$ 4.266,80, em 2010. Apesar da dependência do sector petrolífero, a taxa de inflação passou de 45,3% em 2004, para 14,5% em 2010(PNDS, 2012-2025).

1.2. Perfil sanitário de Angola

Segundo o Plano Nacional de Desenvolvimento sanitário (PNDS) 2012-2025, apesar da melhoria significativa dos principais indicadores de saúde globais do País, Angola ainda tem uma elevada taxa de mortalidade materna, infantil e infanto-juvenil, alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias com destaque para as grandes endemias, doenças respiratórias e doenças diarreicas, um nível de malnutrição ainda elevado em menores de 5 anos, persistência de surtos de cólera, raiva e sarampo, e um aumento exponencial das doenças crónicas não transmissíveis (DCNT), sinistralidade rodoviária e violência. As doenças transmissíveis, ainda são responsáveis por mais de 50% dos óbitos registados na população.

Tabela 1

Principais indicadores de saúde

Indicador	Angola
Esperança de vida a nascença	52 anos
Taxa de mortalidade neonatal	42/1000 nados Vivos(NV)
Mortalidade em menores de 1 ano de idade	167/1000 NV
Mortalidade em menores de 5 anos	195/1000

Fonte: OMS,(2013)

As necessidades em saúde e os problemas atuais que o SNS enfrenta estão principalmente relacionados com:

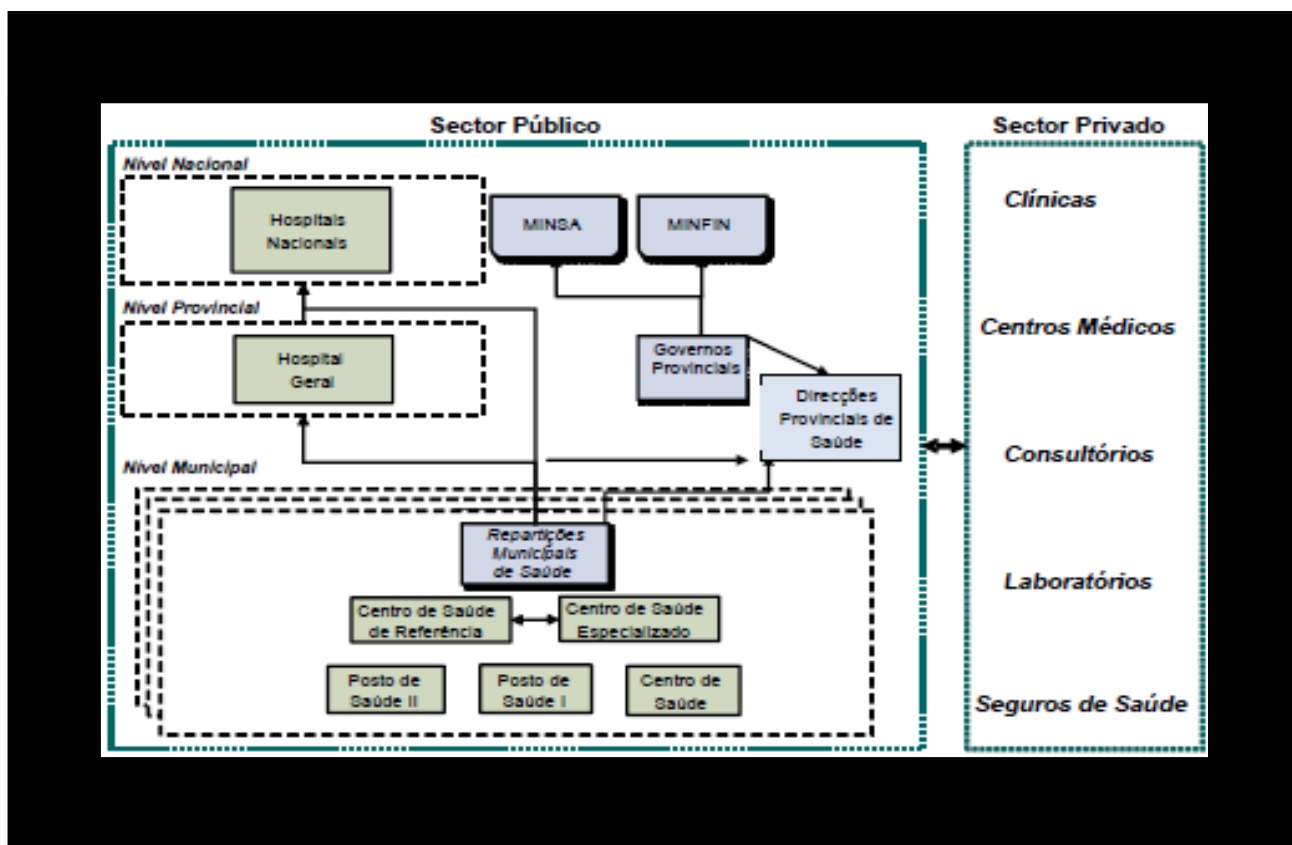
- (i) A cobertura sanitária ainda insuficiente e fraca manutenção das Unidades Sanitárias (US);
- (ii) Os recursos humanos e técnicos de saúde de reduzida expressão quantitativa e qualitativa e distribuição assimétrica do pessoal entre as áreas rurais e periurbanas;
- (iii) As debilidades do sistema gestão em saúde, incluindo o sistema de informação, de logística e de comunicação;

- (iv) A insuficiência de recursos financeiros e inadequação do modelo de financiamento e
- (v) O reduzido acesso à água potável, saneamento e energia (PNDS, 2012-2025).

1.3. Sistema Nacional de Saúde de Angola

O SNS de Angola é constituído pelo sector público, o Serviço Nacional de Saúde (SNS), gerido pelo MINSA, e pelo sector privado, constituído por entidades de saúde privadas lucrativas e não lucrativas e outros conforme ilustrado na figura 2

Figura n 2. Quadro ilustrativo do SNS (Sistema Nacional de Saúde) de Angola



Fonte: PNDS 2012-2025

1.4. Breve caracterização do Serviço Nacional de Saúde de Angola (SNS)

Desde a independência até 1992, por razões históricas, Angola instaurou um Sistema Nacional de Saúde, baseado nos princípios da universalidade e equidade através dos Cuidados Primários de Saúde e tendencialmente gratuito,. Com a aprovação da Lei de Bases do SNS, Lei 21-B/92, em 1992, o Estado Angolano deixa de ter a exclusividade na prestação dos serviços de saúde e permite a iniciativa privada em saúde e a comparticipação financeira dos utentes nos custos de saúde. (QUESA,2010).

1.5. Organização e estrutura do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

No capítulo 1, artigo 12, nos nº 1, 2 ,3 e 4, da lei de bases do sistema nacional de saúde de Angola, estão definidos 3 níveis de cuidados:

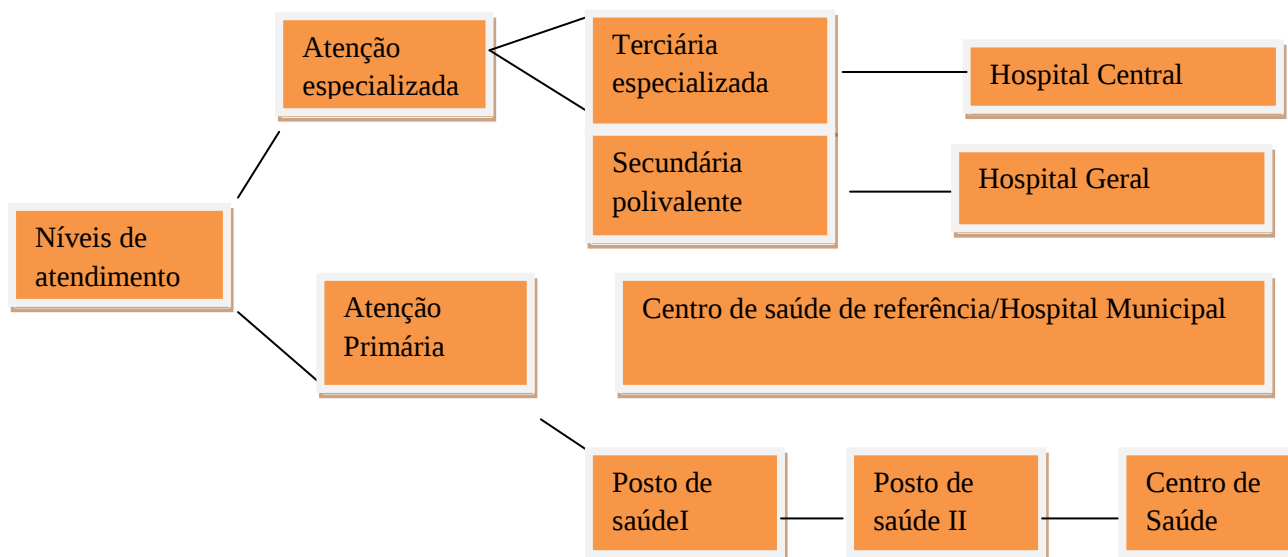
O primeiro nível, o de Cuidados Primários de Saúde (CPS) – representado pelos Postos/ Centros de Saúde, Hospitais Municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos. Constituem o primeiro ponto de contacto da população com o Sistema de Saúde, que devem situar-se junta das comunidades;

O nível intermédio ou secundário, constituído pela rede polivalente e especialidade menos diferenciada, representado pelos Hospitais gerais, é o nível de referência para as unidades de primeiro nível.

O nível terciário, é representado pelos Hospitais de referência mono ou polivalentes diferenciados e especializados, é o nível de referência para as unidades sanitárias do nível secundário (ver figura 3).

1.6. Hierarquia da prestação de cuidados

Figura 3. Níveis de atenção do SNS (Serviço Nacional de Saúde)



Em Angola, apesar da hierarquia estabelecida, Quesa,(2010) considera que o sistema de referência e de contra referência não tem sido operacional por vários factores, principalmente, por causa da desestruturação do sistema de saúde e da redução da cobertura sanitária decorrente do longo conflito armado.

Em Angola, as recentes reformas de descentralização do poder do estado e a municipalização dos serviços de saúde são uma oportunidade de os serviços terem maior autonomia na gestão dos seus serviços tornando possível que a nível local se possam tomar decisões de introdução de procedimentos que facilitem o acesso integral e oportuno aos cuidados de saúde.

A municipalização dos serviços de saúde, segundo o documento enquadra-se no processo de descentralização e desconcentração dos serviços de saúde em termos de recursos humanos, infra estruturas, logística, planificação e gestão financeira, permitindo acesso universal aos cuidados, com vista ao alcance das metas do plano de desenvolvimento sanitário 2012-2017 e operacionalização dos planos provinciais e municipais de desenvolvimento sanitário 2012-2017.

Segundo o plano nacional de desenvolvimento sanitário 2012/2025 dentro da reforma do Sistema de Saúde, Angola deverá iniciar o processo para a criação da rede de cuidados integrados continuados e de cuidados paliativos intra-hospitalares para colmatar as necessidades não satisfeitas na saúde e no apoio social às pessoas em situação de dependência, particularmente as pessoas com doenças crónicas e pessoas idosas, com duas grandes finalidades:

- (i) actuar sobre o estado de saúde dos cidadãos, prevenindo o seu agravamento;
- (ii) actuar sobre a capacidade funcional através da reabilitação e da prestação de cuidados personalizados.

Para Dias,(2012), na organização de rede, deve-se reafirmar a perspectiva do seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos, mas reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos nas diferentes dimensões: intraequipes de saúde, inter-equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes.

Para além do desenho sugerido por Dias (2012), Oliveira & Artmann (2009) consideram importante que se deva também considerar a estruturação dos serviços em rede de pontos de atenção na saúde e a distribuição de equipamentos de diferente densidade tecnológica, de forma óptima, resultando assim em eficiência, efectividade e qualidade dos serviços. Portanto, se a regionalização dos serviços e distribuição espacial nos diferentes níveis estiver comprometida, também estará o mapa que se idealize como optimo, para a referenciação dos utentes a diferentes níveis, próximo de suas áreas de residência

A questão da referenciação, constou da agenda do IV congresso da Ordem dos Médicos de Angola(2008) e mereceu a recomendação da necessidade de actualização das políticas nacionais de saúde, a descentralização administrativa e um efectivo sistema de referencia e contra referencia, denotando existir falhas no actual sistema de referencia. Algumas destas reformas já foram iniciadas, como é o caso da municipalização dos serviços de saúde, com o patrocínio da OMS/AFRO, e que consta do programa do executivo para o sector da saúde, para 2012-2017. Passados 6 anos após esta recomendação, será que hoje a situação ainda se coloca?

Para Frantini (2013), os conceitos de referência e contra referência em saúde, ainda se encontra num estágio de pouco desenvolvimento. Tanto em relação aos seus possíveis sentidos teóricos quanto no que se refere à sua efetivação como à sua divulgação útil para o utente.

Segundo Juliani et al. citado Bravo, 1974&Alvarez, 1985, a primeira experiência de regionalização foi retratada pelo informe Dawson publicado em 1920 na Inglaterra, o qual recomendava que um certo número de centros primários atuassem sob supervisão e recebendo ajuda de centros secundários que por sua vez, seriam coordenados por um hospital de ensino de maior complexidade.

Para que o processo se desenvolva num ambiente de indicações clara, Oliveira e Artman (2009) consideram ser importante para o caso de Angola, criar e implementar instrumentos e mecanismos que garantam a articulação entre serviços dos distintos níveis, num processo dinâmico e flexível de referência e contra referência permitindo racionalização de recursos de toda a ordem.

Do estudo feito por Juliani & Ciamponi (1999) sobre a referenciação no Brasil, identificaram problemas na organização. Uns intrínsecos ao próprio serviço, outros de integração e comunicação entre os vários níveis de atenção e informação da população.

Já Alvares, citado por Juliani & Ciamponi, (1999) destacou aspetos positivos e observou que 88,6% dos pacientes eram encaminhados a instituição adequada, com atendimento com pouco tempo de espera, agendamento prévio, relatório da proveniência com dados considerados suficientes.

Kisil (1985) ao analisar a evolução preliminar do sistema de referência adotado em Curitiba, observou a diminuição do volume da procura nos níveis secundário e terciário e redução das hospitalizações.

Em Portugal, algumas iniciativas do sector, encaminham-se para o estabelecimento da melhoria de acesso e garantia de cuidados, tendo-se constituido a rede de cuidados continuados integrais. Estas e outras iniciativas podem revelar-se de importancia capital e podem ser reproduzidas. A opinião de profissionais, que vivenciam a pratica, a

auscultação dos parceiros e clientes podem levantar hipóteses de muito interesse para a facilitação da interligação dos vários níveis, dos profissionais e outras instituições.

Campos, Borges & Portugal (2009) referem que a insuficiente referenciação dos doentes dos cuidados primários para os hospitais, condiciona significativamente a qualidade dos cuidados, e falhas no processo de retorno ao médico de família, prejudica a reabilitação e o acompanhamento dos doentes que têm alta, e a insuficiente referenciação para cuidados continuados integrais, atrasa processos de alta hospitalar, aumenta os riscos de infeção nosocomial, prejudica o acesso de novos doentes.

Na união Europeia segundo Almeida et al (2010) desde a década de 1990 que se iniciaram reformas a favor da coordenação dos serviços para o acesso aos cuidados, sobretudo as que estão voltadas ao fortalecimento do primeiro nível de atenção.

Assim a coordenação entre os diferentes níveis de assistência, sendo uma articulação entre os diversos serviços e ações de saúde, relacionadas a determinadas intervenções sejam sincronizadas, voltadas ao alcance de objetivos comuns, numa rede integrada, desde a atenção primária a saúde aos prestadores de maior densidade tecnológica, pode ser considerada uma forma de promover alinhamento dos atores para as questões de referência e contra referência (.Almeida, 2010)

A coordenação para a prestação dos cuidados de forma continua percebidas e experimentadas pelo utente, compatíveis com as expectativas pessoais torna a referencia e a contra referencia num ato mais bem direcionado e com caminhos definidos a percorrer por todos, considerando a coordenação assistencial um atributo organizacional dos serviços de saúde, que se traduz na perspectiva da continuidade dos cuidados, permitindo acesso integral.com definição de regras claras para todos. (Almeida, 2010)

Para tal Hofmarcherl (2007) identificou 4 áreas que podem potencializar os sistemas de saúde na melhoria da coordenação entre níveis de assistência:

- 1º Aprimoramento da recolha e disseminação das informações sobre pacientes e prestadores e ampla utilização das tecnologias de informação e comunicação;
- 2º Mudança no primeiro nível para atender as necessidades das doenças crónicas;

3º Mudanças dos padrões de alocação de recursos no sector ambulatorio, dado o progressivo deslocamento de procedimentos da atenção hospitalar para este nível, e por ultimo a melhoria da capacidade de coordenação através da melhoria da integração entre os níveis de assistência e prestadores, eliminando barreiras que dificultam o transito no interior do sistema permitindo integração entre as níveis assistenciais.

Portanto, para a efetivação do acesso integral é importante a constituição de redes integradas reconhecendo a interdependência, conflitos entre atores com situação de partilha de poder, visto não ser possível dispor da totalidade de recursos. Tornando um sistema de referência e contra referência sem muros, eliminando-se barreiras de acesso entre diversos pontos assistenciais.

O grupo técnico para a reforma hospitalar considera que a rede hospitalar deve ser entendida como um sistema integrado, de prestação de cuidados de saúde, organizado de forma coerente, assente em princípios de racionalidade e eficiência, atribuindo uma área geográfica de influência, papel específico, tendo em conta a sua articulação na rede de referenciação pré definida com outros níveis de atenção como Cuidados primários, com instituições hospitalares e com a rede de cuidados continuados

E afirmam ainda que a rede hospitalar do sistema de referenciação e da missão específica de cada hospital, deve permanecer estável por períodos razoáveis que permitam a definição de objetivos e o desenvolvimento de projetos de forma consistente, considerando-se as alterações demográficas, epidemiológicas ou outras

Para estes autores o sistema deve respeitar as condições socioeconómicas das populações, evitando uma deslocação de doentes que possa significar um afastamento excessivo da sua comunidade, com consequências graves para a sua estabilidade emocional, familiar ou capacidade económica.

Consideram que o sistema de referenciação entre hospitais deve procurar o máximo de uniformidade evitando dispersão em várias direções de doentes com a mesma origem, permitindo o desenvolvimento de relações estáveis de colaboração e entendimento entre

profissionais de diferentes instituições, sem conflitos na avaliação e orientação dos doentes, que possam traduzir em prejuízo na qualidade dos serviços prestados.

1.7. Rede sanitária de Angola(SNS)

Angola possui 331 centros de saúde, 43 centros materno infantil, 20 hospitais nacionais/centrais, 165 hospitais Municipais, 25 Hospitais provinciais, 1.650 Postos de saúde. (Oliveira e Artman 2009)

1.8. Província do Huambo

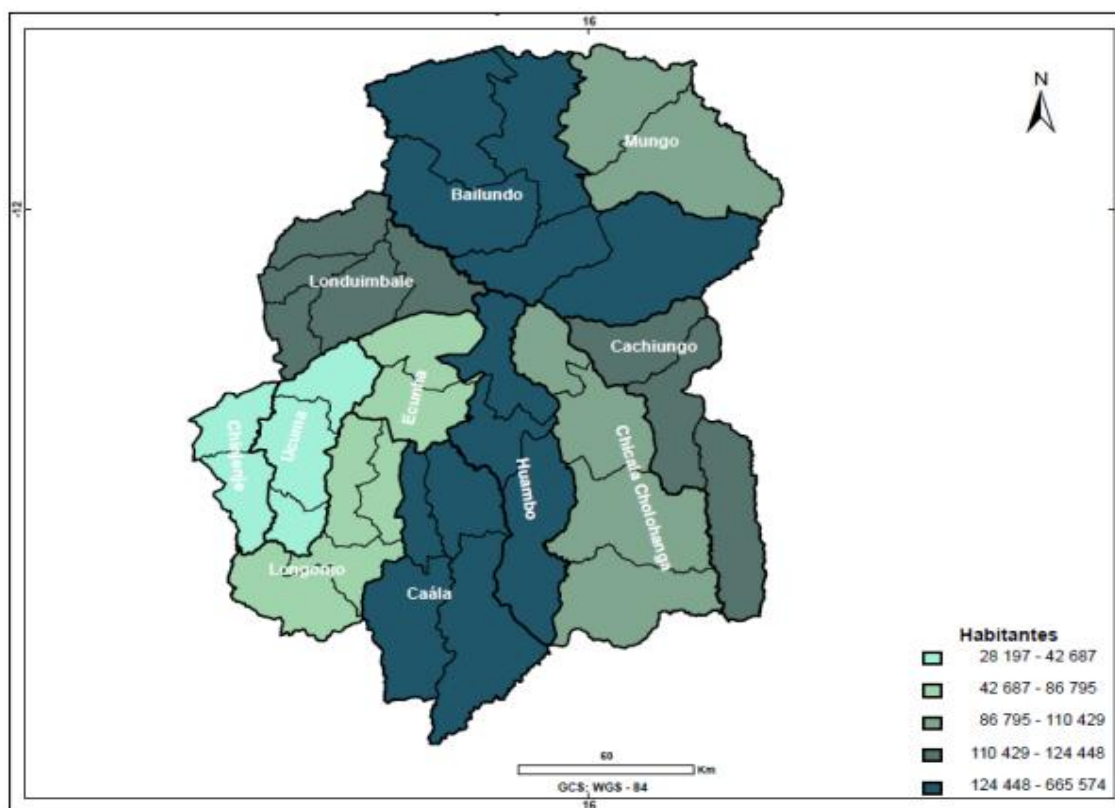
É na província do Huambo onde se situam os dois Hospitais que selecionamos para o nosso estudo. Pertence à região centro sul de Angola, com uma extensão de 34 mil 274 quilómetros quadrados. A sua capital é o município do Huambo e situa-se a cerca de 600 km da capital do país (Fig. 4).

Possui 11 Municípios e uma população de 1.896.147 habitantes. (Instituto Nacional de estatística, 2014) cerca de 8% do total da população do país.

Tem 42 centros de saúde, 4 centro materno infantil, 5 hospitais municipais, 1 hospital provincial/ Geral, 52 postos de saúde (relatório da direção provincial de saúde, 2013)

1.8.Província do Huambo

Figura nº 4. Mapa da Província do Huambo (fonte: resultados preliminares senso 2014)



A província do Huambo tem 1 896 147 habitantes. O Município do Huambo tem 665 574, 35 % do total de habitantes da província, com densidade de 245,5 por Km² sendo 318 177 homens e 347 397 mulheres. (INE, Senso 2014).

A distribuição por género aponta para uma população composta por 48% de homens e 52% de mulheres. Maioritariamente, 55% da população encontra-se concentrada nas áreas urbanas e apenas 45% vive nas áreas rurais. A concentração das pessoas nas cidades, resulta em parte da migração (20%) em busca de segurança e de melhores oportunidades económicas. (INE- Senso 2014)

1.9.Morbilidade e mortalidade na província do Huambo de 2010 a 2013

Na Província do Huambo as doenças respiratórias agudas (DRA), as doenças diarreicas agudas (DDA) e a malária representam as primeiras três causas de morbilidade, e a raiva a causa de menor morbilidade, conforme tabela nº 2.

Tabela 2. Distribuição da morbilidade, Huambo 2010-2013

Doenças agudas	2010	2011	2012	2013
DRA	253.008	300.401	290.377	348.577
DDA	124.725	183.224	112.266	125.710
MALÁRIA	589.475	240.124	51.353	40.584
F.Tifoide	8.675	14.850	21.241	26.375
Tuberculose	2.263	2.275	2.187	1.418
VIH/SIDA	809	1.045	1.158	941
SARAMPO	1.100	288	502	1.242
MENINGITE	63	65	58	100
RAIVA	16	7	20	27
PARASITOSE	-	-	-	-
TOTAL	980.134	742.279	481.161	544.934

Fonte: relatórios da direção provincial de saúde da província do Huambo (2013)

Mortalidade e na Província do Huambo 2010-2011

As causas de mortalidade na província do Huambo em 2010 a 2013, foram sofrendo alteração, sendo que em 2010 as primeiras 3 causas de morte foram a malária, os acidentes e as DRA, em 2011 os acidentes passaram a ser a primeira causa e logo depois vinham DRA e a malária era a 3ª causa de morte. Em 2012 e 2013 os acidentes continuavam a liderar a causa de mortalidade na população as DRA em segundo e a tuberculose passou para a 3ª causa de morte entre a população, conforme consta da tabela nº 3 e 4

Tabela 3. Causas de mortalidade na Província do Huambo, 2010-2011

Causas	2010		2011
MALÁRIA	612	ACIDENTES	334
ACIDENTES	312	DRA	241
DRA	293	MALÁRIA	162
DDA	254	DDA	136
TUBERCULOSE	65	TUBERCULOSE	125
SARAMPO	51	VIH/SIDA	47
VIH/SIDA	34	MENINGITE	8
F.Tifoide	21	RAIVA	7
RAIVA	16	SARAMPO	7
MENINGITE	9		

Fonte: Relatórios da Direção Provincial de Saúde da Província do Huambo (2013)

Tabela 4. Causas de mortalidade na Província do Huambo.2012-2013

CAUSAS	2012		2013
ACIDENTES	370	ACIDENTE	384
DRA	209	DRA	280
TUBERCULOSE	123	TUBERCULOSE	113
DDA	81	DDA	107
MALÀRIA	47	VIH-SIDA	77
VIH-SIDA	26	RAIVA	27
RAIVA	20	F. TIFOIDE	25
F.TIFOIDE	12	SARAMPO	24
MENINGITE	11	MALÀRIA	19
SARAMPO	9	MENINGITE	7

FONTE: relatórios da direção Provincial da Saúde do Huambo

1.10. Organização e funcionamento do Hospital Regional do Huambo (HRH)

O HRH foi inaugurado a 19 de outubro de 1956 é regido nos termos do decreto presidencial 260/10 de 19 de novembro e Segundo a lei de bases do Serviço Nacional de Saúde, no decreto-lei numero 21-B/92, é no HRH onde devem ser referenciados os casos do Primeiro nível, Hoje tem uma capacidade instalada de 820 camas, funciona em regime de 24 horas, a sua cobertura demográfica é de aproximadamente 1 896 167 habitantes (INE, senso 2014).

Hoje, por orientação da Direção Nacional do Ministério da Saúde está a transformar-se em Hospital Regional.

Possui 17 médicos angolanos e 62 médicos expatriados, 502 profissionais de enfermagem sendo técnicos, Gerais e Licenciados (ver quadro em anexo).

Para além de pacientes da Província do Huambo o HRH também atende populações da província do Bié, Cuando Cubango e municípios limítrofes tais como, Waco-Kungo, Quibala, Cassongue, Ganda, e Chipindo. (Dados obtidos no encontro com o Diretor Geral de saúde do Hospital) O HRH possui as seguintes valências e especialidade a funcionar em permanência de 24 horas no banco de urgência os seguintes serviços:

Pediatria; Ginecologia e obstetrícia; Medicina interna; Cirurgia geral; Ortopedia; Cuidados intensivos; Anestesiologia; Imagiologia; laboratório clínico; Hematologia. As últimas três garantidas por técnicos. Funcionam em regime de chamada os especialistas em: Neurocirurgia; Oftalmologia; Otorrino laringologia; Angiologia; Neurologia; Urologia; Estomatologia; Neonatologia; Cardiologia; Maxilo-Facial; Serviços de Endoscopia;

Cuidados intensivos, Hematologia, Gastroenterologia, a exceção dos Cuidados intensivos todas as outras especialidades e valências são realizadas também na consulta externa. Segundo informações prestadas pela direção do HRM durante a nossa visita de campo.

Segundo o Regulamento Geral das unidades sanitárias do Primeiro Nível de Atenção (REGUSAP), o HRH deve atender uma população de cerca de 250.000 a 500.000 habitantes, e deve ter uma capacidade de 250 a 400 camas.

O HRH, no ano transato, segundo o relatório do serviço social, (2013), referenciou 56 pacientes. Destes, foram referenciados 21 casos por doença oncológica, 10 de fórum cirurgico, 10 de cardiologia, 3 de medicina, 3 de ortopedia, 2 de dermatologia, 1 caso de oftalmologia, psiquiatria 1 caso. Dos 56 identificados 4 adiaram a viagem, 1 abandonou o Hospital. No 1º 2º e 3º trimestre verificaram-se três óbitos antes da evacuação, e 3 ausentaram-se (ver tabelas em anexo).

Os casos de tumor representaram 37,5% do total de casos, os de cirurgia e cardiologia 17,85%, os casos de Medicina e ortopedia 5,37%, dermatologia 3,57%, Oftalmologia e Psiquiatria 1,78. Estes 56 casos foram referenciados para as seguintes unidades hospitalares:

Hospital Pediátrico David Bernardino, Hospital Josina Machel/ Maria Pia, Clinica Caridade, Hospital Oftalmológico de Benguela, Hospital Oncológico, Junta Médica (não havia a descrição de que se referiam a junta provincial ou a Junta Nacional) cujos casos que não são resolúveis no país passam por avaliação desta junta e desencadeia-se um processo de evacuação do paciente, maioritariamente para países com quem Angola tem convénio, mais precisamente o ministério da saúde de Angola, nomeadamente Cuba, Portugal, Africa do Sul, Namíbia. Os hospitais para onde o HRH referencia os doentes em média situam-se a 500 Km da cidade do Huambo.

Houve casos cujo relatório de actividade dos serviços sociais do HRH não referia para que unidade hospitalar o paciente tinha sido referenciado, 2 não tinham diagnostico, em alguns casos para patologias idênticas foram referenciados para unidades Hospitalares diferentes. Não foi possível identificar dados de contra referência do HRH para outras unidades.

O HRH definiu a 4ª feira como o dia para a evacuação dos pacientes. O tempo de espera é de aproximadamente 3 dias, se a decisão for tomada na segunda-feira, já que o Hospital definiu a 4ª feira como o dia de evacuação, se tivermos em conta que a maioria dos Hospitais que recebe os Pacientes do Hospital Regional do Huambo situam-se a mais ou menos 500 quilómetros do Huambo, e o meio de transporte é feito quase sempre por via aérea com demora de 45, e o transporte para as unidades pode levar em média uma hora, podemos afirmar que o tempo medio de espera é de cerca de 3 dias e

uma hora, se a decisão partir de segunda-feira e se for a quinta-feira será de 5 dias e 1 hora e 45´.

Chegados a unidade se vierem de ambulância tem acesso imediata a urgência, se forem de outro transporte após avaliação do profissional que recebe é tomada a decisão para que serviço enviar, seja para a consulta externa/ ambulatório ou em Urgência. Este tempo é o tempo que pela vivência podemos tomar como amostra.

O procedimento usado é o seguinte:

1º Os doentes atendidos na urgência, consulta externa ou internamento cuja situação clinica ultrapasse as condições técnicas para a resolução na unidade hospitalar, após avaliação com a direção clinica é tomada a decisão de referir a outra unidade hospitalar que possa dar resposta.

2º Ao médico assistente é solicitado um relatório médico que é visado pela direção clinica e/ou pela junta provincial caso a referencia seja para a junta nacional ou para o exterior

3º O Hospital assume as despesas de transporte do paciente e seu acompanhante, quase sempre por via aérea se a situação clinica do paciente o permitir.

4º Se a situação clinica do paciente for de alguma complexidade é nomeado para acompanhar o paciente um médico ou enfermeiro, conforme o caso cujas despesas de estadia e transporte são suportadas pelo Hospital.

5º As despesas de estadia do doente são suportadas pelo doente e/ou seus familiares.

Por vezes fazem-se contactos prévios com as unidades de referência, para o agendamento.

Quase todos os pacientes entram pela urgência nas unidades Hospitalares de referência (dados obtidos no encontro com o Diretor clinico do Hospital Geral).

Referências feitas pelo HRH por trimestre em 2013:

1º Trimestre 18 pacientes, 2º Trimestre 15 pacientes, no 3º trimestre 11 pacientes

E no 4º trimestre 13.

1.10. Organização e funcionamento do Hospital municipal (HMH)

O HMH foi criado pelo decreto-lei nº 2/07 de 3 de janeiro e inaugurado em 10 de dezembro de 2009. Tem a capacidade instalada de 80 camas, serve uma população de cerca de 700 mil habitantes, estando em funcionamento os seguintes serviços:

Banco de Urgência, consulta externa, Bloco Operatório, Hemoterápica, Planeamento Familiar, Imunização, Exames complementares de diagnóstico, nomeadamente Laboratório de Análises clínicas, imagiologia (RX, e Ecografia Pélvica), Farmácia, Sala de partos, Medicina geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Serviços Gerais, Serviços administrativos

O HMH situa-se a oeste da província do Huambo, no Município com o mesmo nome e fica a 15 Quilómetros de distância do HGH, funciona 24 horas por dia.

Quadro de pessoal do HMH

Para o atendimento diário médio de 450 doentes, o HMH conta com 1 Diretor Geral, um Diretor Administrativo, uma Diretora de Enfermagem, 7 médicos, dos quais 3 Angolanos, dois Cubanos e dois coreanos. Conta também com 121 Enfermeiros, dos quais 6 Licenciados em Enfermagem, 71 técnicos de Enfermagem e 44 auxiliares de Enfermagem, 23 técnicos de diagnóstico e terapêutica, 6 assistentes de administração e 34 de apoio Hospitalar. O financiamento é atribuído em cada ano económico através de verbas parcelares.

Referências realizadas em 2013 no HMH

São referenciados para o HMH os pacientes provenientes dos centros mais próximos, como o Hospital de reabilitação da Bomba Baixa que dista do HMH 5 quilómetros, dos centros de saúde do Sambo, Samboto que fica aproximadamente 50 km de Tcicalacholoanga, Chiva e outros, e a contra referência é feita, mais para questões de continuidade de curativos de feridas, mas este movimento de doentes é feito consoante o juízo do profissional que atende. Não identificámos documentos sobre os critérios para a tomada de decisão no HMH.

No HMH a referência dos pacientes pode ser feita a partir da urgência, consulta externa ou do internamento. Ao contrário do Hospital Geral do Huambo não são visadas

pelo diretor clínico, já que esta figura não é orgânica, os profissionais têm autonomia de fazê-lo, alguns pacientes são devolvidos por a unidade de referência exigir mais clareza no motivo, ou exigir exames confirmatórios, como é o caso do Hospital Sanatório do Huambo.

A distância que os pacientes têm de percorrer é de cerca de 15 quilómetros até ao HGH, o transporte usado pode ser o da Urgência ou do paciente ou seus familiares e os pacientes são acompanhados por uma guia de transferência no caso da Urgência ou um documento no papel de receita elaborado pelo técnico, que tomou a decisão de referir o paciente, ou pelo processo clínico no caso de a referência partir do internamento.

O tempo médio de espera após a tomada de decisão da referenciação a partir da urgência, esta dependente da disponibilidade da ambulância. Em média é de aproximadamente 2 horas

Para os pacientes que são referenciados para a consulta externa do HGH a referida consulta é agendada pelo paciente de acordo a disponibilidade da unidade recebedora do documento.

Todos os pacientes referenciados a partir da urgência e do internamento são acompanhados por um técnico.

1.12. Referências realizadas em 2013 pelo HMH.

Em Junho de 2013 foram referenciados 32 casos sendo 20 casos para ortopedia;1 para psiquiatria;1 para Hospital Sanatório; 2 para cirurgia; 4 para neonatologia; 2 medicina e 1 para pediatria. 18 Pacientes eram do sexo Masculinos e 14 do sexo feminino. Assim para ortopedia correspondeu 62,50%, psiquiatria 3,12%; fisiologia 3,12%; cirurgia 6,25%; neonatologia 12,5 %, Medicina 6,25%; pediatria 3,125%.

Portanto Ortopedia com 62,5%, Neonatologia 12,50%, e Pediatria com 6,25% são as que mais referências receberam

Em julho, foram referenciados do HMH para o HGH 81 casos 52 masculinos 29 femininos, 2 para otorrinolaringologia; 42 para ortopedia; 10 para cirurgia; 9 para neonatologia;1 para oftalmologia; 5 Hospital Sanatório; 2 urologia; 2 pediatria; 1 maxilo facial; 2 cardiologia;1 psiquiatria;1 neurocirurgia.

Do total de 81 casos em julho a ortopedia correspondeu a 51,85%, Cirurgia 12,34%; Otorrinolaringologia 2,47%; Neonatologia 11,11%; Oftalmologia 1,23%; Tisiologia 6,17% Urologia 2,47%; Pediatria 2,47%; Maxilo facial 1,23%; Cardiologia 2,47%; Psiquiatria 2,47%; Neurocirurgia 2,47%

Em Julho as valências com maior percentagem foram Ortopedia com 51,85%, Cirurgia com 12,34%, Neonatologia com 11,11%

Em Agosto foram referenciados um total de 45 casos, sendo 3 Hospital sanatório;7 Cirurgia; 18 Ortopedia;1 Neurologia; 5 Neonatologia;2 Dermatologia;3 Urologia;1 Ginecologia;1 Cardiologia;1 pediatria

Dentre eles 1 não tinha a idade referida, 1 não tinha o sexo definido, 4 não tinha o diagnóstico, 31 eram do sexo masculino e 14 do sexo feminino. Correspondendo a Tisiologia 6,66%; Cirurgia 15,55%; Ortopedia 40%; Neurologia 2,22%; Neonatologia 11,11%; Dermatologia 4,44%; Urologia 6,66%; Ginecologia 2,22%; Cardiologia 2,22%; Pediatria 2,22%.

Com maior percentagem foram Ortopedia 40%, Neonatologia 11,11%, Cirurgia 15,55%.

Em setembro, Foram referenciados 36 pacientes dos quais 14 do sexo masculino e 21 do sexo feminino nas seguintes especialidades: 3 Hospital sanatório;4 Cirurgia; 14 Ortopedia; 1 Urologia;1 Cardiologia; 3 Pediatria;1 Gastroenterologia;3 Otorrinolaringologia; 2 Oftalmologia;2 Hospital Psiquiátrico. Constatou-se ausência de definição de diagnóstico, em 3 casos, 2 sem preenchimento do sexo, e 2 sem a idade definida. Portanto Tisiologia 8,33%; Cirurgia 11,11%; Pediatria 8,33%, ortopedia 38,88%, Urologia 2,77%; Cardiologia 2,77%; Gastroenterologia 2,77%; Otorrinolaringologia8,33%; Oftalmologia 5,55%; Psiquiatria 5,55%;

As valências de Ortopedia com 38,88; Cirurgia 11,11%, Pediatria 8,33 e tisiologia 8,33 são as que mais receberam as referências do HMH.

Em outubro foram referenciados 78 pacientes, dos quais 60 do sexo masculino e 18 do sexo feminino para as seguintes valências: 5 Pediatria; 41 Ortopedia; 15 Cirurgia; 4 Hospital sanatório; 4 Cardiologia; 3 Maxilofacial;1 Otorrinolaringologia; 1 Dermatologia;1 Neonatologia. Destes faltavam dados sobre a idade e 1 caso, sem

diagnóstico 3 casos, sem definição para que unidade tinha sido referenciada 1 caso. Pediatria correspondeu a 6,41%; Ortopedia 52,56%; cirurgia 19,23%; tisiologia 5,12%; cardiologia 5,12%; Maxilofacial 3,84%; Otorrino 1,28%; Dermatologia 1,28%, Neonatologia 1,28%

Portanto a ortopedia com 52,55%, Cirurgia 19,23% e Pediatria com 6,41% são as que receberam mais casos.

Em novembro foram referenciados 44 pacientes, dos quais 33 do sexo masculino e 9 do sexo feminino, para as seguintes valências: 8 Cirurgia; 20 Ortopedia; 2 cardiologia; 2 Medicina; 4 pediatria; 1 estomatologia. Destes 2 não foi escrito o sexo, em 7 o diagnóstico, e em 3 o Hospital para onde foram enviados. Neste mês a cirurgia correspondeu a 18,18%; Ortopedia 45,45% Cardiologia 4,54%; Medicina 4,54%; Pediatria 9,09%; estomatologia 2,27%

Assim a Ortopedia com 45,45% , cirurgia 18,18%, e a Pediatria 9,09% são as que mais casos receberam.

Em dezembro foram referidos 24 pacientes, dos quais 11 masculinos,9 do sexo feminino, 3 sem definição do sexo. Para as seguintes valências: 3 Ortopedia; 1 Estomatologia;1 Pediatria; 1 Cardiologia;1 Maxilofacial;1 Medicina interna;1 Hospital sanatório;1 Neurologia;1 Urologia. A ortopedia correspondeu a 12,5%; Estomatologia, Pediatria, Cardiologia, Maxilo facial, Medicina interna, Tisiologia, Neurologia e Urologia 4,16% cada.

2. Objetivos do estudo

2.1. Objetivo geral

Caracterizar as percepções dos profissionais de saúde do hospital geral e do hospital Municipal do Huambo sobre o sistema de referência e contra referência no contexto do sistema de saúde de Angola.

2.2. Objetivos específicos

Descrever as ações do sistema de referência e contra referência voltadas para a promoção da saúde de acordo com os princípios do sistema de saúde de Angola;

Identificar as obrigações percebidas dos profissionais de saúde em relação as rotinas de notificação de referência e contra referência;

Analisar o modelo de referência e contra referencia implantado nas duas unidade de saúde,

3. Metodologia

3.1. Tipo de estudo: Foi um estudo qualitativo descritivo

3.2. População, Amostra e amostragem

A amostra foi constituída por 16 profissionais sendo 8 do HGH e 8 do HMM, destes 4 eram das categorias profissionais de médico e de enfermeiros. A amostragem foi não probabilística homogénea por cotas, relevante para o fenómeno em estudo, e estarem representadas as categorias profissionais de médico e enfermeiro das valências que mais referenciam ou contra referenciam, identificados nos dados estatísticos das unidades, portanto nas valências de ortopedia e cirurgias, seleccionados nos serviço de urgência e consulta externa, das duas unidades hospitalares.

Esta amostra é uma amostra que consideramos relevante para o estudo onde no decorrer do trabalho foram sendo criadas categorias de análise até a saturação do aparecimento de mais categorias, sendo os dados soltos sem nenhuma ligação clara a um domínio retirados.

A metodologia organizou-se em 3 fases.

1ª Fase análise documental para os principais documentos de base,

A 2ª decorreu com o encontro com o Diretor Provincial de Saúde, como entidade máxima da saúde na Província, onde fizemos a entrega de documentos e obter o seu aval para a realização da pesquisa, tendo em consideração não haver um comité provincial de ética e concomitantemente suas filiais nas unidades de estudo.

Na 3ª fase foram contactados os gestores das unidades para lhes dar a conhecer o projeto e receber a devida autorização para a recolha de dados. Nestes encontros foram entregues cartas de solicitação para a obtenção do quadro de pessoal, organigrama, com maior relevância para os serviços de urgência e consulta externa. Relatório de atividades do Serviço social do HGH, relatório de actividade da Direção Provincial de Saúde, consulta aos livros de registo do BU do HMM referentes ao ano de 2013, e de visitas as referidas unidades.

3.3. Critério de inclusão

Profissionais Médicos e Enfermeiros, ligados a áreas da consulta externa e Banco de urgência dos dois hospitais, estando no quadro de pessoal há mais de 6 meses, de ambos os sexos, Médicos e Enfermeiros, pertencentes às valências com maior percentagem de referências ou contra referências feitas.

Para a identificação destes serviços, recorreremos aos livros de registo e relatórios de actividade para analisar quais as valências com maior percentagem de referência ou contra referência, e destas seleccionamos os profissionais que participaram do estudo.

3.4. Local do estudo:

Foi desenvolvido no período de novembro de 2013 a novembro de 2014, em duas unidades Hospitalares da Província do Huambo, o Hospital geral e o hospital municipal.

3.5. Instrumento de recolha de dados:

Foram realizadas entrevistas, pelas vantagens que oferece, por permitir uma interação que se estabelece entre o entrevistado e o entrevistador, favorecendo a colheita de uma gama de informação, aprofundar os dados fornecidos e realizar correções sobre dados levantados, ouvindo directa e imediatamente da fonte, e consulta documental e entrevista gravada com aparelho gravador caça palavra, agendadas conforme a disponibilidade dos profissionais preferencialmente no local de trabalho. Assim realizaram-se 16 entrevistas, a enfermeiros e médicos do serviço de urgência e consulta externa, com base nos critérios acima descritos ou seja aqueles que trabalhavam em valências que tiveram um maior número de referência no ano anterior, portanto 2013, estando estes em melhor posição para falarmos com maior propriedade sobre as suas percepções referentes ao sistema de referência.

As entrevistas focalizaram-se na identificação da percepção que tinham sobre o processo de Referência e contra referência. Foi usado um guião com 8 questões sendo uma delas muito geral. As outras 7 representaram um desdobramento da questão geral para aprofundar melhor questões sobre: gostaria que descrevesse a sua vivência e percepção do sistema de referência e contra referência da sua unidade, dificuldades, ganhos, obrigações percebidas, decisores, procedimentos usados, vantagens, desvantagens,

satisfação profissional, feita a transcrição “verbatim” de todas as entrevistas foi feita a análise de conteúdo.

3.6. Critérios éticos

Foi solicitado aos participantes, a assinatura do consentimento livre e esclarecido onde puderam conhecer os objectivos do estudo, e que a informação aí obtida, por meio da entrevista, iria ser usada única e exclusivamente para os fins da pesquisa podendo desistir a qualquer momento sem que isto represente prejuízo para eles.

3.7. Análise de dados

Foi feita pelo método da grounded analysis. Tomando como referência as indicações de Strauss e Corbin(1990,1998) com uma recolha e análise sistemática e rigorosa dos dados orientada por processos indutivo, no sentido de conduzir a interpretação com rigor e precisão, e criatividade necessárias a ocorrência de um dos princípios básicos a interpretação dos dados .

Usou-se a codificação aberta que consiste nos procedimentos de decomposição, análise, comparação, e categorização dos dados de cada uma das entrevistas.

Considerou-se o facto de representarem uma ideia única, apesar de elas poderem ter diferentes extratos pertencentes a mesma unidade de análise ou diferentes e colocadas na respetiva dimensão (política, económico-social, organizacional e técnica).

A unidade recebeu uma codificação com 4 letras e três números sendo as primeiras letras relativas ao hospital de origem, respetivamente HGH; HMH a última E ou M conforme seja médico ou enfermeiro, e por último a letra correspondente a 1,2,3 a unidade de análise sequencialmente para as unidades de análise que foram surgindo. As categorias foram codificadas de a) a h).

Apesar de a metodologia ter por objectivo último a geração de teoria, O estudo poderá não formular teorias como objectivo do método, mas estimular a formulação de questões, que se podem afigurar úteis para outros estudos.

Após leitura exhaustiva, codificação, enumeração, classificação e agregação do material, feita através identificação das unidades de interesse, dos aspetos comuns entre elas, e

das inferências. Procedeu-se- à interpretação e categorização dos dados obtidos, os quais foram comparados com documentos oficiais, e literatura científica que aborda o tema.

Tendo em conta a sequencia narrativa(politica, economica e social, organização, e tecnica) os dados sem referencia clara a um destes dominios, comentários paralelos ou que saiam do contexto da entrevista foram retirados do material da analise.

Os textos foram decompostos,as unidedes foram categorizadas até a saturação. Usou-se um quadro de construção de categorias descritivas.e um quadro sintese de categorização conceptual. tendo em conta que trata-se de um trabalho sobre acesso aos cuidados, usamos o diagrama de Assis et all(2012).. são elas:

- Dimensão Politica,(tomada de decisão,protocolos,acordos)
- Dimensão Economico e social(barreiras sociais, economicas, culturais e fisicas)
- Dimensão Organizacional(Porta de entrada,fluxo de atendimento, regulação)
- Dimensão Tecnica(Responsabilidade/ obrigações percebidas dos profissionais e gestores, relação utente profissional.

A dimensão economica é referente a relação entre a oferta e procura, a dimensão tecnica ou modelo diz respeito a planificação e organização na rede de serviços local, a dimensão politica relativo ao desenvolvimento de politicas sanitárias locais, a disponibilidade e a acessibilidade sendo questoes ligadas a relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, o volume dos utentes e o tipo de necessidades, e a disponibilidade como a relação entre a localização da oferta e dos utentes, distancias entre eles e a forma de deslocamento, sendo o seu custo tambem consideradas A análise foi feita com base nas categorias agrupadas que se seguem:

1. Primeira categoria agrupada/

Políticas de referência e de contra referência do sistema local, levando-se em consideração as categorias a); b); C). (Acordos, protocolos, tomada de decisão)

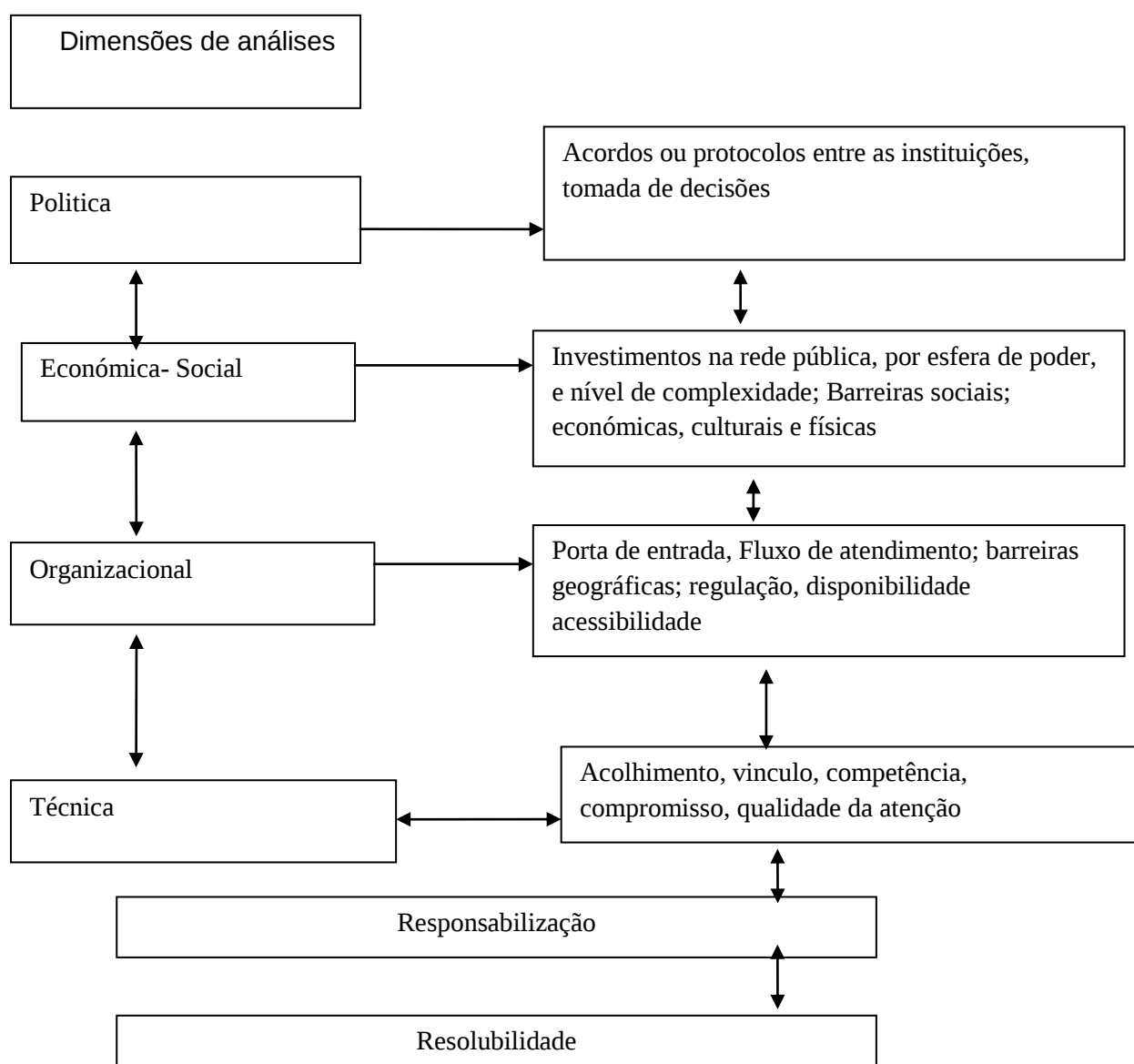
2. Segunda categoria agrupada

Funcionamento do Sistema de referência e contra referência considerando as categorias d); e); f); h). (Porta de entrada, fluxos de atendimento, critérios de encaminhamento, atendimento por níveis de complexidade, obrigações)

3. Terceira categoria agrupada

Fatores estruturantes do sistema local, considerando as categorias g),c)

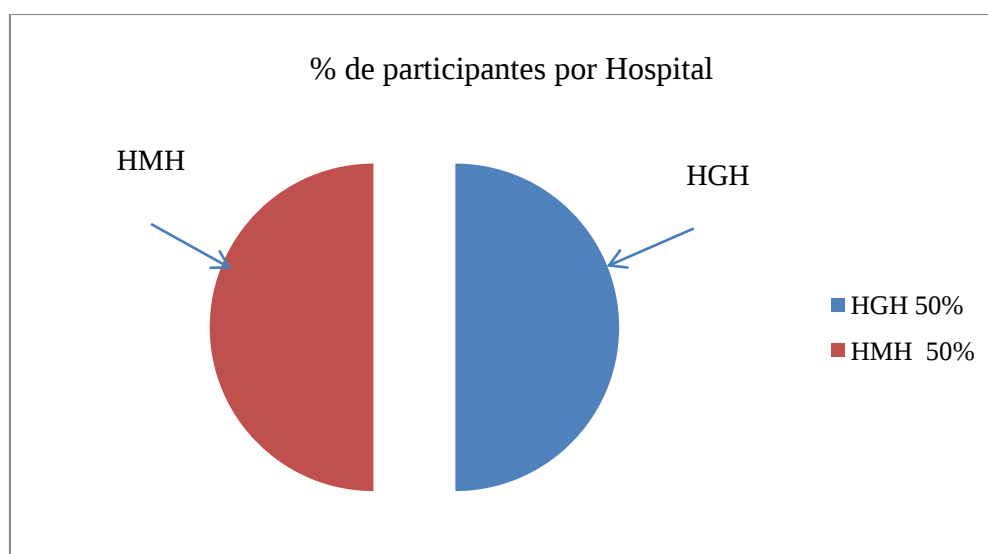
Quadro 3 relativas as dimensões base das categorias de análise do trabalho



4. Resultados e discussão

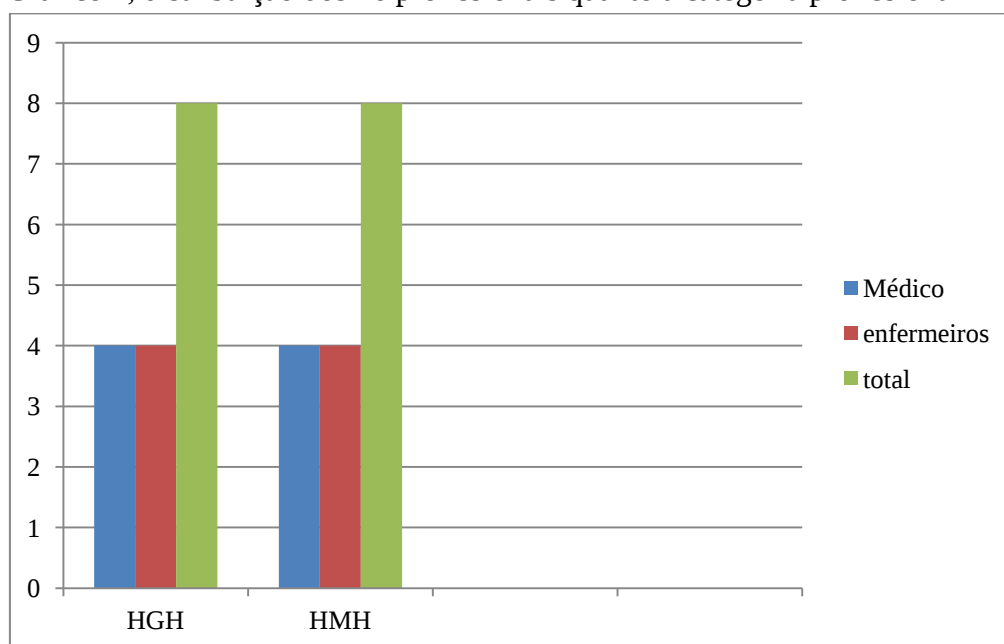
O tamanho da amostra, das unidades de saúde, nomeadamente o HGH e HMM foi de 18 profissionais de saúde, das categorias profissionais de médico e enfermeiro dos serviços de Urgência e consulta externa conforme representado na figura nº 5, e 6, com 50% de participantes para cada unidade.

Figura 5. Percentagem do total da amostra por Hospital



Fonte: dados da entrevista

Gráfico 1, distribuição dos 16 profissionais quanto a categoria profissional



Fonte: dados da entrevista

4.1. Caracterização sociodemográfica da amostra do HRH

Tabela 5. Distribuição dos 4 médicos do HGH e 4 Enfermeiros por idade, sexo, tempo de serviço, e categoria profissional.

Idade	Sexo	Secção	Tempo de serviço	Categoria profissional
37 Anos	Masculino	BU ortopedia	1 Ano	Especialista em ortopedia
37 Anos	Feminino	BU pediatria/ consulta	2 Anos	Médica interna geral
48 Anos	Masculino	BU cirurgia	10 Anos	Interno geral
47 Anos	Masculino	BU Medicina interna	2 Anos	Especialista medicina interna
30 Anos	Masculino	BU Cir.	7 Anos	Enf. Geral
48 Anos	Masculino	BU Ort.	8 Anos	Enf. Geral
34 Anos	Masculino	Cons. Ext. Ort.	10 Anos	Enf. Geral
43	Masculino	Cons. Ext. Cir	2 Anos	Enf. Geral

Dos oito profissionais, do HGH a média de idade dos 4 médicos era de aproximadamente 43 anos de idade, quanto ao sexo, 90% eram indivíduos do sexo masculino, e 10 do sexo feminino. 50% Especialistas respetivamente nas especialidades de, Ortopedia e Cirurgia que funcionavam na urgência e consulta externa do HGH. A média do tempo de serviço dos profissionais médicos era de 3 anos

Os profissionais de enfermagem, em número de 4, tinham média de idade aproximada de 39 anos de idade, 100% dos profissionais de enfermagem eram do sexo masculino. Pertencentes 50% ao serviço de Urgência nas especialidades de cirurgia, e 50% da consulta externa de cirurgia e ortopedia. Estes profissionais estavam em média a 6 anos no serviço. Todos, portanto 100% destes profissionais tinham a categoria de Enfermeiro Geral.

4.2.Primeira categoria de análise: Políticas de referência e contra referência no sistema local (a acordos, protocolos e tomada de decisão)

Sobre protocolos ou acordos: Dos 8 profissionais entrevistados, todos afirmaram desconhecer a existência de acordos ou protocolos entre a sua instituição e outras, sejam públicas privadas ou outras.

Sobre a tomada de decisão de referir 7 afirmaram ser da responsabilidade do médico e 1 afirmou que a percepção que tem deste aspeto, é que a decisão é tomada de forma colegial, mas todos consideraram que em ultima instancia é a Direção clinica e o Diretor do Hospital que em casos da referenciação ser feita para Luanda ou para a Junta Provincial de Saúde, toma o ultima decisão.

Quatro afirmaram que a referenciação é ser feita por escrito, num relatório Médico, conforme anexo 1 e se for para um Hospital localizado na Província do Huambo, fazem-no numa folha de receitas, conforme anexo 2

Um afirmou ter contra referenciado apenas uma vez em dois anos de serviço
Todos consideraram haver necessidade de acordos e protocolos e que a divulgação dos regulamentos, normas e procedimentos, ajudariam a prática destes processos.

4.3.Segunda categoria: Funcionamento do Sistema de referência e contra referência (Porta de entrada, fluxos de atendimento, critérios de encaminhamento, atendimento por níveis de complexidade)

Para três dos profissionais consideram que o paciente, no sistema instalado, entra por qualquer nível, seja primário, secundário ou terciário, apesar da hierarquia definida por lei. Pensam não estar bem definido o nível do HGH, já recebe pacientes referidos de toda a Província e de Províncias e Municípios vizinhos.

Quanto a fluxos de atendimento os profissionais afirmaram haver só um fluxo, o ascendente, o fluxo descendente não funciona, da periferia para o centro do sistema e a contra referência não funciona. Mas os critérios de encaminhamento fazem-se para complementar os cuidados na necessidade de tratamentos complexos, como o que ocorre para doentes oncológicos, internamento e intervenção cirúrgico para pacientes cardíacos para o Hospital Oncológico, centro cirurgia cardíaca no Hospital Josina Machel, Ou para os hospitais de especialidade como o HPH, HSH, CRFBA

Os profissionais consideraram haver necessidade de melhorar o atendimento nas unidades que referenciam para o HGH porque muitos destes pacientes vêm sem os cuidados considerados importantes para a primeira abordagem, principalmente para os casos de ortopedia e cirurgia.

Pensam que há sobrecarga no nível do HGH, porque atendem todos os pacientes independentemente de trazerem documento de referenciação.

O HGH recebe doentes referenciados de todas as unidades da Província e de Províncias e municípios limítrofes.

Os pacientes referenciados para Luanda, o HGH assume as despesas de transporte, a marcação previa não é feita, os pacientes referidos para aquela cidade entram pela urgência ou BU destas unidades conforme o caso

Na consulta externa ou BU do HGH os pacientes referenciados são atendidos por ordem de chegada. Na consulta para as especialidades que não funcionam todos os dias os técnicos agendam os pacientes numa lista cujo atendimento também é feito por ordem de chegada

Afirmaram haver constrangimentos no sistema, como a duplicação de cuidados e exames por falta desta informação nos documentos de referenciação e por ausência de um sistema de informação em rede que liga todas as unidades.

Falam da necessidade de mobilizar os utentes e informá-los que o atendimento tem que ser iniciado no Hospital Municipal ou centro de saúde.

4.4. Terceira categoria agrupada: Fatores estruturais do sistema local (qualidade na atenção, Investimento na rede, dificuldade financeira dos utentes)

Afirmaram que houve investimento porque as referencias para Luanda diminuíram, em termos de exames complementares de diagnóstico, mas a alta procura faz com que haja grandes tempos de espera, queixam-se que há tempos de espera elevados pela carência de médicos especialistas, e por vezes pedidos para consulta que deveriam ser revistos.

Por vezes os doentes perdem tempo e dinheiro porque ou a consulta não é realizada naquele dia ou devia ser feita de manha e as unidades que enviam para o HGH enviam no período da tarde.

Para a maioria dos entrevistados sentem-se satisfeitos na sua situação profissional

Gostariam que se criasse condições para que se fizesse marcação prévia para as consultas.

4.4.Hospital Municipal do Huambo. Caracterização socio demográfica e profissional da amostra do HMH

Tabela nº 6 de distribuição dos 4 Médicos e 4 Enfermeiros do HMH por idade, sexo, tempo de serviço e categoria profissional.

Idade	Sexo	Tempo de serviço	Categoria Profissional	Seção
34	Feminino	4 Anos	Médico Interno Geral	BU geral/ Consulta externa
37	Masculino	5 Anos	Médico Assistente	BU Maternidade/Consulta mat.
45	Feminino	1 Ano	Médico especialista Medicina Comunitária	BU Geral
49	Masculino	3 Anos	Médico Especialista Gineco/Obstetra	BU Mat./ Consulta externa Mat.
51	Masculino	5 Anos	Enf. Auxiliar	BU Geral
29	Feminino	3 Anos	Enf. Geral	BU Geral
28	Feminino	5 Anos	Enf. Geral	Consulta Ext.
50	Masculino	3 Anos	Enf. Auxiliar	Consulta Ext.

Como se pode observar, da amostra do HMH a média de idade dos profissionais médicos era de 41 anos, , 50% são do sexo feminino, e 50% do sexo masculino, 50% prestam serviços no Serviço de urgência geral e 50% na Ginecologia Obstetrícia e consulta externa , o tempo de serviço dos médicos em média era de 3 anos e 3 mais de 5 anos, em média o tempo de serviço. Quanto a categoria profissional, 50% dos profissionais médicos eram especialistas 50% interno geral . Dos 4 profissionais Enfermeiros do HGH 50% eram Enfermeiros gerais e 50% Enfermeiros Auxiliares. Sendo a média da idade era de 40 anos de idade.

Gráfico nº 4. Distribuição dos 4 médicos e 4 enfermeiros do HMH quanto ao tempo de serviço e seção

4.5. Primeira categoria de análise: Políticas de referência e contra referência no sistema local (acordos, protocolos e tomada de decisão) HMH

Dos profissionais entrevistados, afirmam não conhecer protocolos ou acordos entre o HMH e instituições que referem para esta unidade, mas a referem para os mesmos Deve haver melhor regulamentação e mais divulgação dos métodos para benefício dos doentes e das instituições.

No HMH a decisão de referir o doente pode ser tomada pelo médico ou pelo enfermeiro.

4.6. Segunda categoria: Funcionamento do Sistema de referência e contra referência (Porta de entrada, fluxos de atendimento, critérios de encaminhamento, atendimento por níveis de complexidade)

Quanto a porta de entrada, apesar de não terem acesso a protocolos ou acordos, normas e procedimentos ou outros documentos documento de referenciação os profissionais recebem todos os pacientes independentemente de trazerem documentos informativos da sua situação clinica.

Quanto aos fluxos, afirmaram que o HMH é referência formal para a região leste da Província do Huambo e que o HGH é referência formal para o HMH, mas apesar desta demarcação, os utentes entram para o sistema de onde preferirem porque a lei permite.

Quanto aos critérios de encaminhamento, cada um decide referenciar conforme o seu juízo de considerar que esgotaram-se todas as possibilidades de atendimento no HMH.

Este documento que se elabora para a referenciação não é visado pela direção.

Eles procedem todos da mesma maneira, se for para referenciar o utente para a consulta, elaboram num papel de receita os dados como a idade e causa da referenciação como se pode ver no anexo 3, se for para exames fazem-no em folha de pedido de análise se for para a urgência o médico elabora uma guia de transferência conforme anexo 6.

Pensam que o sistema funciona de forma unidirecional ou seja, do primeiro nível para os níveis subsequentes. No HMM não fazem contra referência, acontecendo em casos muito pontuais,

Um dos profissionais afirma que por existem conflitos com os profissionais que recebem os pacientes no BU do HG e muitas vezes os pacientes que são encaminhados para o HS também são devolvidos alegando insuficiência de dados da referenciação.

Consideram O sistema de referência instalado não ser ideal, e que não dá a garantia da continuidade de cuidados quando se trata das necessidades de consulta com o especialista no HGH, já que não é possível realizar marcação a partir da consulta da periferia.

Os nossos entrevistados consideraram haver alguma necessidade de investimento para o nível do HMM para que sejam capazes de satisfazer a procura, evitando assim maior afluxo no nível mais diferenciado, o HGH

Quanto a contra referência consideram que a mesma não funciona, embora haja alguma informalidade em que a contra referência é conseguida por contacto pessoal do médico, ou o paciente de forma espontânea procura o serviço, após alta no HGH.

A consulta externa do HMM encaminha os pacientes para a consulta externa do HGH,HS,HP, sem garantia de que esta vai acontecer, já que não há uma marcação prévia.

Alguns pacientes são devolvidos pelo HS por não cumprirem com os requisitos exigidos

Consideram haver impasse entre organizar o atendimento por área geográfica e respeitar a escolha do utente.

Para a referenciação vão pacientes para realização consultas, exames clínicos, internamento nos serviços de especialidade, ou realização de cirurgias

Há dificuldade de integração e comunicação entre os serviços, dificultando a continuidade do atendimento.

Afirmam que O relacionamento inter pessoal e de amizade entre os profissionais são importantes na obtenção de informações do paciente referido, ou quando o mesmo regressa ao HMM estas dependem do utente, perdendo-se informações importantes.

A dificuldade de referir é maior quando for para a UCI do HGH, os contactos são feitos de profissional para profissional.

4.7. Terceira categoria agrupada: Fatores estruturais do sistema local (qualidade na atenção, Investimento na rede, dificuldade financeira dos utentes)

Os profissionais entrevistados do HMH consideraram haver necessidade de investimento porque, por exemplo, apesar do HMH situar-se próximo da estrada nacional 250, onde ocorrem muitos sinistrados, e estes são trazidos para o HMH ou pelo corpo de polícia ou pelos que prestam o socorro na via pública, não há capacidade de resposta para trauma. Para eles a abertura de mais serviços seria de muito interesse.

Afirmam haver também dificuldade dos pacientes referenciados irem aos hospitais para onde são encaminhados, por dificuldade de transporte, já que o mesmo situa-se a mais ou menos 15 Km do centro e não há operadores de transporte público.

Muitos não querem ir e portanto não há garantia que de facto cheguem ao hospital para onde se envia, a grande preocupação é com doentes enviados para o HSH

5. Discussão

As normas e procedimentos poderiam definir o modo de operacionalizar a referenciação, apesar de que a lei é clara mas muito aberta. Define que o HGH sendo do segundo nível, é considerado referência formal para as unidades de primeiro nível e o HMH a referencia para os postos e centros de saúde da sua área de jurisdição. Conforme lei de bases do Serviço Nacional de Saúde nº21b/92 nos artigos 1º, ponto 1 (disposições gerais) artigo 2, ponto, alíneas a, b; Artigo 17 nº 1, capítulo III artigo 23 alíneas a ,b, c e d, (características do Serviço Nacional de Saúde), artigo 12, nos pontos 1, 2,3 e 4(sobre níveis de cuidados de saúde. Mas nos artigos.

No artigo 17, do Capítulo II sobre a organização do território, a lei abre a possibilidade de organização diferente da estabelecida, se assim for necessário, para segundo a mesma lei tornar mais rápida e comoda a prestação dos cuidados de saúde.

Portanto a introdução de normas e procedimentos, é necessária e não está contra o disposto por lei.

O conceito de poder interno das organizações, esta quase sempre integrada nos processos de tomada de decisão e de liderança, mas não como variável independente com virtualidades específicas para compreender o funcionamento das organizações (Ferreira neves e caetano.2011)

Os profissionais que participaram do estudo afirmam que o poder de decisão para a referenciação dos utentes esta claramente identificado, tanto no HGH como no HMH, o poder politico sem aquela associação que carateriza a tomada de decisão em que o seu exercício pleno gerar conflitualidades interpessoais e intergrupar, que poderia por em risco a eficiência e a eficácia do sistema de referenciação a este nível, não se coloca.

Mas este poder decisório parece ter sido “delegado” a outros profissionais que não os médicos, tendo em consideração que ao nível do primeiro nível, nomeadamente no HMH os profissionais de enfermagem também o podem fazer, talvez por um lado pela escassez daqueles profissionais que deveriam decidir. Esta situação parece legitimada pela autoridade formal das estruturas de saúde do HMH. Se olharmos para esta frase:

“Quando preciso referenciar algum doente, se tiver dúvida, vou ao médico que esta no BU, se não, eu envio mesmo a partir da consulta, aqui na consulta geral quase nunca tem Médico”.

O poder do ambiente externo às organizações, portanto o poder que é exercido a partir da organizações com função reguladora e controladora, exercido pelo estado, através do MINSA, com base nas leis e regulamentos, definiu os níveis de assistência e de referenciação como consta na lei de bases do SNS 21B/92, mas que para nós precisa de regulamentação.

O estado assumiu constitucionalmente a assistência a saúde a todos os cidadão de que dela precise sem discriminação. Introduziu a descentralização financeira e administrativa com a entrada em vigor do programa de Municipalização dos serviços de saúde, retirando portanto a concentração de poderes de decisão, quer da gestão quer da prestação, diminuindo a incerteza quanto ao desempenho e os resultados esperados, valorizando assim o primeiro nível de atenção como a porta de entrada no sistema para algumas unidades de primeiro nível. Como o HMH.

Mas esta questão da porta de entrada está longe de ser de facto interiorizada, tanto pelos técnicos como pelos utentes. Primeiro a lei permite livre escolha, conforme conta da Lei de Bases do Sistema Nacional de saúde. Senão vejamos:

“Nós aqui no HGH atendemos todos que vêm cá parar, independentemente que tenham sido referenciados ou não.”

“...Seria bom melhorar-se o atendimento no primeiro nível para não sobrecarregar-nos aqui no HGH”

Esta necessidade de regulamentação e revitalização dos cuidados primários de saúde que podia propiciar acesso universal aos cuidados essenciais que os profissionais confirmaram esta de acordo aos resultados encontrados no estudo de Oliveira e Artman (2009) propiciando igualdade de acesso e continuidade dos cuidados. Apesar de que para Assis et al (2012, pag 2866) a igualdade não se cria por lei, ainda que não se consolida a igualdade sem lei, consideramos que a regulação oferece oportunidade para

ação. O objectivo da referenciação deve ser exatamente o de acesso integrar aos cuidados

Os profissionais de enfermagem afirmaram sentir esta necessidade de regulamentação tal como Oliveira e Artmam, (2009), no seu estudo sobre regionalização dos serviços de Saúde: desafios para o caso de Angola, afirmou, são a necessidade de reformas no Sistema de Saúde de Angola importantes, pelas deficiências operacionais encontradas.

A existência de acordos e linhas de mando nas organizações, apesar de limitado, definem as ações dos indivíduos, por serem regras constantes nas contingências do funcionamento das organizações (Ferreira *et all* 20011)

O Hospital Geral do Huambo recebe utentes referidos de todas as unidades de saúde situados na Província incluindo o Hospital Municipal do Huambo e de Províncias limítrofes. Estes muitas vezes vêm com as questões básicas que deveriam ser realizadas no primeiro nível de abordagem por realizar, o que tem gerado algum conflito.

Em algumas especialidades realizadas na consulta externa a mesma é obtida por marcação prévia que o paciente obtém deslocando-se a unidade, e outras por ordem de chegada e o seu atendimento no dia é feito por ordem de chegada.

Existem constrangimentos no sistema por ausência de um sistema de informação, que permita marcação prévia, disponibilidade célere dos dados do utente, provocando assim duplicação de trabalho como realização de exames, ocupação, aumento do tempo de internamento a partir do primeiro nível. A comunicação em rede poderia evitar resultando em duplicação de trabalho, embaraços para o paciente, já que por vezes perdem a viagem porque a consulta não funciona todos os dias.

Juliani e Ciamponi (1999), e Almeida (2010) chegaram a este resultado de que a ausência de informação tinha como efeito a duplicação de actos.

O Relatório Mundial de Saúde da OMS (2008) sobre cuidados primários de saúde considerou que os sistemas de saúde estão a desviar-se para questões de equidade, como sendo oferta limitada de cuidados especializados, fragmentada por controlo da doença, os profissionais consideram que a rede deveria ser potencializada nas suas carências obtendo-se dois benefícios:

- Acesso integral aos cuidados,
- uso apropriado dos diferentes níveis de assistência. E dos recursos disponíveis.

A qualidade de procedimento efetuado foi posta em causa, se olharmos para esta frase:

“Muitas vezes com dois pontos poderia ter resolvido, outras vêm sem nenhuma infusão e o médico assinou. Será que não viu o doente”

Por um lado, parece haver aqui conflitos. Ferreira *et all* (2011) considera os conflitos como uma das causas que podem inviabilizar o aumento da eficácia organizacional. Por aquilo que observamos, eles não estão em explosão, mas estão latentes no ambiente de receção de pacientes referenciados, poderão em certa medida inviabilizar a comunicação entre os intervenientes.

Muitos dos pacientes não têm a possibilidade de se deslocar, mas os hospitais são organizações que devem funcionar como sistemas abertos. No sistema de referência e contra referência ainda mais pela interdependência, causada pela diferença nas densidades tecnológicas, impostas pela escassez de recursos e a sua hierarquização na prestação de cuidados, esta rede deve favorecer a partilha tanto dos meios como do conhecimento usando de uma coordenação que integre todos para o mesmo fim. Com a definição do acesso geográfico que Assis e Jesus (2012) caracteriza como sendo a distancia a percorrer e o tempo entre a unidade e a residência do utente, tendo em conta fatores estruturantes como a distancia a que os utentes devem percorrer para chegar aos serviços de saúde, o custo desta deslocação é bastante elevado.

Não tivemos acesso da legislação que faça alusão a tão importante questão, sobre distancias territorial definidas que os hospitais de estudo têm em relação aos habitantes, mas partindo do bom senso, e tratando-se de hospitais que localizados na Província, assumimos que tem para atender a totalidade da população no caso 1 896 147 habitantes para o Hospital geral e 665 574 para o hospital Municipal (senso 2014, INE).

Assim consideramos a localização do HMM, pouco estratégica para aliciar os utentes a frequência, e os casos de trauma que são a maioria do total das referências, que foram feitas em 2013 por exemplo não encontram resposta aí.

Apesar de em termos de distância em quilómetros situar-se aproximadamente a 15 quilómetros da sede a acessibilidade está comprometida por condicionantes de transporte e comunicação. Este pode ser um dos aspetos que faz com que os utentes não procurem os serviços quando referenciados para outras unidades. Um estudo da satisfação do utente e percentagem dos pacientes referenciados que chegam a ter a sua situação clínica atendida e os tempos de espera seriam de grande valia para se necessário fazerem-se os ajustes necessários.

Muikissa Hjortsberg CA (2002), citado por Artmann (2010) no seu estudo concluiu que o grau de acesso depende da distância que se deve percorrer, custo e tempo de viagem, já que dos pacientes que viviam a 5Km de um provedor de saúde, 50% procurava os serviços e apenas 17% de habitantes que viviam a 40 Km tomavam a mesma decisão.

Para a rede de referência funcional, deve se atribuída uma área geográfica de influência e um papel específico na área assistencial (organização interna e a governação do Hospital (MINSA,2010) sendo atribuído uma missão, que deve permanecer estável por longos períodos. Pensamos que a sua alteração tenha sempre por base resultados de estudos periódicos das alterações epidemiológicas das populações que serve ou alterações demográficas

A solução encontrada em Portugal, onde algumas redes de referência foram criadas em função das patologias tem sido alvo de críticas, segundo os autores não privilegia a integração de cuidados, já que obriga a dispersão a profissionais e a doentes com patologias múltiplas. A atual forma instituída em Angola e nomeadamente na província do Huambo, com base territorial e em rede foi considerada vantajosa pelo grupo de reformadores. Mas consideramos que esta rede se conecte e fomenta partilha de informação, com protocolos e acordos com outras instituições que não só a pública, com um sistema de informação funcional, permitindo portanto a partilha de espaço e tecnologias.

Como se pode ver no PNDS 2012-20125 o programa de prestação de cuidados primários e assistência Hospitalar, no sub programa sobre a operacionalização da prestação de cuidados prevê que 85% das patologias frequentes sejam atendidas no primeiro nível, 15% dos casos que precisem de cuidados e serviços Hospitalares de

média complexidade no nível terciário regional, e no nível central 5% de casos que precisem de cuidados e serviços especializado de alta complexidade.

Os principais regulamentos para esta temática podem se vistam na lei de bases do sistema nacional de saúde, 21-B/92, do regulamento geral das Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde (decreto presidencial nº 54/03 de 5 de Agosto e no regime jurídico da gestão hospitalar (decreto presidencial nº260/10 de 19 de Novembro não são ainda implementados na questão da referenciação

O PNDS 2012-2025 considera haver necessidade da tipificação e adoção de tecnologia de saúde adequada para cada nível de atenção com vista a aumentar a oferta em termos de exames complementares diagnóstico e terapêutica essencial.

6. Conclusões

- O sistema de Referência instalado é ainda insipiente,
- A contra referência não funciona
- O sistema de referência e contra referência é bastante débil entre os três níveis do SNS;
- Não há possibilidade de marcação prévia a partir de unidades que referenciam
- Não existe um sistema de comunicação em rede ente as unidades de Saúde
- Por vezes a relação de amizade dos profissionais facilita o encaminhamento
- Em algumas especialidades o doente é devolvido por falta de dados
- A referência é feita em relatório médico no HGH para doentes para junta médica ou para especialidades em Luanda, no HMM é feita em guia de transferência para o BU do HGH ou em folha de receita para a consulta nos HS,HP, CMFR
- A decisão de Referenciar é do Médico no HGH, no HMM é tanto do Médico como do Enfermeiro
- A lei sobre a matéria carece de regulamentação
- Estudos sobre qualidade e satisfação do utente quanto ao sistema instalado deverão ser realizados para se ter outra visão sobre o sistema de referência e contra referência instalado.
- A divulgação do sistema entre os profissionais e dos utentes e mais estudos sobre esta matéria deverão ser realizados para incentivar um conhecimento maior a este nível

Para que a referência e contra referência se torne num mecanismo para viabilizar a continuidade de cuidados e a responsabilidade compartilhada, necessita que outros pressupostos sejam cumpridos, como seja questões técnicas, política e organizacionais indispensáveis

7. Recomendações

Há a necessidade de redefinir a prestação dos cuidados de saúde segundo os níveis de atendimento, assim como a criação de normas e circuitos operacionais que permitam o funcionamento do sistema de referência e contra referência.

Que a Direção Provincial de Saúde do Huambo assuma o papel de liderança, melhorando a comunicação inter institucional a partir de um órgão centralizado de âmbito provincial e não só.

8. Bibliografia

1. Almeida Patty Fidélis de; Giovanella, Lígia; Mendonça Maria Helena Magalhães de; Escorel, Sarah. **Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: Estratégias de Integração entre Níveis Assistenciais em Grandes Centros Urbanos.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26 (2):286-298, fev., 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000200008
2. Araújo Assis, Marluce Maria; Luiz Abreu de Jesus, Washington. **Acesso aos serviços de saúde. Abordagens. Conseitos políticas e modelos de analise.** Ciência e saúde colectiva. Vol.17. nro 11. Novembro de 2012. Pp2865- 2875. Rio de Janeiro. Brasil.
3. Assis. Marluce Maria Araújo; Tereza Cristina Scatena Villa; Maria Ângela Alves do Nascimento **Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática.** Ciênc. Saúde coletiva vol.8 no.3 São Paulo 2003.http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300016
4. Ana Escoval. Financiamento. **Inovação e sustentabilidade.**2008. 1º ed. Lisboa
5. Ana Albuquerque Queiroz; Maria Amélia Meireles; Sara Raquel Cunha. **Investigar para compreender.** Lusociência. Loures.2007.
6. António Carlos Gil. **O Projeto na Pesquisa Fenomenológica.** [Internet] Anais IVSIPQ- ISBN. Disponível: <http://www.sepq.org.br/IVsipeq/anais/artigos/44.pdf>. Acesso: 4/9/2013.
7. AMOSTRAGEM. INE 7002 - **Amostragem**
<http://www.inf.ufsc.br/~marcelo/Cap7.pdf>
file:///C:/Users/User/Documents/semin%C3%A1rio%20II/tecnica%20de%20amostragem%20n%C3%A3o%20probabilistica.pdf //
8. BILHIM, J.A. de Faria- BILHIM, J.A. de Faria- **Teoria organizacional. Estruturas e pessoas.** 2ª Edição. Lisboa. Artes gráficas. Universidade Técnica de Lisboa.2004. 474 p.

9. CAMPOS, Luís; BORGES, Margarida; PORTUGAL, Rui. **Governança dos Hospitais**. Casa das Letras. 1ª Edição. Outubro. 2009
10. Carlos Alberto Silva; Margarida Saraiva; António Teixeira. **A QUALIDADE E SAÚDE: Perspectivas e práticas**. Edições Silabo.2010. nº 1.
11. Centro brasileiro de estudos de saúde (jornal) Cebes, **mais médicos reduziu encaminhamentos a hospitais em mais de 20%**. Publicado em 22/12/2014
12. David, Eduardo Rodrigues Haumba. **INFLUÊNCIA DO PROTOCOLO NO ATENDIMENTO EM UNIDADES DE SAÚDE DA ÁREA MATERNA INFANTIL NA PROVÍNCIA DO CUNENE – ANGOLA**. Lisboa.2014. tese.
13. Eleonor Minho Conill^I; Márcia Cristina Rodrigues Fausto^{II}; Lúgia Giovanella^{II}. **Contribuição da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina**. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. Vol.10 supl.1 Recife Nov. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500002. Acesso em:14/7/2014
14. Ferreira,J.M.Carvalho. Neves, José. Caetano, António. **Manual de psicologia das organizações**. Escolar editora.2011.
15. FLICK, Uwe- **Métodos qualitativos na investigação científica**. Lisboa. Monitor Projetos e Edições Ld.^a 2005. 305 p.
16. FORTIN, Marie-Fabienne. COTÈ, José e FILION, Françoise. **Fundamentos e etapas do processo da investigação**. Lusodidacta.2009.
17. FRANTINI, Rosa Gaio; SAUPE, Aline Massaroli. **Referência e contra referência: Contributo para a integralidade em saúde**. Ciência Cuidado e Saúde. Jan/Mar. Vol. 7. Nº1.2008.Disponível: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908> Acesso: 5/9/2013
18. JULIANI, C.M.C.M; CIAMPONI, M.H.T.

19. Harfouche, Ana Paula. **Hospitais transformados em Empresas. Análise do impacto na eficiência: estudo comparativo:** Universidade técnica de Lisboa. Lisboa.2008.
20. INE. **Resultados preliminares do resenciamento geral da população e habitação de Angola.**2014.
file:///C:/Users/User/Documents/semin%C3%A1rio%20II/Resultados%20Preliminares%20%20Censo%202014_FINAL%20 (1).pdf.
21. Mariana Vieira da Silva **Políticas publica na saúde em Portugal. Tendências recentes.** Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), CIES-IUL, Lisboa, Portugal.
ile:///C:/Users/User/Documents/seminário%20II/politicas%20públicas%20de%20saude%20em%20Portugal.pdf
22. Ministério da Saúde. **Avaliação de normas de orientação clínica.** 2004.
23. MINSA. **Plano nacional de desenvolvimento sanitário.** 2012-2025. Agosto de 2012. Vol.2 Disponível em:
file:///C:/Users/User/Downloads/PNDS_2012_2025_VOL_2(2).pdf
Acesso em 9/7/2014
24. Ministério do Planeamento, Instituto Nacional de Estatística **Multiple Indicator Cluster Survey-2.** Angola, 2001.
25. Ministério da Saúde, **Relatório do Inquérito Alimentar em Angola.** Luanda, 2007.
26. Ministério do Planeamento, Instituto Nacional de Estatística. **Inquérito Integrado Sobre o Bem-Estar da População (IBEP)** 2008-2009: Principais Resultados Grelha de Indicadores, Angola, 2010.
27. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde,** Angola. Luanda, 2010.
28. MINSA, **Reforma do Sistema Nacional de Saúde,** Luanda, Outubro 2009
29. Macedo, Natália; Macedo Vítor, **Gestão Hospitalar. Manual prático.** Edições técnicas.2008

30. OMS. Relatório mundial de saúde 2008. **Cuidados primários de saúde.**
http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf
31. **Organização do sistema de referência e contra referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros.** Ver. Esc. Enf. USP, Vol. 33, nº 4 p323-33, Dez. 1999. Disponível em:
a. <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/465.pdf>. Acesso: 3/9/2013.
32. OLIVEIRA, Miguel dos Santos de; ARTMANN, Elisabeth. **Regionalização dos Serviços de saúde: desafio para o caso de Angola.** Cad. Saúde Pública. Vol.25 nº4. Rio de Janeiro. Abril. 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n4/06.pdf>. acesso: 4/9/2013.
33. Organização Mundial da Saúde. **Estratégia de cooperação da OMS com os países.** 2009/2013. Luanda Angola
<file:///C:/Users/User/Downloads/ccs-angola-2009-2013-pt.pdf>
34. Patty Fidélis de Almeida,1 Márcia Cristina Rodrigues Fausto2e Lígia Giovanella3
Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a03v29n2.pdf>
35. QUIVY, Raymond [et al.] - **Manual de investigação em ciências sociais.** 2ª ed. Lisboa : Gradiva, 1998. 282 p.
36. QUEZA, Armindo José. **Sistema de Saúde em Angola: uma proposta a luz da reforma do serviço nacional de saúde em Portugal.** FMUP. Abril, 2010. Disponível:
<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/50407/2/Sistema%20Nacional%20de%20Sade%20Angolano%20e%20Contributos%20%20Luz%20da%20Reforma%20do%20SNS%20Portugus.pdf>. Acesso: 3/9/2013.
37. KISIL, Marcos. **Educación en Administracion de Salud: una evolución del caso Brasilenõ.** Bol. Of. Sanit.Panam.Vol.99,nº3,1989.Disponivel
<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v99n3p266.pdf>.
38. Reis, Denizi Oliveira; Araújo, Eliane Cardoso de Luiz Carlos de Oliveira Cecílio.
Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde.

39. SERRA, Carlos Gonçalves and RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **Avaliação da referência e contra referência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil).** *Ciênc. Saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.3, pp. 3579-3586. ISSN 1413-8123. ciênc. saúde coletiva vol.15 suppl.3 Rio de Janeiro Nov. 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900033>
40. Silva, Sílvia Fernandes da. **Organização de Redes Regionalizadas e Integradas de Atenção à Saúde: desafios do Sistema Único de Saúde.** *Ciênc. Saúde* Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S141381232011000600014&script=sci_artt_ext. Acesso em: 14/7/2014
41. Silva, Mariana Vieira da D. **SOCIOLOGIA, PROBLEMAS E PRÁTICAS,** Instituto Universitário de Lisboa. Lisboa: Portugal. n.º 69, 2012, pp. 121-128. DOI: 10.7458/SPP201269790
42. Sílvia Cristina Mangini Bocchi Carmen Maria Casquel Monti Juliani Wilza Carla Spiri. **MÉTODOS QUALITATIVOS DE PESQUISA: UMA TENTATIVA DE DESMISTIFICAR A SUA COMPREENSÃO.** “ 2008 http://www.emv.fmb.unesp.br/pdf/moodle/enfermagem/pesquisa_qualitativa_2008.pdf Acesso em: 5/11/2014. Disponível em: http://www.emv.fmb.unesp.br/pdf/moodle/enfermagem/pesquisa_qualitativa_2008.pdf
43. Tânia Modesto Veludo de Oliveira- FEA USP. **Amostragem não Probabilística: Adequação de Situações para uso e Limitações de amostras por Conveniência, Julgamento e Quotas.** *Administração On-line. Prática - Pesquisa – Ensino.* ISSN 1517-7912. **Volume 2 - Número 3 (julho/agosto/setembro - 2001)** http://www.fecap.br/adm_online/art23/tania2.htm
44. World Health Organization (Organização Mundial da Saúde). **National Health Accounts, 2011.**
45. World health Organization. **Country cooperation strategy. At all glance.** Maio. 2013. http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccsbrief_ago_09_po.pdf

Acesso em: 7/7/2014

46. Wendt, Claus (2009), “**Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare**”, *Journal of European Social Policy*, 19 (5), pp. 432-445.
47. USAID. **Avaliação do sistema de saúde de Angola**.USAID.2010
Disponível em:
48. [file:///C:/Users/User/Downloads/Angola HSA Report Portuguese FIN 2 %20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Angola%20HSA%20Report%20Portuguese%20FIN%202%20(2).pdf). Acesso em:12/7/2014.
49. USAID. **AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE DE ANGOLA**. 2010
[file:///C:/Users/User/Downloads/Angola HSA Report Portuguese FIN 2 %20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Angola%20HSA%20Report%20Portuguese%20FIN%202%20(3).pdf)
50. **Teoria organizacional. Estruturas e pessoas**. 2ª Edição. Lisboa. Artes gráficas. Universidade Técnica de Lisboa.2004. 474 p.
51. Helena Legido-Quigley; Martin McKee; Ellen Nolte; Irene A. Glinos. ASSURING THE QUALITY OF HELTH CARE IN THE EUROPEAN UNION. A casa for action. Observatory studies series nº 12
52. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. **Improved health system performance through better care coordination**. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2007.acesso em: <http://www.readcube.com/articles/10.1590/S0102-311X2010000200008>
- Hjortsberg CA, Mwikisa CN. **Cost of access to health services in Zambia. Health Policy Plan 2002**; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11861588>
53. **Jornal de investigação biomédica e Biofarmaceutica Vol.9 nº 1. Administração em Saúde: da prestação a avaliação de resultados**.2012
54. UNICEF. **Tracking Progress on Child and Maternal under nutrition**. New York, NY: UNICEF, Luanda-Angola, 2009.

55. KENNY DELMONTE OLIVEIRA; KEYLLA LOPES DE ALMEIDA; THIAGO LEITE BARBOSA

AMOSTRAGENS PROBABILISTICA E NÃO PROBABILISTICA: técnicas e aplicações na determinação de amostras. JERÔNIMO MONTEIRO. 2012

Disponível

www.google.com/?gws_rd=ssl#q=amostra+n%C3%A3o+probabilistica+homogenia

56. KENNY DELMONTE OLIVEIRA; KEYLLA LOPES DE ALMEIDA; THIAGO LEITE BARBOSA **AMOSTRAGENS PROBABILISTICA E NÃO PROBABILISTICA: técnicas e aplicações na determinação de amostras** . JERÔNIMO MONTEIRO. 2012.

https://www.google.com/?gws_rd=ssl#q=como+achar+a+proporcionalidade+numa+amostra+n%C3%A3o+probabilistica+homog%C3%A9nia+por+cotas

57. As políticas públicas no brasil. SARRETA, FO. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo:

Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978- 85-7983-009-9.

[ile:///C:/Users/User/Documents/seminário%20II/politicas%20públicas%20no%20Brasil%202.pdf3](file:///C:/Users/User/Documents/seminário%20II/politicas%20públicas%20no%20Brasil%202.pdf3).

58. Métodos qualitativos de pesquisa. Ou técnicas de análise qualitativa Disponível em: [file:///C:/Users/User/Documents/semin%C3%A1rio%20II/material%20para%20a%20análise%20por%20grau%20teoria%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Documents/semin%C3%A1rio%20II/material%20para%20a%20análise%20por%20grau%20teoria%20(1).pdf)

59. Getzen, Thomas E. **Health Economics, Fundamentals and of Funds**. Second edition

60. **Avaliação da referência e contra referência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro** (RJ, Brasil)
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a33.pdf>.

