

UM OLHAR SOBRE A SAÚDE E NUTRIÇÃO EM ANGOLA

REVISÃO DAS FINANÇAS PÚBLICAS | 2023

Copyright © United Nations Children’s Fund (UNICEF)

Abril 2023

Alguns direitos reservados. Esta obra está disponível sob a licença Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO.

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>)

Nos termos desta licença, poderá copiar, redistribuir e adaptar esta obra para fins não comerciais, desde que a obra seja devidamente citada, conforme indicado abaixo. Em qualquer utilização desta obra, não deverá haver qualquer sugestão de que o UNICEF endosse qualquer organização, produtos ou serviços específicos. O uso do logotipo do UNICEF não é permitido. Se adaptar a obra, então deverá licenciar a sua obra sob a mesma licença ou sob uma licença equivalente Creative Commons.

Qualquer mediação relacionada com litígios que surjam sob a licença será conduzida de acordo com as regras de mediação da Organização Mundial da Propriedade Intelectual (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Sugestão de citação: Um Olhar Sobre a Saúde e Nutrição em Angola: Revisão das Finanças Públicas, UNICEF, 2023. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Fotografias: © [Mat Napo](#) (2021); © [WHO](#) / Booming - Carlos Cesar (2021); © [UNICEF](#) / Maria Lemos (2021); © [UNICEF](#) / Carlos César (2018); © [Alex Meier](#) (2019)

Os gráficos neste relatório são acessíveis a pessoas com daltonismo.

Agradecimentos

Este relatório é produto da colaboração entre o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF; *United Nation's Children's Fund*) em Angola e o Governo de Angola, e foi desenvolvido com o apoio da Leadership Business Consulting (LBC).

O projecto foi coordenado por Louise Moreira Daniels (UNICEF) com o apoio de Marcelo Cohen Freeman (UNICEF), Kamia Carvalho Abambres (UNICEF), Frederico Brito (UNICEF), Edson Monteiro (UNICEF) e Abdoulaye Fall (UNICEF). Foi desenvolvido sob a supervisão de José Pedro Melo (LBC) por Gil Pires (LBC), Teresa Carvalho (LBC) e Mirian Marques (LBC), em colaboração com Ricardo Mexia, Dinamene Oliveira, Herberto Monteiro e Diogo Faria de Oliveira.

As entidades consultadas no desenvolvimento deste trabalho foram o Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística (GEPE) e a Secretaria Geral do Ministério da Saúde (MINSa), a Direcção Nacional de Saúde Pública — MINSa, o Programa Nacional de Imunização — MINSa, o Programa Nacional de Nutrição — MINSa, a Direcção Nacional do Orçamento Geral do Estado — Ministério das Finanças (MINFIN), o Departamento Nacional de Segurança Alimentar — Ministério da Agricultura e Florestas (MINAGRIF), o GEPE do Ministério das Pescas, o GEPE do Ministério da Assistência Social, Família e Promoção da Mulher (MASFAMU), a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o Banco Mundial.

Gostaríamos de agradecer a todas as pessoas envolvidas no processo de consulta, especialmente às que se disponibilizaram para entrevistas, às que forneceram à equipa analítica os dados sobre o tema em questão e às que participaram nos *workshops* de consulta e validação realizados em Luanda.

Muito obrigado.



Abreviaturas

ADRA	Acção para o Desenvolvimento Rural e Ambiente
ASH	Água, Saneamento e Higiene
BCG	Bacillus Calmette–Guérin (Vacina)
CGE	<i>Conta Geral do Estado</i>
CSPR	Casa de Segurança do Presidente da República
DALY	Anos de Vida Ajustados à Incapacidade <i>Disability-adjusted Life Years</i>
DHIS2	Sistema Digital de Informação Sanitária 2 <i>Digital Health Information System 2</i>
DRC	República Democrática do Congo <i>Democratic Republic of the Congo</i>
DTP	Diphtheria, Pertússis (Tosse Convulsa), e Tétano (Vacina)
EC	Comissão Europeia <i>European Commission</i>
EPP	Equipamento de Proteção Pessoal
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura <i>Food and Agriculture Organization of the United Nations</i>
GEPE	Gabinete de Estudos e Planeamento de Estatísticas
HBV	Virus da Hepatite B <i>Hepatitis B Virus</i>
HepB3	Hepatite B 3ª Dose (Vacina)
Hib3	<i>Haemophilus influenzae</i> B 3ª Dose (Vacina)
HPV	Vírus do Papiloma Humana <i>Human Papiloma Virus</i>
MASFAMU	Ministério da Acção Social, Família e Promoção da Mulher
MDT	Tratamento Multidrogas contra a Lepra (Leprosy) Multidrug Treatment
MESCTI	Ministério do Ensino Superior, Ciência, Tecnologia e Inovação
MINAGRIF	Ministério da Agricultura e Florestas
MINDENVP	Ministério da Defesa Nacional e Veteranos da Pátria
MINIT	Ministério do Interior

MINOPOT	Ministério das Obras Públicas e Ordenamento do Território
MINSA	Ministério da Saúde
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPV	Vacina Oral da Poliomielite <i>Oral Polio Vaccine</i>
PDN	Plano de Desenvolvimento Nacional
PIB	Produto Interno Bruto
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RFP	Revisão das Finanças Públicas
SINAS	Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUN	<i>Scaling-Up Nutrition</i>
SVA	Suplementação com Vitamina A
TB	Tuberculose
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância <i>United Nation's International Children's Emergency Fund</i>

Sumário Executivo

Os sectores da saúde e nutrição de Angola têm feito um enorme progresso desde o início do século. Por exemplo, só entre 2012 e 2022, o país reduziu a sua taxa de mortalidade materna em 29%. As taxas de mortalidade neonatal, infantil e de menores de cinco anos também diminuíram em 30%, 19% e 28% respectivamente, entre 2012 e 2020.

Este progresso tem sido acompanhado por um aumento da complexidade dos relatórios financeiros sobre o sector por parte do Governo. Os Orçamentos Gerais do Estado e as Contas Gerais do Estado têm-se tornado cada vez mais transparentes e detalhados — o que por sua vez permite a análise do desempenho das Despesas Públicas.

Este relatório fornece uma Revisão das Finanças Públicas (RDP) dos sectores da Saúde e Nutrição em Angola, identifica os principais desafios e fornece um caminho para enfrentar os desafios que subsistem.

O orçamento anual da saúde em Angola aumentou de forma constante entre 2016 e 2022 — mostrando um crescimento de 299%, sendo que atingiu em média 5.0% do Orçamento Geral do Estado. No entanto, o crescimento nominal não reflecte necessariamente um aumento real do investimento no sector quando se contabiliza a inflação. Isto é ainda agravado por taxas de execução relativamente baixas — que atingiram uma média de 75.6% entre 2012 e 2021.

Em 2022, o orçamento da saúde representava 4.8% do OGE e 1.6% do Produto Interno Bruto, num total de Kz 905.5 mil milhões (US\$ 2.6 mil milhões) ou Kz 27.3 mil per capita (US\$ 54 per capita). O orçamento está fortemente centralizado no Governo Central, com apenas 38% dos fundos alocados aos Governos Provinciais em 2022. Os Serviços Hospitalares Gerais e os Serviços de Saúde Pública são de longe as duas maiores componentes do orçamento da saúde — tendo uma representação combinada de mais de 60% desde 2013.

A despesa total com a saúde em Angola é globalmente baixa, especialmente tendo em conta o crescimento da sua população. É fortemente financiada pela Despesa Interna Pública, mas a maior fonte de financiamento é a Despesa Privada Interna, na sua maioria Despesas de Bolso (*out-of-pocket*) — o que coloca um enorme fardo financeiro sobre as famílias. Em termos de Despesa Total em Saúde como percentagem do PIB, Angola ocupa o 45º lugar num total de 47 nações africanas.

Relativamente ao foco na nutrição, o trabalho aqui apresentado é um dos poucos relatórios que visa especificamente o sector. O mau estado nutricional de uma grande parte da população angolana torna o tema tremendamente importante, especialmente tendo em conta que a malnutrição é um dos principais factores de risco

para os anos de vida ajustados à incapacidade (DALYs- *Disability-Adjusted Life Years*) no país.

Historicamente, o orçamento de nutrição em Angola tem vindo a aumentar de forma constante. Em 2022, era de Kz 529.0 mil milhões (US\$ 1.1 mil milhões) — o que representava 2.8% do OGE e Kz 16.0 mil per capita (US\$ 34.7 per capita). As intervenções específicas à nutrição representavam 1.6% do orçamento, enquanto as intervenções sensíveis à nutrição representavam 97.8%. Este é um rácio de específico para sensível de 1.7% (1/60). As intervenções facilitadoras da nutrição cobriram os restantes 0.5% do orçamento de nutrição.

Uma análise minuciosa dos vários serviços e programas de saúde proporcionou uma visão-chave da despesa pública do sector. Existe uma forte inconsistência entre os documentos de política de saúde e de nutrição, sendo particularmente notório para a nutrição. Além disso, as políticas de saúde e nutrição são reflectidas com maior precisão no Orçamento Geral do Estado quando incluídas no Plano Nacional de Desenvolvimento 2018 - 2022, em oposição ao Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012 - 2025.

Angola também enfrenta desafios com a vigilância de rotina do estado de saúde dos seus cidadãos, o que, por sua vez, impossibilita a implementação de uma estratégia orçamental baseada em resultados. Isto é ainda agravado pela evidência de que, quando os dados estão disponíveis, o orçamento não se adapta necessariamente à informação — por exemplo, as metas são definidas com objectivos a longo prazo em mente e não são ajustadas anualmente com base nos resultados dos anos anteriores.

Finalmente, também se tornou claro que a imunização de rotina necessita de um maior financiamento. De acordo com a OMS, em 2021, o Governo de Angola gastou US\$ 28.7 milhões (Kz 18.3 mil milhões) em imunização de rotina — o equivalente a US\$ 28.9 por criança sobrevivente (Kz 18.4 mil) nesse ano. Em comparação, a região africana da OMS gastou, em média, entre 2018 e 2020, US\$ 41 por criança sobrevivente.

Segundo dados governamentais fornecidos à OMS, nos últimos dez anos, a cobertura geral de imunização em Angola ou segue ou está acima da cobertura média estimada para a região africana da OMS. No entanto, os relatórios oficiais estão na maioria dos casos acima da cobertura estimada calculada pela OMS e pelo UNICEF, que estimam a cobertura em Angola como normalmente inferior à média em cerca de 20 p.p.

Com base nas principais conclusões da Revisão das Finanças Públicas, apresentamos no relatório as seguintes 8 recomendações:

1. Continuar a aumentar o orçamento anual da saúde

Angola tem um longo caminho a percorrer para alcançar uma cobertura de saúde universal e para isso requer um maior compromisso financeiro por parte do seu Governo. A fim de alcançar o compromisso assumido na Declaração de Abuja de 2021 de afectar 15% do OGE ao sector da saúde, o Governo teria de aumentar o orçamento da saúde em 42% anualmente até 2027 ou em 30% anualmente até 2030.

2. Estabelecer um organismo operacional multisectorial para coordenar a Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

A governação do sector da nutrição está fragmentada entre o MINSA e o MINAGRIF. Embora tenha sido estabelecida uma Plataforma Nacional Multisectorial para a Nutrição em 2018, não fomos capazes de determinar se a plataforma está ou não activa. O Governo deve procurar reactivar esta plataforma e/ou fornecer os meios para tornar este organismo multisectorial mais operacional.

3. Assegurar a previsibilidade dos orçamentos de desenvolvimento para alimentar estratégias de longo prazo

Cada programa deve ter um plano de investimento a médio e longo prazo - adjacente ao Plano Nacional de Desenvolvimento. Isto asseguraria que aqueles que coordenam os programas poderiam planear e implementar projectos a longo prazo. Adicionalmente, o facto de o orçamento ser disponibilizado numa base mensal impede uma mobilização de recursos adequada, nomeadamente porque os procedimentos de contratação pública tendem a exigir longos períodos de tempo.

4. Reestruturar e alinhar os indicadores de nutrição de acordo com as recomendações internacionais

Propomos que Angola adopte os quatro indicadores (e respectivas metas) definidos nas Metas Globais de Nutrição da OMS 2025 e na Extensão das Metas da OMS/ UNICEF até 2030, no âmbito do Programa para a Melhoria da Saúde Materno-Infantil e Nutrição.

5. Criar um Sistema Nacional de Avaliação do Desempenho em Saúde

Estabelecer um Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) responsável pela monitorização do desempenho dos hospitais e centros de saúde, que servirá de base para um maior envolvimento dos estabelecimentos de saúde locais na tomada de decisões e na estratégia orçamental.

6. Investir e envolver-se activamente na Monitorização do Desempenho em Saúde

É importante que o Governo reinicie inquéritos de saúde a nível nacional, mas também que aumente a sua frequência. Deve também haver um aumento do financiamento do programa de Reforço do Sistema de Informação Sanitária e Desenvolvimento da

Investigação em Saúde — que é responsável pela implementação do Sistema de Notificação de Surto de Epidemias e do Sistema Digital de Informação Sanitária (DHIS2- *Digital Health Information System*).

7. Continuar a melhorar a prestação de contas e o detalhe do orçamento nacional

Os Orçamentos Gerais do Estado e as Contas Gerais do Estado têm-se tornado cada vez mais detalhados e informativos. Este é um esforço bem-vindo que precisa de ser continuamente melhorado. Neste relatório, fornecemos uma pequena lista de outras melhorias que podem ser feitas no futuro.

8. Aumentar as despesas com imunização de rotina e realizar uma análise financeira sobre a relação custo-eficácia

A imunização de rotina não só reduz a mortalidade infantil, como é também um bom plano de investimento a longo prazo. O governo deve, portanto, considerar um aumento das despesas com a imunização de rotina, orientado por uma Estratégia Nacional de Imunização de Rotina, bem como realizar uma análise financeira sobre a relação custo-eficácia, a fim de maximizar o financiamento futuro.

Todas estas recomendações visam apoiar os compromissos recentemente assumidos pelo Governo de Angola na Declaração de Luanda (2022)¹.

¹ OMS, [Reforçar os cuidados de saúde primários em Angola](#) (2022)

Conteúdos

Agradecimentos	3
Abreviaturas	5
Sumário Executivo	7
Conteúdos	11
1. Introdução	13
1.1. Contexto e Objectivos	13
1.2. Políticas e Governação dos Sectores da Saúde e Nutrição	14
2. Desempenho dos Sectores da Saúde e Nutrição	21
2.1. O Estado Atual da Saúde e Nutrição em Angola	21
2.2. Despesa Pública em Saúde	26
2.3. Despesa Pública em Nutrição	43
2.4. Serviços Hospitalares Gerais e Especializados	51
2.5. Programa para a Melhoria da Assistência Médica e Medicamentosa	53
2.6. Programa de Reforço do Sistema de Informação Sanitária	60
3. Saúde Materno-infantil	61
3.1. Serviços de Centros Médicos e de Maternidade	61
3.2. Programa para a Melhoria da Saúde Materno-infantil e Nutrição	63
3.3. Um Olhar Atento aos Desafios da Saúde Materno-infantil e Nutrição	70
4. O Calendário Nacional de Vacinação	73
4.1. O Calendário Nacional de Vacinação	73
4.2. Imunização de Rotina: Orçamento e Cobertura	74
4.3. Um Olhar Atento às Doenças Preveníveis através da Imunização	77
5. O Combate às Endemias	81
5.1. Serviços de Saúde Pública	81
5.2. Programa de Combate às Grandes Endemias	85
5.3. Um Olhar Atento às Doenças Endémicas	92
5.4. Resposta de Emergência à COVID-19	101

6. Conclusões e Recomendações	103
6.1. Conclusões-chave	103
6.2. Recomendações.....	106
Anexos	117
Anexo I. Indicadores de Desempenhos dos Programas de Saúde e Nutrição	117
Anexo II. Taxas de Câmbio	121

1. Introdução

1.1. Contexto e Objectivos

O principal objectivo desta Revisão das Finanças Públicas (RFP) dos sectores da Saúde e Nutrição em Angola é avaliar a dimensão, composição, equidade e eficiência da despesa pública em relação ao desempenho do sector. Saúde e nutrição são duas áreas que estão intrinsecamente ligadas entre si. Aqui, iremos rever a estrutura básica do sistema de saúde do país e analisar a forma como os fundos governamentais são atribuídos dentro dos sectores da saúde e nutrição, a equidade na orçamentação e a sua eficiência geral. A análise visa fornecer um instrumento para melhorar a afectação orçamental do Governo de Angola, bem como um mecanismo através do qual os intervenientes no sector possam compreender melhor as despesas nacionais de saúde.

A última RDP a centrar-se no sector da saúde em Angola foi publicada em 2007². Foi um produto conjunto desenvolvido pelo Banco Mundial em colaboração com um grupo de múltiplos parceiros de desenvolvimento do Governo de Angola, incluindo a Comissão Europeia (CE), a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO), a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). E forneceu uma ampla e extensa análise do sector no país e da estrutura das despesas em saúde.

Esta análise concluiu com uma lista alargada de 18 recomendações detalhadas sobre como melhorar a despesa pública em saúde. Estas recomendações centraram-se nas cinco questões-chave seguintes:

1. A necessidade de aumentar a despesa pública em saúde e nutrição;
2. A necessidade de rever as categorias orçamentais;
3. A necessidade de estabelecer mecanismos de orçamentação baseados em resultados com mecanismos de monitorização e indicadores de desempenho;
4. A necessidade de um plano estratégico na saúde e de maior capacidade de planificação estratégica;
5. A necessidade de aumentar a descentralização no sector da saúde.

² World Bank, European Commission, Food and Agriculture Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Development Program, World Health Organization (2007). [Angola: Public Expenditure Review, Volume 1. Policy Briefing and Volume 2. Sectoral Review.](#)

A presente revisão pretende actualizar as conclusões do relatório anterior, publicado há dezasseis anos, e desenvolvê-las, reavaliando as questões-chave destacadas e alargando o âmbito da análise — incluindo uma análise aprofundada da forma como as despesas em nutrição são orçamentadas. Adicionalmente, este documento, que abrangerá a última década (2012 — 2022) e se irá centrar particularmente no período entre 2018 e 2022, distinguir-se-á pelo seu foco nos impactos da despesa pública global nas crianças, na sua saúde e qualidade de vida — especialmente nos últimos cinco anos.

No que diz respeito ao foco na nutrição, o trabalho aqui apresentado é um dos poucos relatórios que visa especificamente o sector. As Revisões das Despesas Públicas Nutricionais são um esforço relativamente recente, com apenas 7 revisões publicadas até à data (Bangladesh, Butão, Indonésia, Nepal, Ruanda, Sri Lanka e Tanzânia) — a mais antiga publicada em 2018. Este relatório, que foi desenvolvido tendo em conta as directrizes estabelecidas pelo Banco Mundial³, baseia-se num corpo vivo de trabalho e espera-se que sirva de base para uma melhor orçamentação em torno da nutrição.

Tal como na revisão anterior de 2007, o presente estudo (o seu âmbito e análise) é limitado pela disponibilidade de dados em Angola, mas também pela informação disponibilizada à equipa durante o desenvolvimento deste projecto, tanto pelo Governo de Angola como pelas organizações não governamentais que colaboraram no mesmo.

1.2. Políticas e Governação dos Sectores da Saúde e Nutrição

1.2.1. Saúde: Políticas

Para compreender a despesa pública no sector da saúde em Angola, é essencial compreender primeiro as ligações entre cada um dos intervenientes, como interagem uns com os outros e os quadros políticos que estruturam o sector.

Em 2011, o Governo de Angola criou — através do Decreto Presidencial nº 84/11, de 27 de Outubro — um comité multisectorial, coordenado pelo Ministro da Saúde, encarregado de elaborar o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012 - 2025⁴, publicado em 2015. Este documento é considerado um dos instrumentos políticos centrais do sector, concebido para apoiar o Sistema Nacional de Saúde a nível técnico, financeiro e político. É um documento estratégico e operacional, impulsionando tanto

³ World Bank, [A Guiding Framework for Nutrition Public Expenditure Reviews](#) (2022).

⁴ [Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012 – 2025](#)

a Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo para 2025 (Angola 2025), publicada em Janeiro de 2007⁵, como a Política Nacional de Saúde. Este destaca as prioridades governamentais no sector e propõe ainda acções e intervenções concretas.

A sua elaboração foi um processo participado, envolvendo os Programas Nacionais de Saúde, várias Províncias, parceiros nacionais e internacionais; teve em conta uma revisão bibliográfica dos documentos-chave, tais como a Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo acima referida e a Política Nacional de Saúde, bem como os dados mais recentes disponíveis sobre o estado de saúde da população.

Houve uma contribuição significativa dos 9 Programas de Saúde implementados na altura:

1. Prevenção e luta contra a doença
2. Prestação de cuidados primários e assistência hospitalar
3. Gestão e desenvolvimento de recursos humanos
4. Desenvolvimento da investigação em saúde
5. Gestão e desenvolvimento da rede de saúde
6. Gestão e desenvolvimento do abastecimento e logística do sector da saúde, e desenvolvimento do sector farmacêutico e gestão de dispositivos médicos
7. Reforço do sistema de informação sanitária e desenvolvimento na investigação em saúde
8. Desenvolvimento do sector da saúde institucional
9. Financiamento e sustentabilidade financeira do sistema nacional de saúde

O último Plano Nacional de Desenvolvimento 2018 - 2025 destaca o empenho contínuo do Governo em "combater a pobreza e promover a melhoria sustentável do estado de saúde do povo angolano, apoiando em particular os grupos populacionais mais vulneráveis e pobres, assegurando uma longevidade mais saudável". Nele, o Plano Nacional de Saúde Pública 2012 - 2025 é mais uma vez mencionado como o documento estratégico fundamental. No entanto, os Programas de Saúde em vigor sofreram alterações. Existem agora quatro Programas de Saúde com objectivos específicos e resultados mensuráveis:

1. Melhoria da Assistência Médica e Medicamentosa
2. Melhoria da Saúde Materno-Infantil e Nutrição
3. Combate às Grandes Endemias pela Abordagem das Determinantes da Saúde
4. Reforço Do Sistema De Informação Sanitária E Desenvolvimento Da Investigação Em Saúde

⁵ [Angola 2025: Angola um País com Futuro](#) (2007)

1.2.2. Saúde: Governação

Existem diferentes níveis de governação dentro do Sector da Saúde em Angola:

O nível superior inclui o **Ministério da Saúde** (MINSa) e outras instituições nacionais. O MINSa é responsável por i) definir as políticas do sector, ii) preparar, monitorizar e avaliar os planos estratégicos para o sector e iii) regulamentar o sector.

Dentro da estrutura do Ministério da Saúde existem várias direcções, departamentos e gabinetes⁶ (Direcção Nacional de Saúde Pública, Direcções Nacionais de Recursos Humanos e Direcção Nacional de Assistência Hospitalar, Secretariado-Geral, Gabinete de Informática e Comunicação, Gabinete Jurídico, Gabinete de Intercâmbio, Gabinete de Planeamento e Estatística, Gabinete de Ética e Humanização e a Junta Nacional de Saúde).

O MINSa delega o papel de fornecer definição de políticas, planeamento estratégico, monitorização e supervisão da prestação de serviços de saúde a nível provincial à Direcção Nacional de Saúde Pública e à Direcção de Cuidados Hospitalares e, adicionalmente, ao Instituto Nacional da Luta Contra a SIDA.

A Direcção Nacional de Saúde Pública é actualmente composta por três departamentos: Departamento de Cuidados de Saúde Primários, Departamento de Higiene e Vigilância Epidemiológica e o Departamento de Controlo de Doenças. Cada uma destas entidades, por sua vez, tem um subconjunto de Programas Nacionais, concentrando-se em tópicos particulares no âmbito da saúde e nutrição.

A nível provincial, os Gabinetes Provinciais de Saúde são os responsáveis pela implementação táctica e operacional da política de saúde. E a nível local, os Gabinetes Municipais de Saúde implementam as operações de acordo com as políticas em vigor. Existem diferenças significativas entre os recursos atribuídos através dos diferentes níveis, bem como entre diferentes organizações ao mesmo nível — como será descrito no Capítulo 2.2.

A prestação de cuidados e a prestação de serviços de saúde é também organizada através de um sistema de três níveis: nível primário (centros de saúde comunitários, postos sanitários e hospitais municipais), nível secundário (hospitais provinciais e maternidades) e nível terciário (hospitais especializados).

Os governos provinciais são responsáveis pela rede de saúde da sua província, incluindo os níveis primário e secundário. Apesar de os Hospitais Provinciais estarem sob a tutela dos Governos Provinciais, gozam de um certo grau de autonomia

⁶ [Ministério da Saúde de Angola](#)

operacional. Relativamente ao nível terciário, tem havido um desenvolvimento significativo nestes últimos anos. É importante notar que tanto o MINSA como os Governos Provinciais têm hospitais sob a sua tutela.

Existem também cinco subsistemas e serviços suplementares considerados como parte do sistema nacional⁷:

- O Serviço de Saúde das Forças Armadas Angolanas (DSS/EMG/FAA), que é o maior parceiro nacional do MINSA no que diz respeito à assistência aos serviços comunitários das principais empresas públicas (SONANGOL, ENDIAMA e outras);
- O Serviço Nacional de Protecção Civil do Ministério do Interior, que assume a liderança na organização de uma resposta a catástrofes naturais e emergências, incluindo emergências de saúde pública. É também responsável pelas intervenções de vigilância sanitária organizadas pela Polícia Nacional em áreas relacionadas com a supervisão, actividades económicas e controlo de fronteiras;
- Empresas privadas com fins lucrativos em áreas de difícil acesso que fornecem apoio logístico para actividades de campanha em larga escala e resposta a situações de emergência sanitária;
- O subsistema de educação em saúde, que abrange instituições técnicas e profissionais, bem como escolas médicas públicas e privadas;
- Serviços de saúde e serviços de saúde privados sem fins lucrativos, essencialmente geridos por instituições religiosas e organizações não governamentais.

1.2.3. Nutrição: Políticas

O estado nutricional de uma grande parte da população angolana tem sido reconhecido como um desafio em vários documentos estratégicos nacionais. Um assunto que tem ganho crescente relevância ao longo dos anos e cujas políticas têm aumentado em complexidade. Segue-se uma lista das políticas angolanas mais relevantes no domínio da nutrição, por ordem cronológica:

1. Um estado nutricional pobre foi reconhecido como uma fraqueza para o desenvolvimento nacional do país na **Estratégia de Desenvolvimento a Longo Prazo para 2025 (Angola 2025)**, publicada em janeiro de 2007⁸. Neste documento, é mencionado que, em 2004, houve um programa de nutrição que se centrou em inquéritos nutricionais em algumas províncias, suplemento de vitamina A e iodização de sal.

⁷ OMS, [Country Cooperation Strategy: At a Glance](#)

⁸ [Angola 2025: Angola um País com Futuro](#) (2007)

2. A **Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**⁹ (2009 - 2013) foi lançada em 2009 através de um esforço interministerial coordenado pelo Ministério da Agricultura. Os seus objectivos incluem a diminuição dos níveis de desnutrição através da melhoria do acesso aos alimentos, serviços de saúde primários, educação e saneamento, e a criação de uma plataforma intersectorial para a coordenação de políticas e acções sobre segurança alimentar e nutricional, com a participação da sociedade civil. Um relatório conjunto do UNICEF e a iniciativa Acção para o Desenvolvimento Rural e Ambiente (ADRA) em 2018 revelou que a Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional ainda não tinha sido efectivamente implementada¹⁰.
3. No **Plano de Desenvolvimento Nacional 2013 - 2017**¹¹ (PDN) publicado em 2012, o Governo definiu vários programas e medidas chave para o sector da saúde. Uma das medidas recomendadas no âmbito do programa de "*prestação de cuidados de saúde*" dizia respeito à nutrição e consistia na "*prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais*". Esta medida tinha apenas um indicador de desempenho: taxa de cobertura da suplementação com vitamina A em crianças com idades entre os 6 e os 59 meses, cujo objectivo era atingir 95% de cobertura até 2017.
4. Em 2015, foi lançado o **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012 - 2025**¹², incluindo um projecto sobre a "*prevenção e tratamento das doenças nutricionais*" com, entre outros, os seis objectivos seguintes:
 - i. Reduzir a taxa de malnutrição crónica (*stunting*) em crianças menores de cinco anos para menos de 5%, até 2021
 - ii. Aumentar a cobertura da prática de aleitamento exclusivo até aos 6 meses para 85%, até 2021
 - iii. Aumentar a cobertura da suplementação com vitamina A em crianças dos 6 aos 59 meses de idade para 95%, até 2021
 - iv. Reduzir a prevalência de baixo peso em menores de cinco anos para menos de 10%, até 2021
 - v. Aumentar a cobertura do consumo doméstico de sal iodado para 90%, até 2021
 - vi. Aumentar a cobertura da suplementação de ferro e ácido fólico pré-natal para 95%, até 2025
5. O documento político angolano mais recente a definir objectivos nacionais no domínio da nutrição ao qual tivemos acesso é o **PDN 2018 - 2022**¹³, emitido em 2018. Este inclui o programa para a Melhoria da Saúde Materno-Infantil e Nutrição, sendo um dos objectivos do programa melhorar o estado nutricional

⁹ [Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional \(2009\)](#)

¹⁰ ADRA, UNICEF, [Nutrição, segurança alimentar e agricultura no Orçamento Geral do Estado 2018](#) (2018)

¹¹ [Plano de Desenvolvimento Nacional 2013 - 2017](#)

¹² [Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012 - 2025](#)

¹³ [Plano de Desenvolvimento Nacional 2018 - 2022](#)

das crianças com menos de 5 anos de idade através da suplementação com micronutrientes. Este objectivo apresenta as seguintes três metas:

- i) Reduzir a taxa de malnutrição em crianças menores de 5 anos de 19% em 2016 para 9% em 2022
- ii) Aumentar a prevalência do aleitamento exclusivo até aos 6 meses para 80%, até 2022
- iii) Aumentar a cobertura da suplementação com vitamina A em crianças dos 6 aos 59 meses de idade para 60%, até 2021

Na primeira meta não é claro qual a forma de malnutrição em causa. Considerando os dados reportados no IIMS 2015 — 2016¹⁴, podemos deduzir que está relacionado com a percentagem de crianças com peso inferior ao normal.

Concluindo a nossa revisão sobre políticas angolanas relevantes no campo da nutrição, é importante salientar que existem dois documentos políticos dos quais tivemos conhecimento, mas aos quais a equipa analítica teve acesso, e, portanto, não pôde analisar. Nomeadamente, a Estratégia Nacional de Nutrição para a Primeira Infância, e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Além disso, a Estratégia Nacional Integrada de Saúde Sexual, Reprodutiva, Materna, Recém-nascido, Infantil e Adolescente e Nutrição está actualmente a ser elaborada.

1.2.4. Nutrição: Governação

Relativamente à governação, o sector da nutrição em Angola está fragmentado, com funções relevantes integradas em diferentes ministérios.

O Programa Nacional de Nutrição é um dos programas dentro do Departamento de Cuidados de Saúde Primários da Direcção Nacional de Saúde Pública. Por conseguinte, está sob a tutela do MINSA. Centra-se na capacitação dos prestadores de cuidados de saúde primários relativamente ao desenvolvimento de protocolos de diagnóstico e tratamento de malnutrição aguda, no acompanhamento da saúde nutricional e no reforço da cooperação entre as autoridades de saúde regionais e nacionais. Por exemplo, o programa está por detrás do desenvolvimento e implementação do Protocolo para a Gestão Integrada da Malnutrição Aguda¹⁵. É a entidade em grande parte centrada nas políticas relativas às intervenções específicas em matéria de nutrição.

O Departamento Nacional de Segurança Alimentar, por outro lado, está inserido no Ministério da Agricultura e Florestas (MINAGRIF). O seu papel é principalmente na regulação e monitorização dos sistemas de segurança e qualidade alimentar em

¹⁴ Inquérito dos Indicadores Múltiplos de Saúde (IIMS; 2016).

¹⁵ *Protocolo de Gestão Integrada da Desnutrição Aguda* (GIDA; 2019)

Angola. O MINAGRIF é actualmente responsável pelo desenvolvimento do Sistema Nacional da Qualidade Alimentar e do Sistema de Informação e Alerta Rápido Para a Segurança Alimentar E Nutricional.

O Ministério da Acção Social, Família e Promoção da Mulher (MASFAMU) é largamente responsável por liderar as iniciativas de assistência social e prestar ajuda social aos mais carenciados. O seu trabalho inclui muitas vezes a prestação de assistência alimentar às famílias, prevenindo assim a subnutrição das crianças. O Ministério está por isso profundamente ligado ao sector da nutrição, embora de uma forma indirecta.

Finalmente, existe uma Plataforma Multisectorial Angolana para a Nutrição lançada em 2018, que procurou oferecer um espaço de coordenação intersectorial no sector da nutrição¹⁶. Ao longo do nosso estudo, não foi possível determinar se esta plataforma está activa, quem integra a plataforma nem que iniciativas estão a ser implementadas no âmbito da plataforma.

¹⁶ ADRA, UNICEF, [Nutrição, segurança alimentar e agricultura no Orçamento Geral do Estado 2018](#) (2018)

2. Desempenho dos Sectores da Saúde e Nutrição

2.1. O Estado Atual da Saúde e Nutrição em Angola

Angola é um país de rendimento médio-baixo da África Subsaariana em paz desde 2002, após 27 anos de guerra civil que sucederam a 13 anos de uma guerra pela independência. A sua população é estimada em 34.1 milhões de pessoas em 2023, com uma taxa de fertilidade total de 5.1 nascimentos por mulher e uma esperança de vida à nascença de 63.2 anos — que tem vindo a aumentar constantemente na última década¹⁷.

Apesar dos seus desafios, o país melhorou os seus indicadores de saúde materna e infantil durante a última década — embora a um ritmo lento. A mortalidade materna diminuiu de 281 mortes por 100 000 nados-vivos em 2012 para 241 mortes em 2017 (Figura 1) — de acordo com os dados mais recentes da OMS. As Contas Gerais do Estado do Governo (CGE) fornecem mais informações sobre o tema, relatando que a mortalidade materna institucional tem continuado a diminuir, situando-se agora em 199 mortes por 100 000 nados-vivos (2022) — o que representa efectivamente um declínio de 29% em dez anos. A redução bem-sucedida das mortes maternas é acompanhada por uma diminuição consistente das taxas de mortalidade neonatal, infantil e de crianças com menos de cinco anos de idade de 30%, 19% e 28%, respectivamente, entre 2012 e 2020, (Figura 1). Tais melhorias contribuíram naturalmente para a actual taxa de crescimento anual da população de 3%¹⁸.

No entanto, a mortalidade materna e infantil continua a ser um grande desafio a ser superado. Isto é sublinhado pelo facto de, globalmente, Angola ter sido um dos dez países com a mortalidade mais elevada de menores de cinco anos em 2019¹⁹. As causas directas de morte obstétrica (incluindo perturbações gestacionais hipertensivas, hemorragias anteparto e hemorragias pós-parto), bem como os embolismos, são responsáveis por uma grande proporção das mortes maternas no país²⁰. Em 2019, a cobertura universal dos serviços de saúde em Angola era de 38.7%, segundo a OMS²¹.

¹⁷ INE, [Projeção da População 2014—2050](#).

¹⁸ INE, [Projeção da População 2014—2050](#).

¹⁹ Perin et al., [Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals](#). *Lancet Child Adolescent Health* (2022)

²⁰ Japan International Cooperation Agency. *Data Collection Survey on the Health System in Angola* (2021)

²¹ OMS, [Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing, Data portal](#)

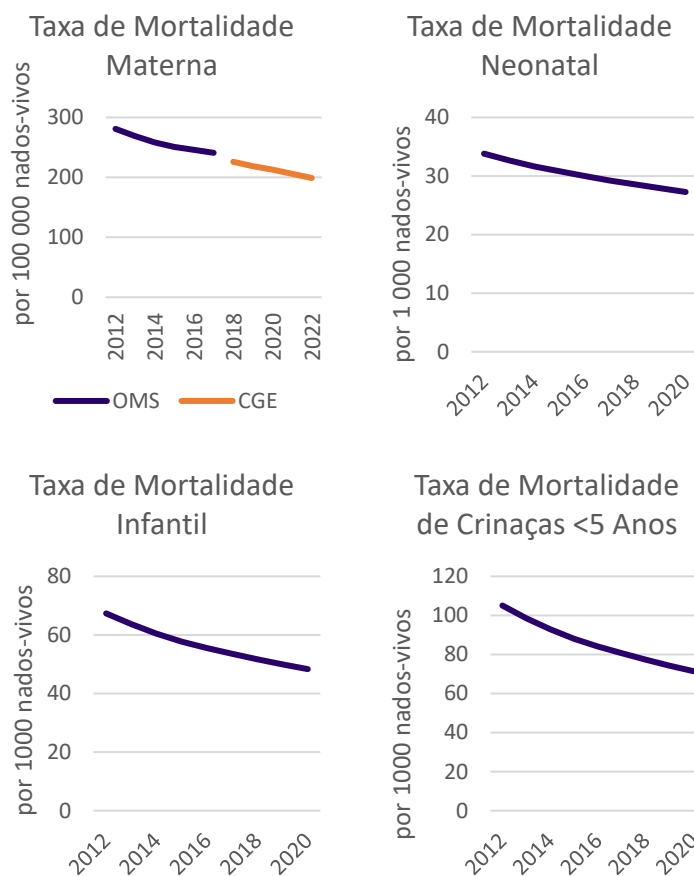


Figura 1. Indicadores de saúde materno-infantil. Fonte: OMS, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing: Data portal (linha azul); CGE 2018 – 2022 (linha cor-de-laranja).

As 10 principais causas de morte em Angola em 2019²² foram, de acordo com o número de mortes, as seguintes: doenças neonatais, VIH/SIDA, doenças diarreicas, infeções respiratórias inferiores, tuberculose, malária, acidentes cardiovasculares, doenças cardíacas isquémicas, lesões rodoviárias e cirrose. Estas causas de morte evidenciam uma população em transição epidemiológica, passando das doenças transmissíveis para as não transmissíveis. A comparação das principais causas de anos de vida ajustados à incapacidade (DALYs; *Disability Adjusted Life Years*) entre 1990 e 2019 (últimos dados disponíveis) mostra um aumento do peso das doenças não transmissíveis enquanto as doenças transmissíveis estão em declínio. Isto pode

²² Institute for Health Metrics and Evaluation. Country profiles: [Angola](#)

também ser influenciado pelo aumento da população idosa (>65 anos de idade), que actualmente representa 2.5% do povo angolano, contra cerca de 2.0% em 1990²³.

Em 2019, a malnutrição foi identificada como o principal factor de risco para DALYs em Angola²⁴. Isto sublinha a importância para o país de atingir os objectivos globais para os indicadores nutricionais apresentados nas Metas Globais de Nutrição da OMS 2025 (2014)²⁵ e na Extensão das Metas de Nutrição Materna, Infantil e Infantil de 2025 da OMS/UNICEF até 2030 (2019)²⁶.

Angola está longe de atingir as metas definidas nestes documentos para 2025 ou 2030. Além disso, os indicadores que pareciam estar dentro das metas são provavelmente subnotificados ou desviaram-se do objectivo. Por exemplo, a prevalência de malnutrição aguda entre crianças com menos de cinco anos de idade foi reportada a 4.9% em 2015, quando as metas eram inferiores a 5% em 2025 e inferiores a 3% em 2030. Contudo, o valor actual é muito provavelmente mais elevado devido à recente insegurança alimentar aguda nas províncias do Cunene, Huila e Namibe causada pela seca, preços elevados dos alimentos e pragas de gafanhotos — embora ainda não haja dados nacionais sobre o progresso. Nestas províncias, calculou-se que cerca de 114000 crianças com menos de cinco anos sofreram de malnutrição aguda entre Abril de 2021 e Fevereiro de 2022²⁷.

O número total de pessoas que sofrem de insegurança alimentar, parece estar a aumentar nos últimos 5 anos em Angola — e em toda a SADC. Ou, na melhor das hipóteses, está a ser mais reportado agora (Figura 2).

No entanto, fizeram-se alguns progressos relativamente à cobertura de serviços de saúde e nutrição de alto impacto que proporcionam um cuidado contínuo. Por exemplo, houve um aumento na percentagem de mulheres (de 15 a 49 anos de idade) que tiveram pelo menos uma visita pré-natal com um profissional de saúde antes de darem à luz, de 66% em 2001 para 82% em 2016 — de acordo com o IIMS 2016. A partir de 2021, 61% das mulheres nessa situação tiveram quatro ou mais consultas pré-natais²⁸. Do mesmo modo, houve um aumento na percentagem de mulheres casadas que utilizam métodos contraceptivos de 6% em 2001 para 13% em 2016 — o que reflecte um impacto positivo crescente dos serviços de planeamento familiar.

²³ [Population Pyramid](#), multiple data sources.

²⁴ Institute for Health Metrics and Evaluation. Country profiles: [Angola](#)

²⁵ OMS, [Global nutrition targets 2025: policy brief series](#) (2014)

²⁶ OMS/UNICEF, [The extension of the 2025 maternal, infant and young child nutrition targets to 2030](#) (2019)

²⁷ Integrated Food Security Phase Classification, [Angola: Acute Food Insecurity Situation and Acute Malnutrition Situation April 2021 - March 2022](#)

²⁸ OMS, [Tracking Universal Health Coverage](#) (2021)

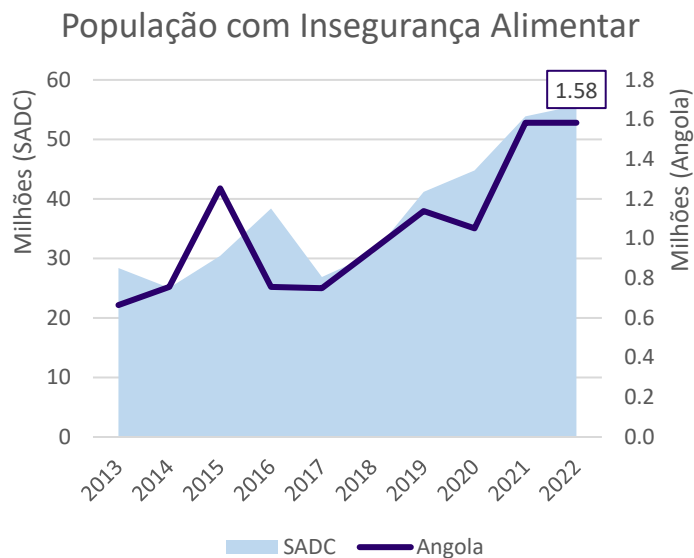


Figura 2. População com insegurança alimentar na SADC e em Angola. Fonte: SADC Synthesis Report on Food and Nutrition Security and Vulnerability in Southern Africa 2018 – 2021.

A Tabela 1 que se segue resume os principais indicadores de saúde e nutrição de Angola, com especial foco nos que têm impacto na saúde das crianças.

É importante notar, contudo, que o último Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde (IIMS)²⁹ foi realizado em 2015 - 2016. Isto significa que uma grande parte dos indicadores de saúde e nutrição mais actuais são baseados em estimativas por sua vez baseadas no IIMS 2016. Uma vez que estes inquéritos deveriam ser normalmente realizados ao longo de períodos de cinco anos, previa-se a realização de um novo inquérito em 2019 - 2020. No entanto, este foi adiado devido à pandemia da COVID-19 até 2023.

Actualmente, existe um intervalo de 7 anos desde a realização do último inquérito, o que significa que uma grande parte dos dados de saúde está desactualizada ou tem uma precisão questionável. Espera-se que um novo IIMS seja realizado este ano para permitir o esclarecimento da situação nacional em matéria de saúde e nutrição.

²⁹ Inquérito dos Indicadores Múltiplos de Saúde (IIMS; 2016).

Tabela 1. Sumário dos Indicadores de Saúde e Nutrição Angola.

Indicadores de Saúde e Nutrição	Angola (2012)³⁰	Angola (Dados mais recentes)³¹	Média da África Subsaariana ³²	Média dos países de renda média- baixa³³	Metas
Taxa de mortalidade materna (por 100 000 nados-vivos)	281	241.0 (2017)	534 (2017)	253 (2017)	SDG ³⁴ 3.1.1: 70.0
Taxa de nados-mortos (por 1 000 nascimentos totais)	29	19.8 (2019)	—	—	—
Taxa de mortalidade neonatal (por 1 000 nados-vivos)	34	27.3 (2020)	27 (2020)	22 (2020)	SDG 3.2.2: 12.0
Taxa de mortalidade infantil (por 1 000 nados-vivos)	67	48.3 (2020)	50 (2020)	34 (2020)	—
Taxa de mortalidade de menores de cinco anos (por 1 000 nados-vivos)	105	71.5 (2020)	73 (2020)	45 (2020)	SDG 3.2.1: 25.0
Prevalência de anemia entre mulheres em idade reprodutiva (% de 15-49 anos de idade ³⁵)	—	45.0% (2019)	41% (2019)	42% (2019)	O ³⁶ : < 14.7 (2025) O/U ³⁷ : - 50% (2030)
Prevalência de anemia em mulheres não grávidas de 15-49 anos de idade	45.3%	44.0% (2019)	40% (2019)	42% (2019)	SGD 2.2.3
Proporção de mulheres com um nascimento vivo que receberam comprimidos ou xarope de ferro durante os cuidados pré-natais	—	74.3% (2015)	—	—	—
Prevalência de anemia em mulheres grávidas de 15-49 anos de idade	50.4	48.3% (2019)	46% (2019)	45% (2019)	SDG 2.2.3
Baixo peso à nascença (% de recém-nascidos que pesam <2.5 kg)	12.0%	15.3% (2015)	—	—	O: - 30% (2025) O/U: - 30% (2030)
Proporção de bebês de 0-5 meses de idade alimentados exclusivamente com leite materno	—	37.4% (2015)	44% (2019)	50% (2019)	O: 50% (2025) O/U: 70% (2030)
Proporção de crianças de 6-59 meses que recebem duas doses de vitamina A	44.0%	5.0% (2019)	35% (2020)	39% (2020)	—
Prevalência de malnutrição crônica entre crianças com <5 anos de idade (altura por idade <-2 SD da mediana)	32.4%	37.7% (2020)	32% (2020)	29% (2020)	O: - 40% (2025) O/U: - 50% (2030) SDG 2.2.1
Prevalência de malnutrição aguda entre crianças com <5 anos de idade (% peso por altura <-2 SD)	—	4.9% (2015)	6% (2020)	10% (2020)	O: <5% O/U: <3% SDG 2.2.2
Prevalência de excesso de peso entre as crianças com menos de cinco anos de idade (peso por altura > +2 SD da mediana)	—	3.5% (2020)	4% (2020)	5% (2020)	O/U: <3% (2030) SDG 2.2.2

SD: Standard Deviation; Desvio Padrão

³⁰ OMS, [Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing: Data portal](#)

³¹ OMS, [Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health and Ageing: Data portal](#)

³² Banco Mundial, [Indicators](#) (Data portal)

³³ Banco Mundial, [Indicators](#) (Data portal)

³⁴ SDG: UN, [Sustainable Development Goals](#)

³⁵ Banco Mundial, [Indicators](#) (Data portal)

³⁶ O: OMS, [Global nutrition targets 2025: policy brief series](#) (2014)

³⁷ O/U: OMS/UNICEF, [The extension of the 2025 maternal, infant and young child nutrition targets to 2030](#) (2019)

2.2. Despesa Pública em Saúde

2.2.1. Orçamento Anual da Saúde

O orçamento anual da saúde em Angola tem vindo a aumentar constantemente nos últimos oito anos, atingindo uma média de 5.0% do Orçamento Geral do Estado (OGE) na última década. Este aumento reflecte tipicamente um crescimento global do Orçamento Geral do Estado, uma vez que a percentagem do sector da saúde dentro do OGE é bastante estável (Figura 3). As excepções a esta regra foram os anos 2019 e 2023, que registaram um aumento de 1.6 e 1.9 pontos percentuais (p.p.) em relação ao ano anterior, respectivamente.

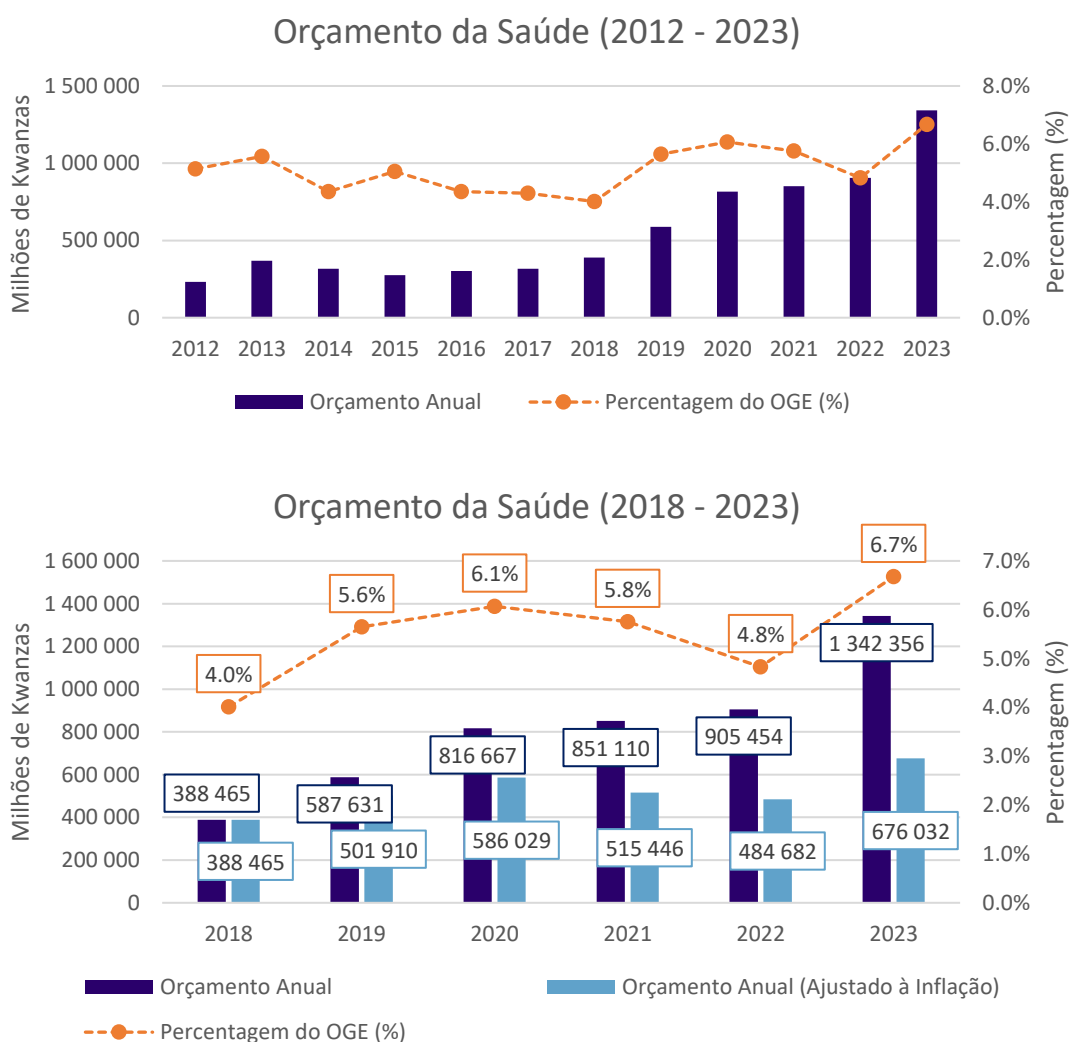


Figura 3. Orçamento da Saúde. Fonte: OGE 2012 - 2023.

O crescimento nominal do orçamento anual da saúde, no entanto, não reflecte necessariamente um aumento efectivo do investimento para o sector. De facto, ao analisar os últimos cinco anos, se o orçamento nominal for ajustado à inflação, é possível verificar que o orçamento real diminuiu desde 2021, apesar do contínuo aumento nominal. Tal diminuição no orçamento ajustado à inflação parece seguir-se à redução da percentagem do OGE atribuída ao sector da saúde.

Em 2022, o orçamento da saúde representava 4.8% do OGE e 1.6% do Produto Interno Bruto (PIB), totalizando Kz 905.5 mil milhões (US\$ 2.6 mil milhões) ou Kz 27.3 mil per capita (US\$ 54 per capita). Foi o segundo ano consecutivo em que a percentagem do OGE atribuída à saúde foi reduzida.

De acordo com o orçamento recentemente divulgado, o orçamento da saúde para 2023 representa 6.7% do OGE — o que reflecte um aumento de 1.9 p.p. quando comparado com 2022 e inverte a tendência descendente em curso. Isto equivale a 2.2% do PIB e representa um total de Kz 1 342.4 mil milhões (US\$ 2.7 mil milhões) ou Kz 39.4 mil per capita (US\$ 78 per capita) — um aumento do orçamento per capita três vezes superior ao de 2018.

Mais próximos da Declaração de Abuja

Ao inverter a tendência descendente do investimento na saúde em percentagem do OGE, o Governo de Angola está agora mais próximo de cumprir com o compromisso assumido na Declaração de Abuja de 2001³⁸ de afectar 15% do OGE anual ao sector da saúde. Em 2014, apenas 4 países estavam a cumprir com o compromisso de Abuja, e Angola estava abaixo da média africana no que diz respeito à despesa pública na Saúde (como percentagem da despesa pública total)³⁹.

2.2.2. Execução do Orçamento da Saúde

Embora o orçamento anual da saúde tenha aumentado, existe uma lacuna substancial entre o orçamento que é aprovado inicialmente e o orçamento que é de facto autorizado. De facto, durante a última década, o orçamento autorizado é em média 86.9% do orçamento anual aprovado para a saúde (Figura 4). Entre 2018 e 2020, a situação foi especialmente crítica, pois o orçamento autorizado foi inferior a

³⁸ Abuja Declaration (2001):

<https://au.int/sites/default/files/pages/32894-file-2001-abuja-declaration.pdf>

UNAIDS, Abuja +12 Shaping the future of health in Africa (2013):

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2524_Abuja_report_en_0.pdf

³⁹ OMS, [Public Financing for Health in Africa: From Abuja to the SDGs](#) (2016)

70% do orçamento aprovado — o que significa que mais de 30% do orçamento foi efectivamente cativado.

Em 2021, houve uma mudança significativa nesta tendência e o orçamento autorizado representou 94.9% do orçamento aprovado.

Quanto às taxas de execução no sector da saúde (ou seja, a percentagem do orçamento autorizado que é efectivamente executado), estas foram em média de 87.7% entre 2012 e 2021. **Verifica-se uma melhoria nas taxas de execução nos últimos cinco anos, uma vez que têm sido consistentemente superiores a 90%.**

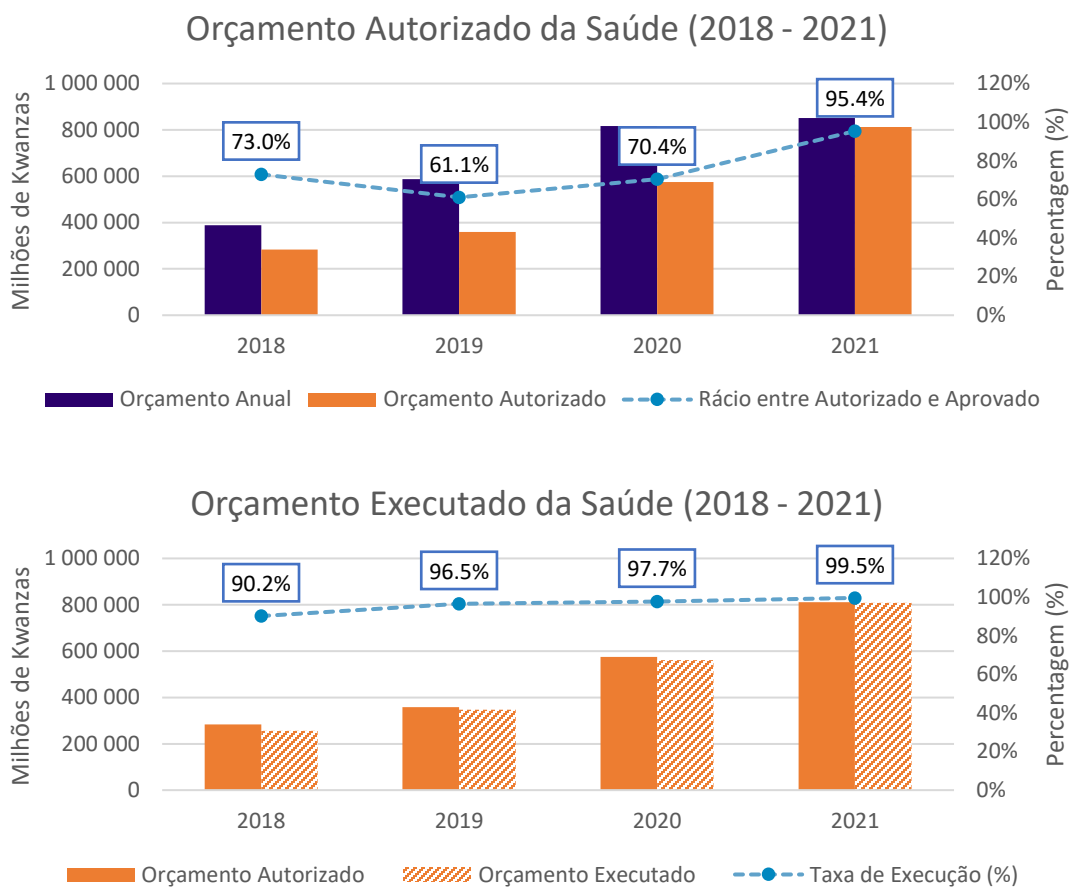


Figura 4. Autorização e execução do orçamento da saúde. Fonte: CGE 2012 - 2021.

2.2.3. Distribuição do Orçamento

Todo o orçamento da saúde é distribuído anualmente por múltiplos Órgãos Governamentais, de acordo com as suas obrigações e necessidades. Em 2022⁴⁰, os Governos Provinciais receberam a maior proporção do orçamento (38%; Figura 5), seguidos pelo MINSA (31%) e pelas Reservas Orçamentais (27%). As restantes entidades ascenderam a um total de 4%.

A proporção do orçamento da saúde atribuída aos Governos Provinciais permaneceu a mesma entre 2020 e 2022, mas diminuiu se comparada com 2019 e 2018, quando era de 40% e 50%, respectivamente.

Dos Governos Provinciais, Luanda teve a maior parte dos fundos (15%) em 2022, seguida por Benguela (10%) e Huambo (8%). As restantes províncias reuniram 67% do montante total. Esta distribuição não se altera significativamente entre 2018 e 2022.

Luanda, neste caso, é a província mais densamente povoada do país e quando calculamos o orçamento de saúde de cada Governo Provincial individual per capita em 2022, torna-se a província menos financiada — com um orçamento de Kz 5.8 mil per capita. Bengo é a província com o maior investimento ajustado à população com Kz 21.3 mil per capita (Figura 6).

Note-se que os Governos Provinciais têm plena autonomia relativamente à percentagem do seu orçamento total que afectam à saúde.

O orçamento executado per capita de cada governo provincial no ano anterior (2021) segue uma tendência semelhante à do orçamento aprovado para 2022. As despesas de saúde executadas em Luanda foram de Kz 4.3 mil per capita, como província menos financiada, atrás de Cuanza-Sul com Kz 5.2 mil per capita. Bengo foi a província com a maior despesa ajustada à população em 2021, com Kz 20.7 mil per capita (Figura 7).

Segundo dados fornecidos pela MINFIN, Lunda-Sul (124%), Cabinda (102%) e Lunda-Norte (99%) foram as províncias com a maior diferença entre o orçamento executado e o orçamento aprovado em 2021 (Figura 8). Na Lunda-Sul, é o segundo ano consecutivo em que a despesa excede o orçamento inicial; por sua vez na Lunda-Norte houve uma melhoria substancial quando comparada com os últimos três anos em que a despesa foi muito inferior ao orçamento. A relação entre o orçamento executado e aprovado de Cabinda oscilou entre 81% e 102% ao longo dos quatro anos aqui estudados (2018 - 2021).

No outro extremo, Cuando-Cubango (73%), Luanda (71%) e Zaire (67%) foram as províncias com a percentagem de orçamento executado mais baixo. Embora o rácio entre orçamento executado e orçamento aprovado flutue numa base anual, estas três

⁴⁰ For the budget distribution per Government Entity, the data for 2023 was not analyzed since the budget had not been approved at the time of writing.

províncias têm reportado consistentemente rácios inferiores a 81%. Vale também a pena notar que Huambo, Bié e Huíla foram as três províncias cujo rácio médio de execução em relação ao orçamento aprovado entre 2018 e 2021 foi mais próximo dos 100%.

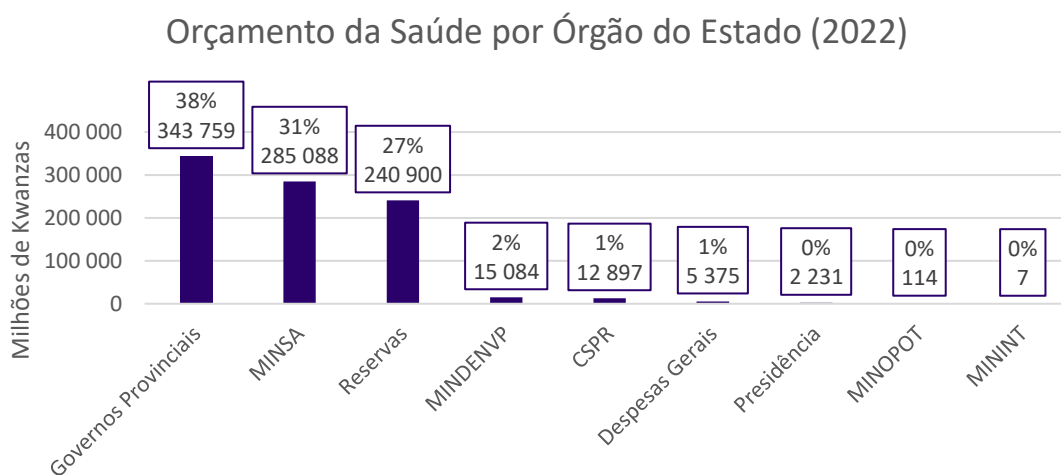


Figura 5. Distribuição do orçamento da saúde por Órgão. Fonte: OGE 2022.
CSPR: Casa de Segurança do Presidente da República

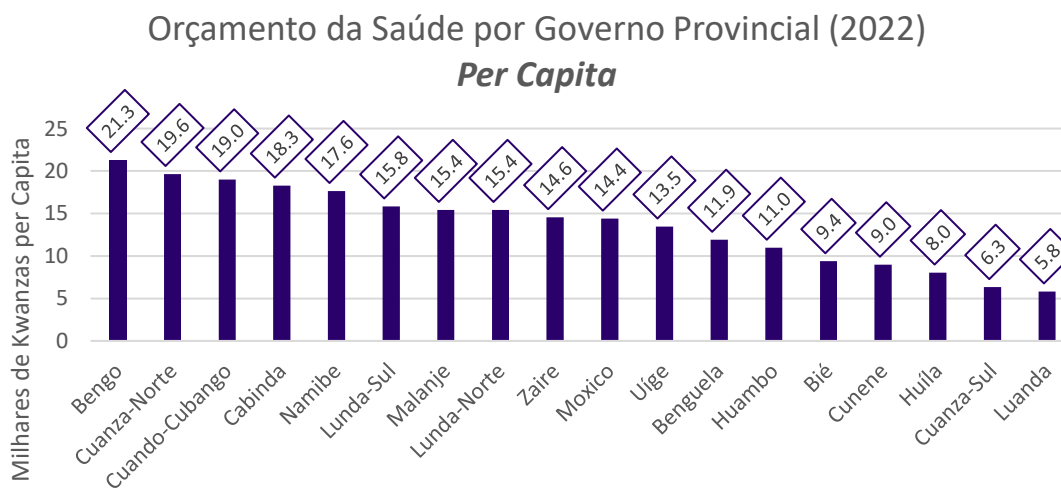


Figura 6. Orçamento da saúde por Governo Provincial. Fonte: OGE 2022.

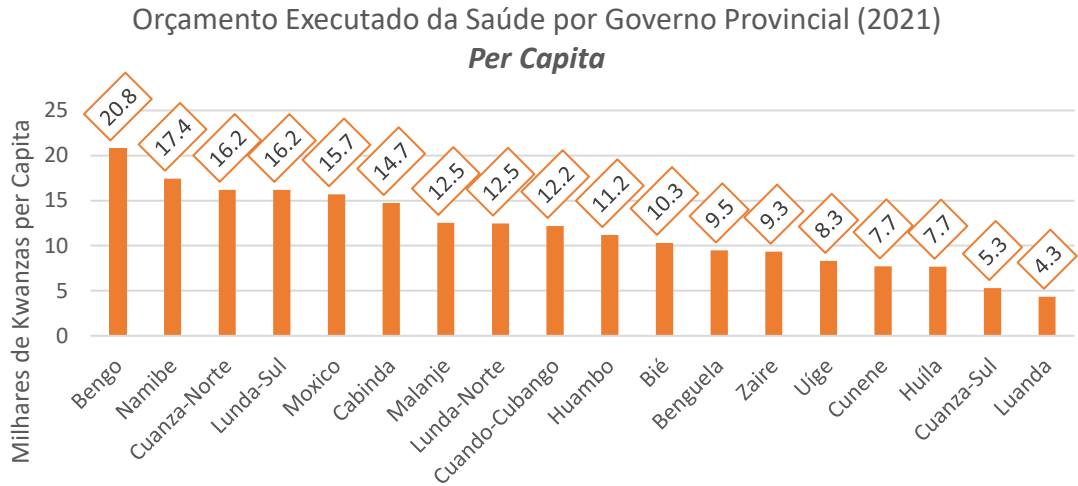


Figura 7. Orçamento executado da saúde por Governo Provincial. Fonte: Dados do MINFIN (2021).

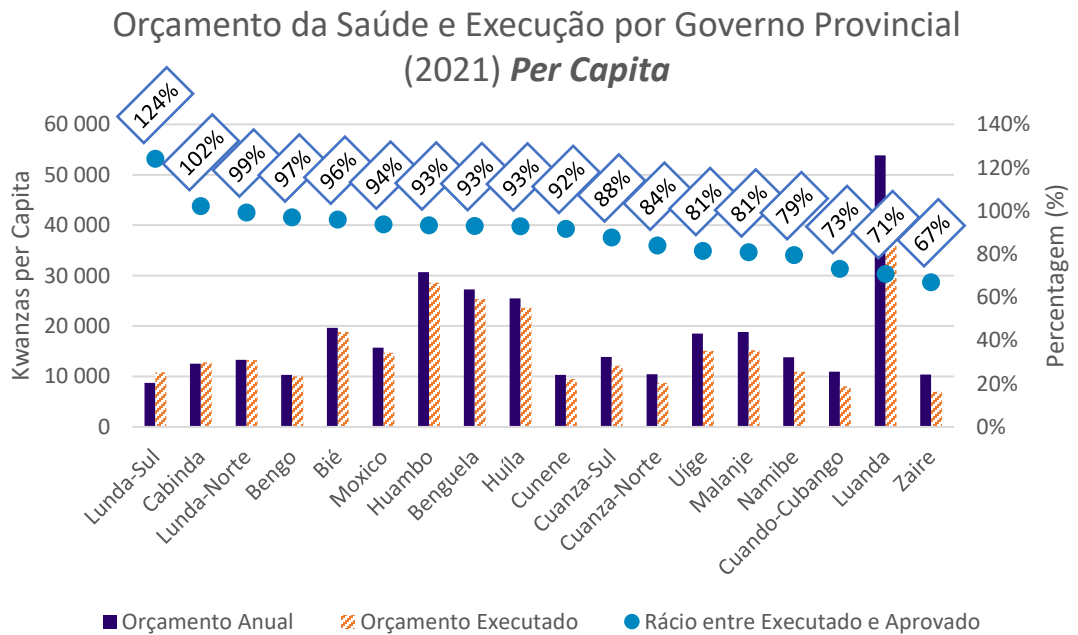


Figura 8. Execução do orçamento da saúde por Governo Provincial. Fonte: Dados do MINFIN (2021).

2.2.4. Orçamento do Ministério da Saúde

No contexto do Orçamento Geral do Estado, o MINSA é apresentado em dois papéis distintos. Primeiro como órgão do Estado e segundo como unidade orçamental. A diferença entre as duas é que, como órgão, o orçamento do MINSA engloba múltiplas unidades orçamentais incluindo o próprio MINSA, mas também instalações médicas como hospitais, centros médicos e institutos.

MINSA: Órgão do Estado

O orçamento do MINSA, como órgão do Estado, foi de Kz 305.8 mil milhões em 2022 e representou cerca de 1.6% do OGE. As despesas correntes compreendiam 66% do orçamento e as despesas de capital — exclusivamente investimentos — representaram os restantes 34% (Figura 9). Dentro das despesas correntes, os bens e serviços absorveram 80% do orçamento e as despesas de pessoal 19%. O restante 1% foi atribuído às despesas e subsídios do empregador e às transferências correntes.

Historicamente, as despesas correntes diminuíram, e as despesas de capital aumentaram nos últimos cinco anos, devido à construção de novos hospitais e centros médicos.

Em 2022, do orçamento total atribuído ao MINSA (como órgão), 76% foi atribuído exclusivamente ao MINSA, a unidade orçamental (Figura 10). Deixando assim, 24% do orçamento para instalações médicas, tais como hospitais, centros médicos e institutos. Esta foi a percentagem mais elevada desde 2018 e ilustra uma tendência para a centralização do orçamento.

Em 2023, o orçamento atingiu Kz 384.2 mil milhões, o equivalente a 1.9% do OGE, e a parte do orçamento atribuída ao MINSA, como unidade orçamental, desceu para 60%.

Orçamento Anual (2022)

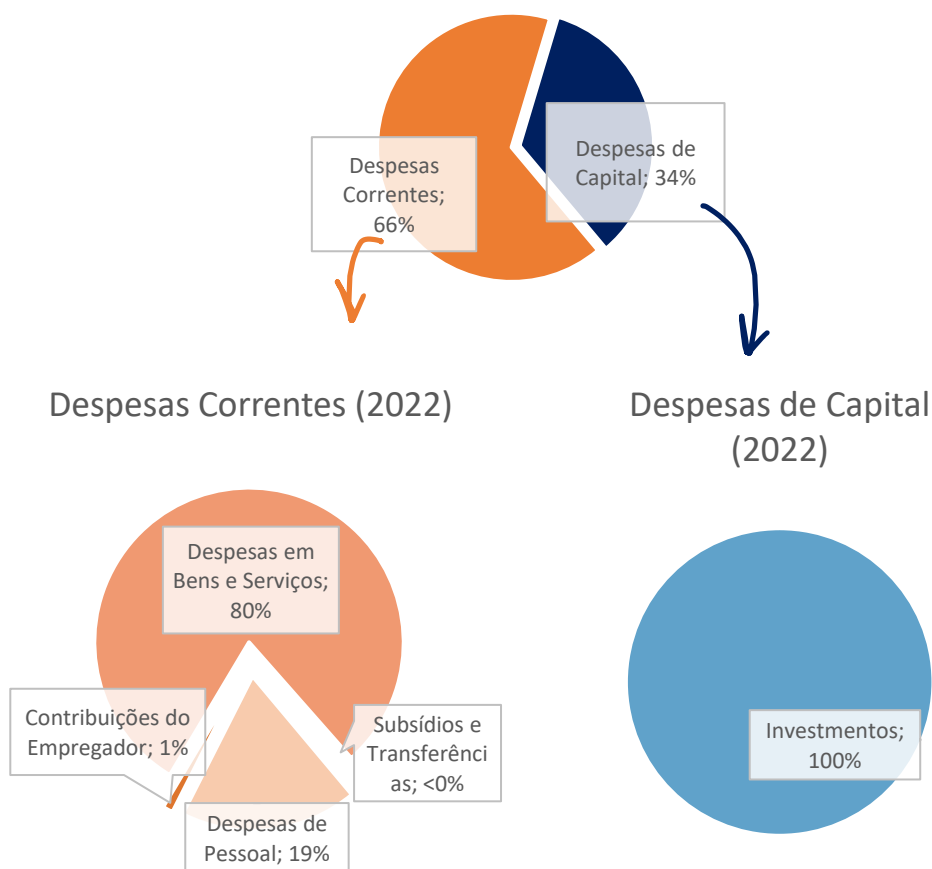


Figura 9. Composição do Orçamento do MINSA (Órgão do Estado). Fonte: OGE 2022.

Orçamento do Ministério da Saúde: Órgão do Estado (2018 - 2023)

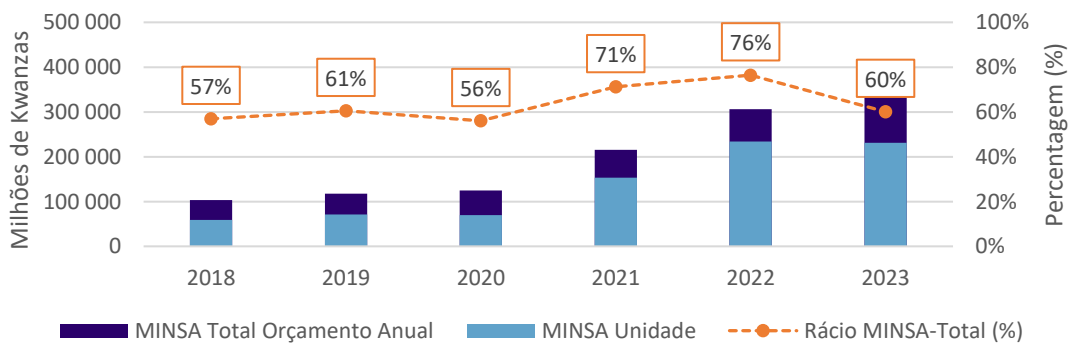


Figura 10. Orçamento do MINSA (Órgão do Estado) e percentagem da unidade orçamental. Fonte: OGE 2022.

MINSA: Unidade Orçamental

O orçamento do MINSA, como unidade orçamental, foi de Kz 233.7 mil milhões em 2022 — o equivalente a 1.2% do OGE (Figura 11). De acordo com a execução orçamental, os dados foram limitados a 2020 e 2021, quando o Ministério executou 272% e 228% do seu orçamento inicialmente aprovado, respectivamente (Figura 11). Isto foi em grande parte impulsionado pelo investimento na construção e apetrechamento de novos hospitais.

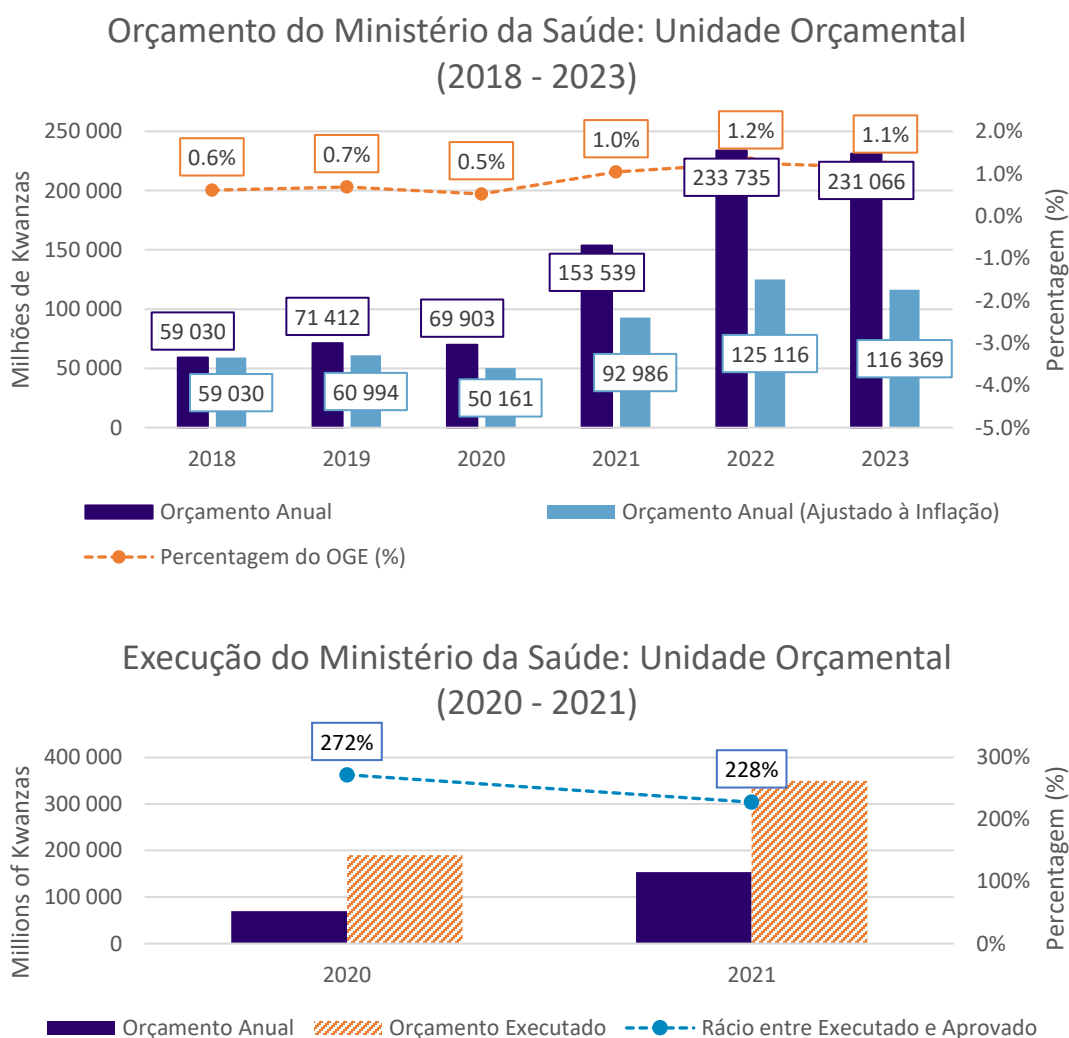


Figura 11. Orçamento e execução orçamental do MINSA (Unidade Orçamental).

Fonte: OGE 2018 - 2023 e CGE 2020 - 2021.

A composição do orçamento em 2022, foi bastante semelhante à apresentada na Figura 9, com 56% do orçamento atribuído às despesas correntes e 44% atribuído às despesas de capital — exclusivamente investimentos (Figura 12). Os bens e serviços ocupam a maior parte das despesas correntes (93%), seguidos pelas despesas de pessoal (6%). O restante 1% foi atribuído às despesas e subsídios do empregador e às transferências correntes.

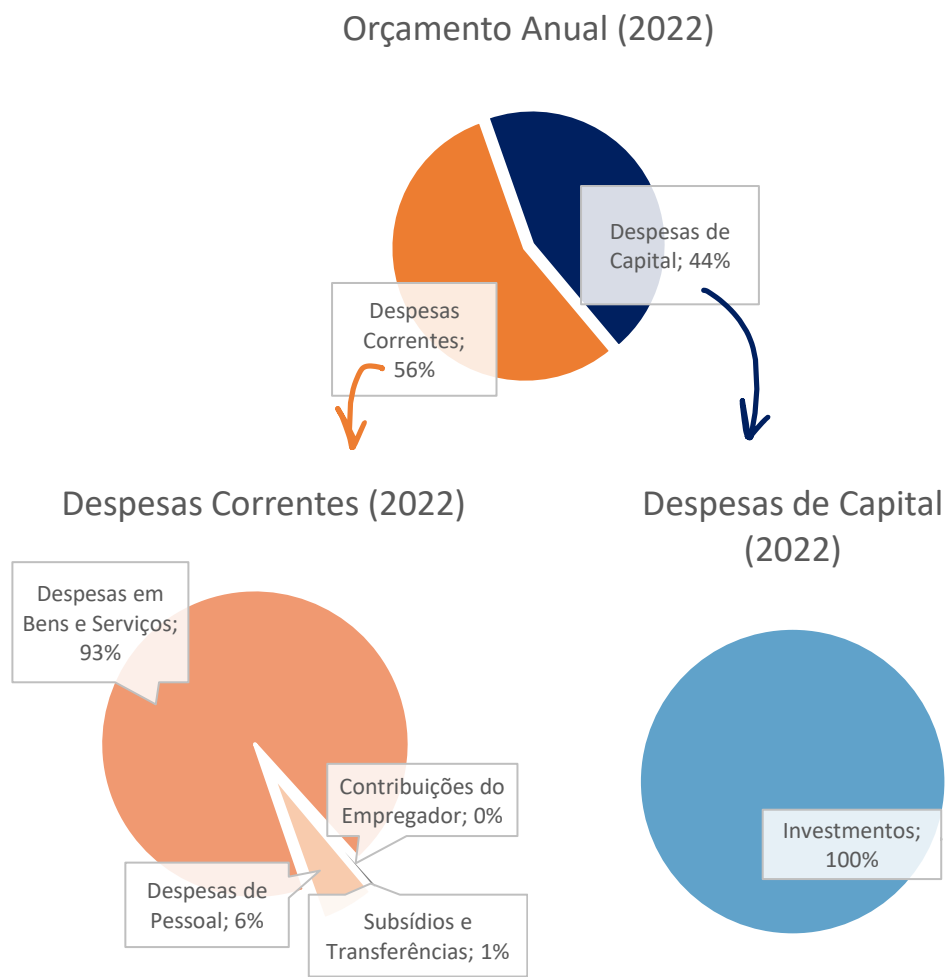


Figura 12. Composição do Orçamento do MINSA (Unidade Orçamental). Fonte: OGE 2022.

É importante notar que os dados sobre a execução orçamental das restantes unidades orçamentais, tais como hospitais, centros médicos e institutos, não estavam disponíveis (salvo algumas excepções).

2.2.5. Composição do Orçamento da Saúde

A saúde constitui uma função orçamental dentro do Orçamento Geral do Estado, que se encontra dividida em 6 subfunções orçamentais, como ilustrado abaixo (Figura 13).

Estas são 1) Serviços Hospitalares Gerais, 2) Serviços Hospitalares Especializados, 2) Serviços de Centros Médicos e de Maternidade, 4) Serviços de Saúde Pública, 5) Produtos, Aparelhos e Equipamentos Médicos, e finalmente 6) Serviços Ambulatórios.

Embora as linhas orçamentais não sejam estáticas, estas seis subfunções têm permanecido constantes na última década.

Uma sétima subfunção intitulada Serviços de Saúde Não Específicos estava adicionalmente presente no OGE de 2012, mas foi removida posteriormente. Um sinal positivo de aumento da precisão orçamental. Como tal, será contabilizado no cálculo do orçamento total da saúde desse ano, mas não merecerá qualquer outra análise.



Figura 13. Ilustração das Funções do Orçamento Geral de Estado.

O orçamento atribuído a cada uma destas subfunções variou nos últimos dez anos, tal como a porção do orçamento anual da saúde que cada uma delas representa (Figura 14 e 16). Os Serviços Hospitalares Gerais e os Serviços de Saúde Pública são de longe as duas maiores componentes do orçamento da saúde — tendo uma representação combinada de mais de 60% desde 2013. No entanto, enquanto os

Serviços Hospitalares Gerais eram inicialmente a despesa dominante, os Serviços de Saúde Pública tornaram-se a maior componente a partir de 2016.

Por outro lado, os Produtos, Aparelhos e Equipamentos Médicos, bem como os Serviços Ambulatórios são duas das componentes menos financiadas — tendo uma representação anual combinada de menos de 1%. Estes dois têm vindo a registar um declínio significativo desde 2013. No caso dos Serviços Ambulatórios, o orçamento anteriormente atribuído a esta componente foi incorporado nos Serviços de Saúde Pública, em 2023, a fim de eliminar redundâncias no orçamento.

Em 2022, os Serviços de Saúde Pública representaram mais de metade (56%) do orçamento da saúde e os Serviços Hospitalares Gerais representaram cerca de um terço (32%). Seguiram-se os Serviços Hospitalares Especializados e os Serviços de Centros Médicos e de Maternidade, com uma quota de 7% e 4%, respectivamente. Os restantes dois componentes ascenderam aproximadamente a 1%.

Em 2023, os Serviços de Saúde Pública continuam a maior componente do orçamento da saúde (60%), seguidos pelos Serviços Hospitalares Gerais (28%). Os Serviços Hospitalares Especializados e os Serviços de Centros Médicos e Maternidade alteram-se em -1 p.p. e +1 p.p. respectivamente, enquanto o financiamento de Produtos, Aparelhos e Equipamentos Médicos se manteve em 1%. Sendo a diferença mais evidente a remoção efectiva dos Serviços Ambulatórios como componente.

Componentes do Orçamento da Saúde

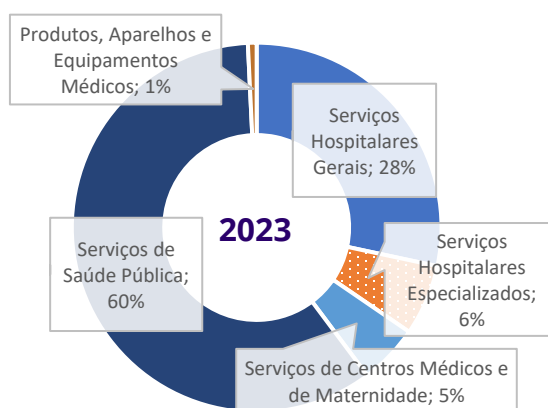
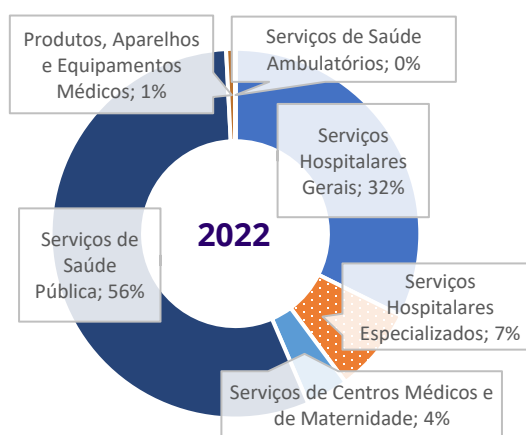


Figura 14. Componentes do orçamento da saúde. Fonte: OGE 2022 – 2023.

Os Componentes do Orçamento da Saúde

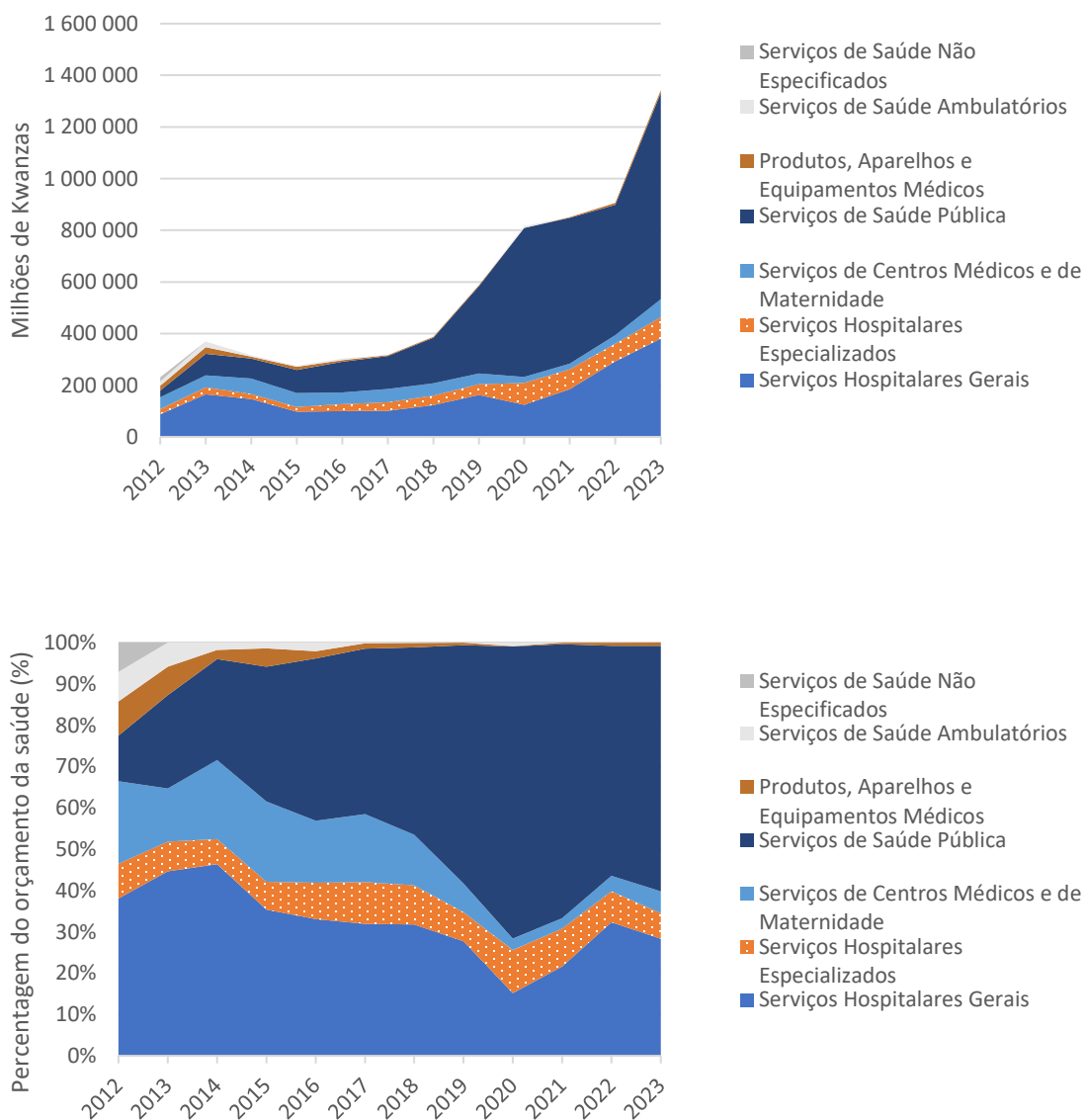


Figura 15. Componentes do orçamento da saúde. Fonte: OGE 2012 – 2023.

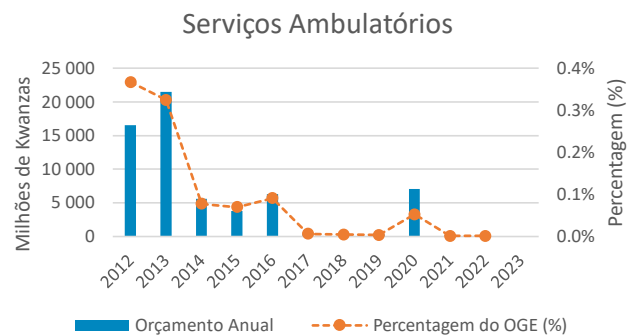
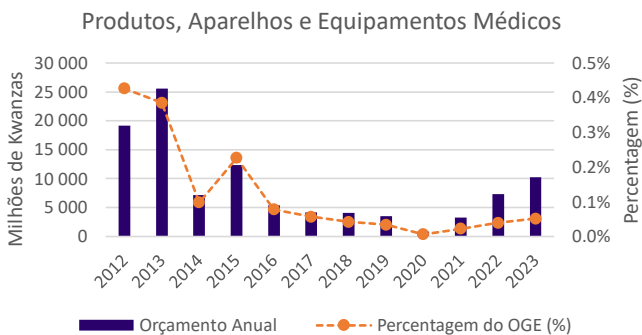
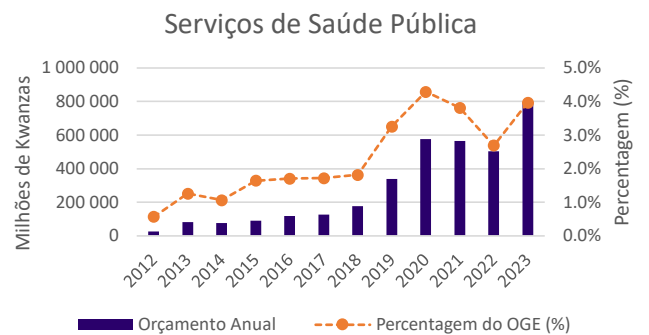
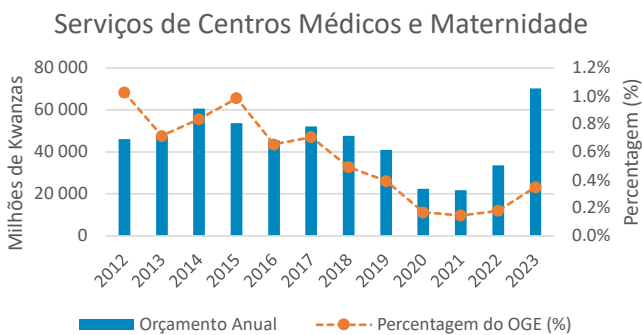
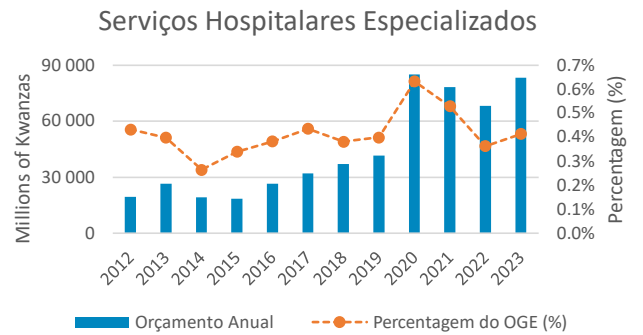
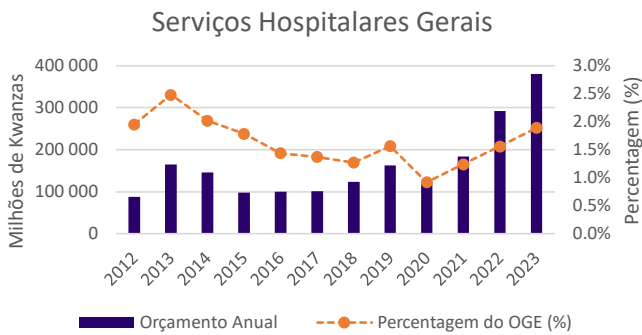


Figura 16. Visão dos componentes do orçamento da saúde. Fonte: OGE 2012 – 2023.

2.2.6. Programas da Saúde

Em paralelo com as funções orçamentais, o Estado também atribui despesas a programas de desenvolvimento. Estes programas são distintos das funções orçamentais, mas não lhes são aditivos, o que significa que estão ligados. No entanto, a relação entre os dois não é totalmente clara. Os programas podem contribuir para uma ou mais das funções orçamentais e, portanto, o seu enquadramento requer uma análise caso a caso, o que constituiu um desafio enfrentado durante a elaboração deste relatório.

Na seguinte análise, **foram identificados 12 programas de saúde na última década** (2012 - 2023; Tabela 1).

Tabela 2. Programas da saúde. Fonte: OGE 2012 – 2023.

Programas de saúde	
<i>Programas em curso</i>	
1. Melhoria da Assistência Médica e Medicamentosa	2019 – 2023
2. Melhoria da Saúde Materno-Infantil e Nutrição	2012 – 2023
3. Combate às Grandes Endemias pela Abordagem dos Determinantes da Saúde	2012 – 2023
4. Reforço do Sistema de Informação Sanitária e Desenvolvimento da Investigação em Saúde	2019 – 2023
<i>Programas anteriores</i>	
5. Prestação de Cuidados de Saúde	2014 – 2019
6. Melhoria da Qualidade dos Serviços de Saúde	2012 – 2018
7. Desenvolvimento do Sector Farmacêutico e de Gestão de Dispositivos Médicos	2014 – 2018
8. Gestão e Desenvolvimento do Aproveitamento e Logística do Sector da Saúde	2014 – 2018
9. Saúde Pública Veterinária	2014 – 2018
10. Prestação de Cuidados Primários e Assistência Hospitalar	2013 – 2017
11. Desenvolvimento dos Serviços de Saúde	2012 – 2013
12. Melhoramento e Aumento da Capacidade dos Serviços Hospitalares	2012

Olhando para estes programas, torna-se claro que há uma alteração estrutural entre 2018 e 2019 — que coincide com a mudança no ciclo político. A reestruturação dos

programas reflecte provavelmente uma agregação de múltiplos programas num único programa mais amplo, nomeadamente o Programa para a Melhoria da Assistência Médica e Medicamentosa, cujo orçamento está dentro da mesma ordem de grandeza da soma dos programas terminados em 2018 e 2019.

Actualmente, existem quatro programas em curso, dois que existem desde 2012 (i.e., Melhoria da Saúde Materno-Infantil e Nutrição e Combate às Grandes Endemias pela Abordagem dos Determinantes da Saúde) e dois que foram criados em 2019 (i.e., Melhoria da Assistência Médica e Medicamentosa e "Reforço do Sistema de Informação Sanitária e do Desenvolvimento na Investigação em Saúde). Relativamente ao orçamento total acumulado destes programas ao longo da última década, este segue geralmente a mesma tendência que o orçamento anual da saúde (Figura 17), como esperado. Em média, equivale a cerca de um quarto do orçamento da saúde (26%), mas atingiu os 44% em 2012 e os 16% em 2015.

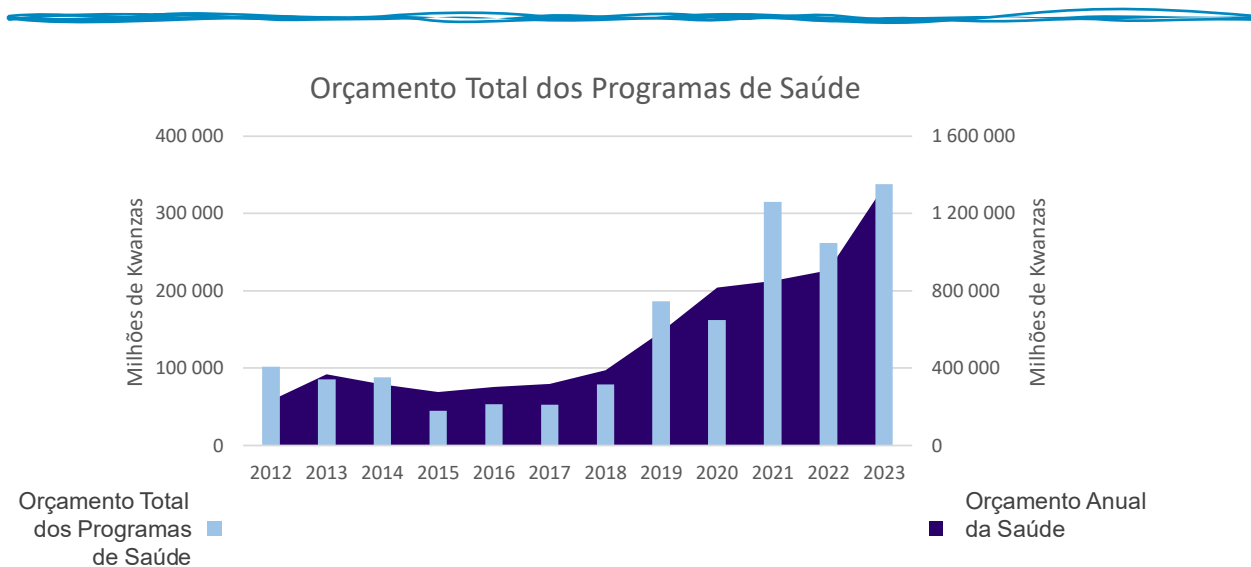


Figura 17. Total acumulado do orçamento dos programas de saúde vs. orçamento anual da saúde. Fonte: OGE 2012 – 2023.

2.2.7. Despesa Total em Saúde e Fontes de Financiamento

A despesa total em saúde em Angola em 2020 foi de Kz 980.8 mil milhões (US\$ 1.7 mil milhões) — de acordo com os dados fornecidos pelo Governo de Angola à OMS: *Global Health Expenditure database*⁴¹. Isto representa 2.9% do PIB do país; muito abaixo da média da região africana da OMS (5.5%). De facto, em termos de Despesa Total em Saúde como percentagem do PIB, Angola ocupa o 45º lugar entre as 47 nações africanas.

As Despesas Domésticas Públicas (ou seja, o orçamento da saúde executado para 2020) representaram 42% das Despesas Totais de Saúde nesse ano. Foi a segunda maior fonte de financiamento após as Despesas Domésticas Privadas em Saúde, que representaram 54%. As Despesas Externas de Saúde (ou Ajuda Externa), fornecidas por organizações multilaterais e doadores, representaram os restantes 4% (Figura 18).

As fontes Domésticas Privadas podem ser ainda divididas em Despesa de Bolso (*Out-of-Pocket*; 37%) — ou seja, despesas pagas por indivíduos que podem ou não ser reembolsados mais tarde, Contribuições Voluntárias de Seguros de Saúde (7%) e outras fontes (10%).

As percentagens de cada fonte de financiamento têm permanecido estáveis nos últimos 5 anos.

As Despesas de Bolso são um bom indicativo de quão elevado é o fardo económico da saúde para as famílias. Angola, onde as Despesas de Bolso são 37% do Total das Despesas de Saúde, está ligeiramente acima da média da região africana da OMS, que é de 34% — 19ª/ 47ª posição. Entretanto, estas despesas são equivalentes a US\$ 19 per capita em Angola, o que é significativamente inferior à média africana de US\$ 31 per capita — 27ª/47ª posição.

Uma elevada representação das Despesas de Bolso nas Despesas Totais de Saúde, alinhada com uma Baixa Despesa de Bolso per capita, realça o facto de as Despesas Totais de Saúde de Angola serem globalmente baixas quando combinadas com a sua crescente população.

⁴¹ OMS, [Global Health Expenditure database](#)

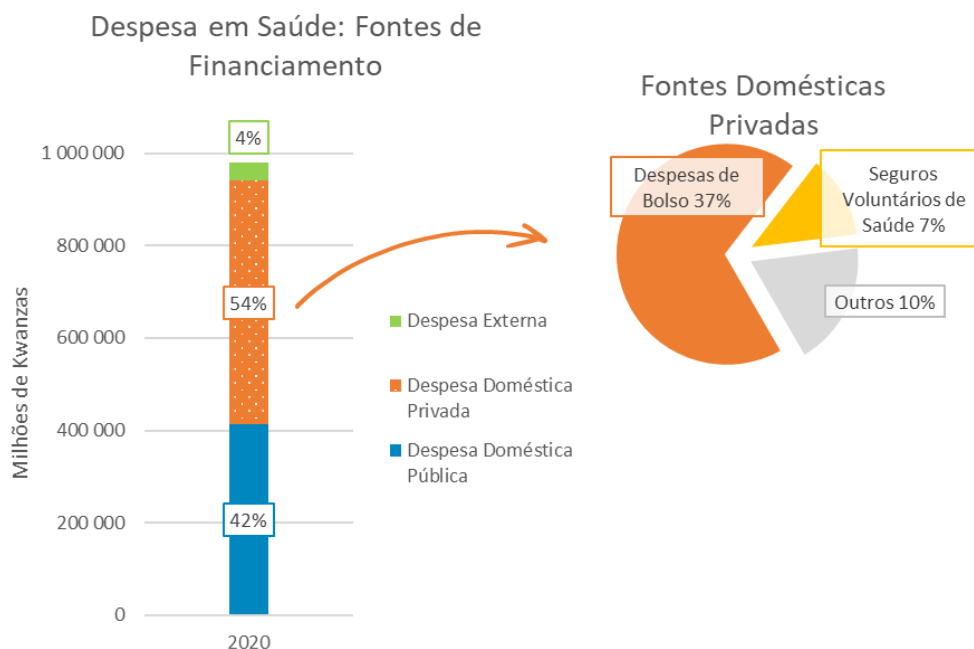


Figura 18. Fontes de Financiamento da despesa total em saúde.

Fonte: OMS, *Global Health Expenditure database* (2020).

2.3. Despesa Pública em Nutrição

2.3.1. Os Tipos de Intervenções em Nutrição

Estudar o orçamento para a nutrição não é tão simples como olhar para as despesas de saúde, uma vez que a nutrição não é uma função orçamental em si, nem é uma sub-função dentro do orçamento da saúde.

Este é um desafio que não é específico de Angola, mas sim um desafio global e uma consequência da natureza multisectorial das intervenções em nutrição.

Para abordar esta questão, a nossa metodologia será baseada num quadro previamente estabelecido na série da revista *Lancet* sobre Nutrição Materno-Infantil de 2013⁴² (Figura 19), que mostra os meios para um crescimento e desenvolvimento óptimo do feto e da criança que é aplicado pelo Movimento *Scaling-Up Nutrition* (SUN) — Nutrição em Escala. Este quadro descreve três tipos de intervenções em nutrição:

⁴² Lancet. [Maternal and Child Nutrition Series](#) (2013)

- I. Intervenções específicas à nutrição:** Intervenções que abordam as causas imediatas do crescimento e desenvolvimento deficitário e, por conseguinte, têm um impacto directo e elevado na nutrição. Estas incluem normalmente abordagens baseadas na saúde, tais como a suplementação alimentar e de micronutrientes, e tratamentos de malnutrição;
- II. Intervenções sensíveis à nutrição:** Intervenções que abordam causas subjacentes e determinantes da malnutrição com objectivos e acções relevantes em termos de nutrição, e, por conseguinte, têm um impacto indirecto na mesma. Estas incluem normalmente investimentos que se centram na agricultura, no aumento da segurança alimentar, no bem-estar social ou que contribuem para o sector da água, saneamento e higiene (ASH);
- III. Intervenções facilitadoras da segurança nutricional:** Intervenções que visam melhorar a governação do sector, construindo assim um ambiente que apoia o desenvolvimento dos outros dois tipos de intervenções em nutrição.

Utilizando este quadro, analisámos os programas apresentados no OGE de Angola e identificámos aqueles que correspondem à definição de intervenções específicas, sensíveis e facilitadoras. A selecção foi baseada em dois critérios:

- 1) Os indicadores de desempenho (objectivos) definidos para cada programa no OGE e na CGE;
- 2) O impacto destes programas na nutrição tendo em conta o contexto socioeconómico de Angola.

Entre 2019 e 2023, identificámos um total de 14 programas relacionados com a nutrição. Um programa específico à nutrição (ou seja, a Melhoria da Saúde Materno-infantil e Nutrição), que também tem componentes sensíveis à nutrição, 11 programas sensíveis à nutrição e 2 programas facilitadores da segurança nutricional. Dentro dos programas exclusivamente sensíveis à nutrição, estes são ainda subdivididos no sector agrícola (4), bem-estar social (4) e sector de ASH (3).

A lista pode ser visualizada na Tabela 3, onde os programas estão associados com os tipos de intervenção empreendida — no contexto de Angola.



Figura 19. Framework de intervenções em nutrição.
Adaptado de Bhutta, et al. (2013). Lancet.

Tabela 3. Programas relacionados com Nutrição. Fonte: OGE 2019 – 2023.

Tipo	Intervenções	Programa
Específico à Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> Apoio nutricional pré-concepcional e saúde adolescente Suplemento de micronutrientes ou fortificação Prevenção, gestão e intervenções de doenças relacionadas com a nutrição Tratamento de malnutrição aguda 	1. Melhoria da Saúde Materno-infantil e Nutrição
Sensível à Nutrição	<p>Bem-estar social:</p> <ul style="list-style-type: none"> Serviços de saúde e planeamento familiar 	2. Desenvolvimento Local e Combate a Pobreza
	<p>Bem-estar social:</p> <ul style="list-style-type: none"> Segurança social Protecção e desenvolvimento infantil 	3. Protecção e Promoção dos Direitos da Criança
		4. Valorização da Família e Reforço das Competências Familiares
		5. Modernização Do Sistema De Protecção Social Obrigatória
		6. Fomento da Produção Agrícola
	<p>Agricultura:</p> <ul style="list-style-type: none"> Promoção da agricultura e segurança alimentar 	7. Fomento da Produção Pecuária
Facilitador da Segurança Nutricional		8. Exploração Sustentável dos Recursos Aquáticos Vivos e do Sal
	<p>ASH:</p> <ul style="list-style-type: none"> Água, saneamento e higiene 	9. Desenvolvimento da Aquicultura Sustentável
		10. Melhoria do Saneamento Básico
		11. Expansão do Abastecimento de Água
		12. Desenvolvimento e Consolidação do Sector da Água
	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação e controlo rigorosos Responsabilização, regulamentação e legislação de incentivos Coordenação institucional horizontal e vertical Investimento em capacitação 	13. Melhoria da Segurança Alimentar e Nutricional
		14. Reforço do Sistema de Informação Sanitária e Desenvolvimento da Investigação em Saúde

É importante salientar que o Programa para a Melhoria da Saúde Materno-infantil e Nutrição também inclui intervenções sensíveis à nutrição. No entanto, só é possível distinguir entre o orçamento atribuído a intervenções específicas e aquele atribuído a intervenções sensíveis a partir de 2022, quando o governo começou a publicar dados sobre o financiamento individual dos indicadores de desempenho do programa (objectivos).

Considerámos que as intervenções no âmbito dos seguintes indicadores (definidos para 2022 e 2023) são específicos em matéria de nutrição:

- i) Mulheres grávidas com a quarta visita pré-natal;
- ii) Unidades sanitárias com consulta de atenção integral à criança;
- iii) Cobertura de vacinação penta-3;
- iv) Taxa de malnutrição em crianças menores de cinco anos.

Por sua vez as intervenções no âmbito dos seguintes indicadores são sensíveis à nutrição:

- i) Unidades sanitárias que oferecem pelo menos 3 métodos modernos de planeamento familiar;
- ii) Municípios com serviços de atenção integrada ao adolescente.

Os restantes indicadores não foram considerados no orçamento de nutrição, uma vez que se inserem no âmbito da saúde geral. Antes de 2022, o programa no seu conjunto era considerado específico à nutrição devido à limitação dos dados explicados anteriormente.

Ver Capítulo 3 para uma análise aprofundada deste programa e dos seus indicadores.

2.3.2. Orçamento Anual de Nutrição

Com base na selecção de programas descrita no capítulo anterior, o orçamento para a nutrição em 2022 (Figura 20) foi de Kz 529.0 mil milhões (US\$ 1.1 mil milhões) — o que representou 2.8% do OGE e Kz 16.0 mil per capita (US\$ 34.7 per capita). As intervenções específicas à nutrição representaram 1.6% do orçamento, enquanto as intervenções sensíveis à nutrição representaram 97.8%. Este é um rácio de específico para sensível de 1.7% (1/60). As intervenções facilitadoras da segurança nutricional, cobriram os restantes 0.5% do orçamento.

Em 2023, houve um aumento das despesas previstas para a nutrição até Kz 660.7 mil milhões (US\$ 1.3 mil milhões) — representando 3.3% do OGE e Kz 19.4 mil milhões per capita (US\$ 38.5 per capita). No seu conjunto, existe actualmente uma maior concentração em intervenções específicas de nutrição, que representam 5.1% do orçamento de nutrição, enquanto as intervenções sensíveis ascendem a 94.2%. Um

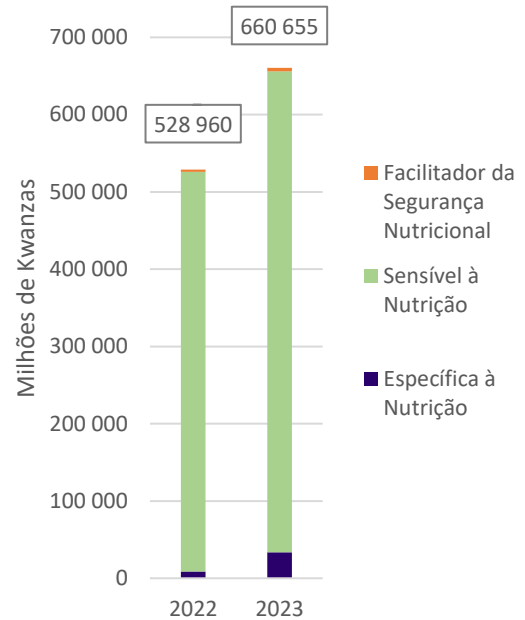
rácio de 5.4% (aproximadamente 1/18). Os restantes 0.7% são cobertos por intervenções facilitadoras da segurança nutricional.

Historicamente, o orçamento atribuído à nutrição tem vindo a aumentar constantemente (Figura 21), à medida que a nutrição se torna uma parte mais relevante do OGE — um sinal positivo do aumento da sensibilização para o assunto.

Este aumento é também observado em 2022, embora (como anteriormente explicado) o Programa para a Melhoria da Saúde Materno-infantil e Nutrição não fosse considerado como 100% relacionado com a nutrição, ao contrário dos anos anteriores.

O passo seguinte é aumentar o investimento de Angola em nutrição de modo a aproximar-se da média africana (Figura 22).

Orçamento da Nutrição Baseado em Programas (2022 - 2023)



baseado em programas. Source: OGE 2022 - 2023.

Orçamento da Nutrição Baseado em Programas (2019 - 2023)

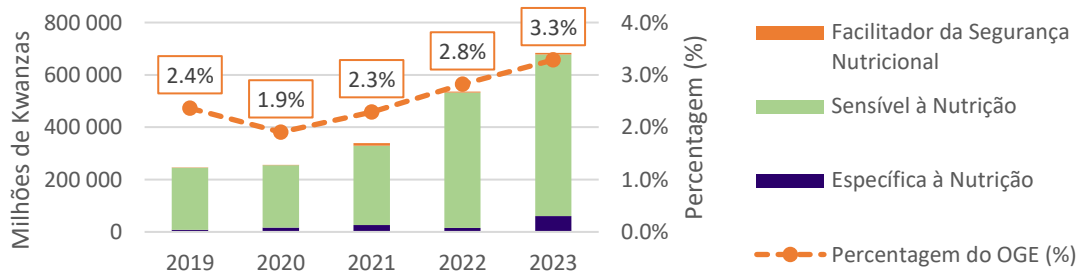


Figura 21. Orçamento da Nutrição baseado em programas. Fonte: OGE 2019 - 2023.

Alocação da Nutrição por País (% of OGE)

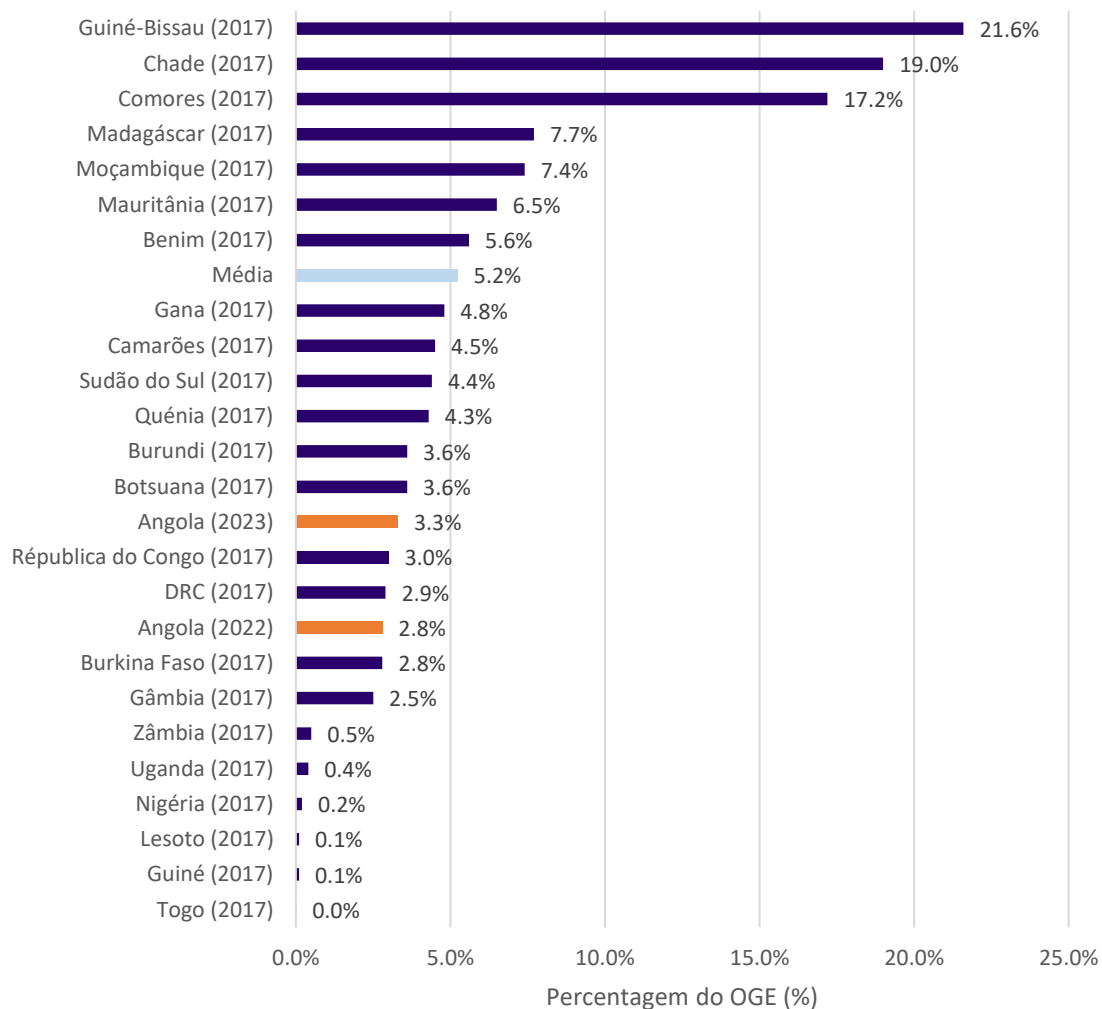


Figura 22. Alocação orçamental à nutrição por país. Fonte: Relatório Global de Nutrição 2017.

De acordo com os dados comunicados por vários países africanos ao Movimento SUN entre 2015 e 2017, que foram apresentados no Relatório Global de Nutrição de 2017⁴³, a percentagem média do OGE atribuído à nutrição (incluindo intervenções específicas e sensíveis⁴⁴) entre 23 nações africanas foi de 5.2%.

⁴³ [2017 Global Nutrition Report](#)

⁴⁴ Nutrition-enabling interventions were either not considered in this report or included in the nutrition-sensitive interventions.

Angola não fazia parte da coorte na altura, contudo se compararmos os dados com os cálculos apresentados nesta revisão, Angola classifica-se como 14º em 24 países — abaixo da média — com uma afectação de 3.3% para 2023, ou 16º em 24 países com uma afectação de 2.8% em 2022. Além disso, se considerarmos que desde 2017 os países têm feito progressos positivos, torna-se claro que o orçamento para a nutrição de Angola é comparativamente baixo.

De acordo com a relação entre intervenções específicas e sensíveis à nutrição, o Relatório Global de Nutrição de 2017 também fornece alguma base de comparação, embora os dados concretos não estivessem acessíveis.

O investimento sensível à nutrição é sempre superior ao investimento específico à nutrição, não só em África, mas a nível global. Isto é o resultado dos amplos investimentos que os governos fazem na agricultura, bem-estar social e sector de ASH — que juntos serão sempre superiores ao investimento especificamente dirigido à saúde materna e infantil ou intervenções médicas relacionadas com a nutrição.

Entre 26 países africanos (uma coorte maior do que anteriormente), apenas o Sudão do Sul tem um rácio de investimento específico para sensível acima de 10%, enquanto 13 países têm um rácio inferior a 1%. Angola tem um rácio de 1.7% em 2022, que foi agora aumentado para 5.4% no orçamento para 2023.

A tendência ascendente do orçamento da nutrição em Angola é um sinal positivo de que o governo está cada vez mais consciente da importância destas intervenções e disposto a financiá-las.

Uma nota sobre a metodologia:

Uma comparação directa não pode ser feita entre esta revisão e os dados do Relatório Global de Nutrição de 2017 devido ao lapso de tempo entre eles e ao facto de a nossa metodologia estar adaptada aos mecanismos de reporte das despesas públicas de Angola. Nomeadamente, ao facto de que o orçamento calculado se baseou nos programas de desenvolvimento do Governo de Angola. No entanto, a categorização das intervenções de acordo com o quadro apresentado na Figura 19 é suficientemente semelhante entre as duas que as comparações indirectas ainda são viáveis.

2.4. Serviços Hospitalares Gerais e Especializados

2.4.1. Serviços Hospitalares Gerais

O orçamento para os Serviços Hospitalares Gerais tem vindo a aumentar desde 2020. Isto pode ser parcialmente explicado pelo facto de nos últimos cinco anos terem sido construídos novos hospitais. De acordo com o orçamento de 2023, estes serviços representarão 1.9% do OGE — equivalente a Kz 381 mil milhões (Figura 23). Enquanto o orçamento para o ano passado foi de 293 mil milhões de Kz, ou 1.6% do OGE.

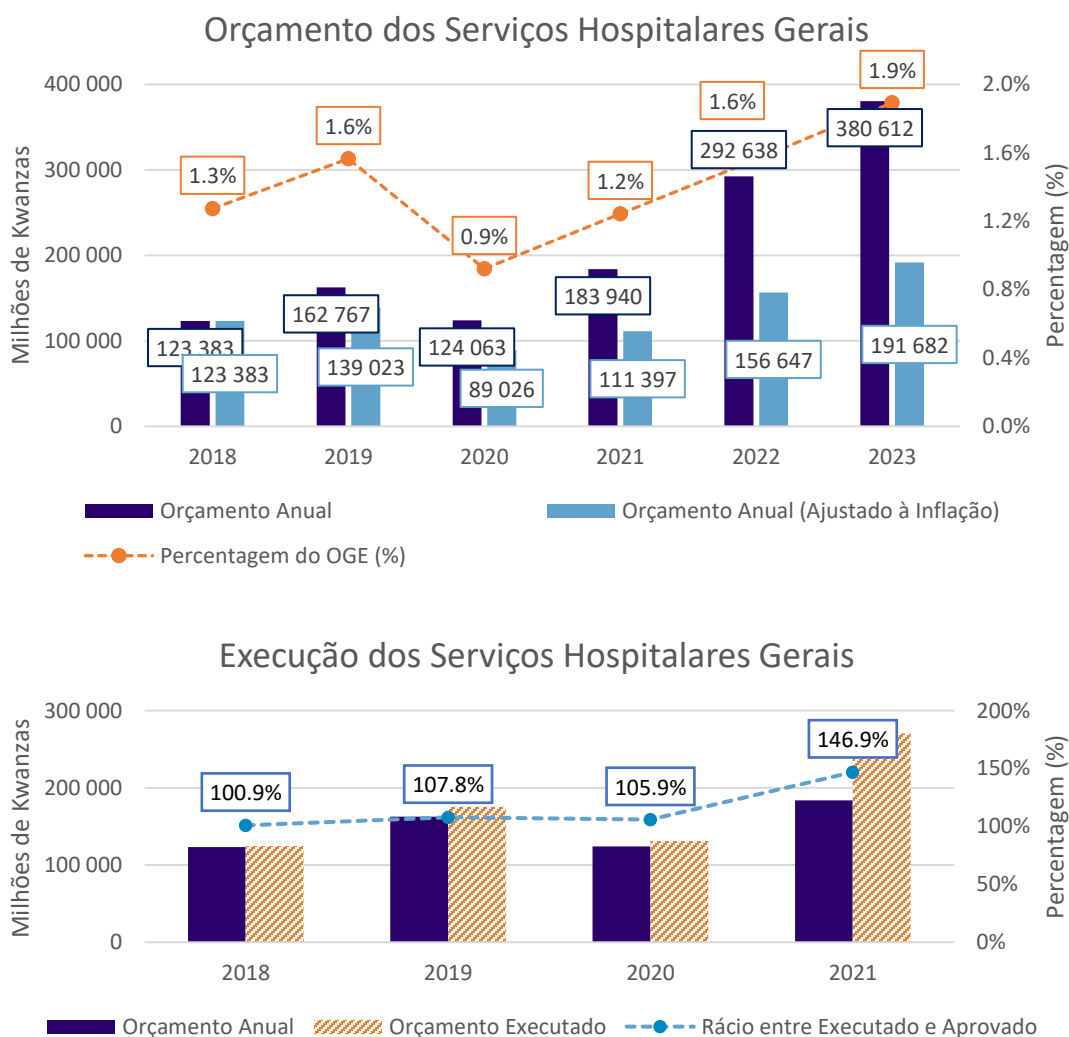


Figura 23. Orçamento e execução orçamental dos Serviços Hospitalares Gerais.

Fonte: OGE 2018 - 2023 e dados do MINFIN.

O orçamento anual atribuído a estes serviços teve um rácio entre orçamento executado e orçamento aprovado superior a 100%. Em 2021, o governo gastou mais Kz 86 mil milhões para além do orçamento inicialmente previsto, o que pode ter alimentado o aumento do orçamento em 2022 e 2023.

Quanto à distribuição do financiamento dos Serviços Hospitalares Gerais, em 2022, foi dividido entre os Governos Provinciais (58%) e o MINSA (42%). Este último tem vindo a ganhar uma maior relevância nos dois anos anteriores, em oposição ao período entre 2018 e 2020, em que a sua representação foi inferior a 25%.

2.4.2. Serviços Hospitalares Especializados

Ao contrário dos "Serviços Gerais", o orçamento dos Serviços Hospitalares Especializados tem permanecido bastante estagnado nos últimos anos. Entre 2020 e 2022 houve uma modesta diminuição do financiamento destes serviços, que foi revertida em 2023 (Figura 24). A percentagem do OGE representada pelos Serviços Hospitalares Especializados permaneceu a mesma em 2023 e em 2022 (ou seja, 0.4%), o que levou a um aumento do orçamento nominal até Kz 83 mil milhões, devido a um maior orçamento global do Estado.

Tem havido um excesso na execução a partir de 2020, o que culminou num rácio entre orçamento executado e aprovado de 171% em 2021. Isto pode ser indicativo de subavaliação orçamental ou de excedentes orçamentais.

Os Serviços Hospitalares Especializados estavam muito mais centralizados no MINSA (80%) em 2022, ao contrário dos Serviços Hospitalares Gerais. Os Governos Provinciais representavam apenas 20% do orçamento deste tipo de serviços. Algo constante desde 2020.

No entanto, nem todas as províncias atribuíram financiamento aos Serviços Hospitalares Especializados, e, embora para muitas o orçamento tenha sido intermitente, o Governo Provincial do Zaire não atribuiu qualquer financiamento para estes serviços nos últimos 5 anos.

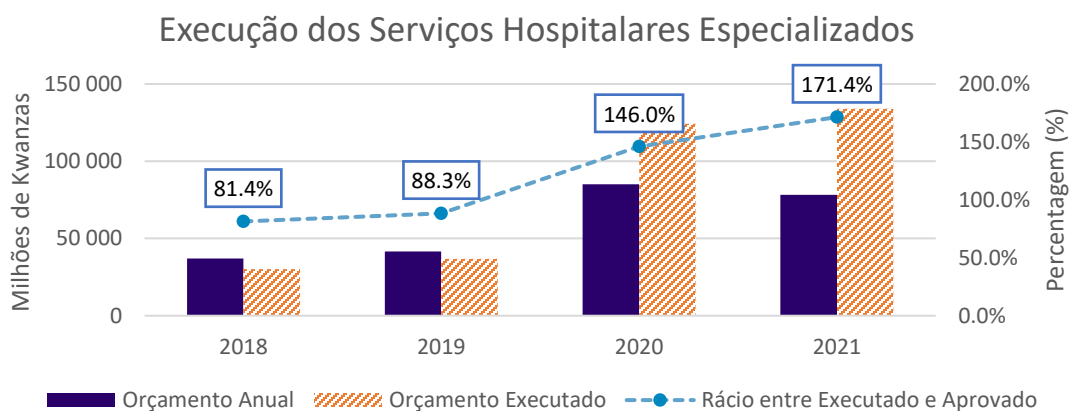
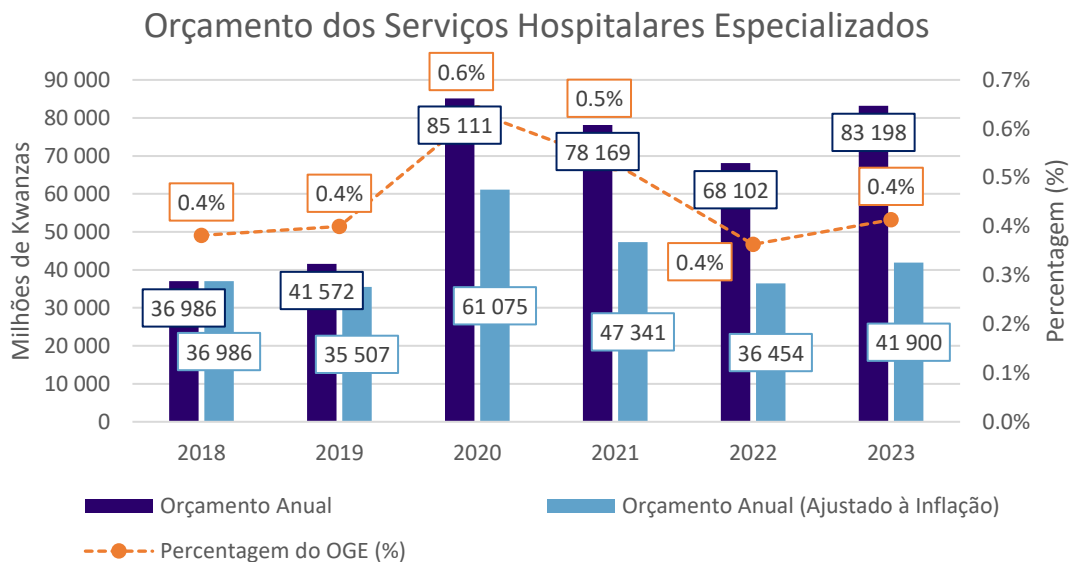


Figura 24. Orçamento e execução orçamental dos Serviços Hospitalares Especializados.
 Fonte: OGE 2018 - 2023 e dados do MINFIN.

2.5. Programa para a Melhoria da Assistência Médica e Medicamentosa

2.5.1. Orçamento Anual e Execução

O programa para a Melhoria da Assistência Médica e Medicamentosa é de longe o maior programa de desenvolvimento da saúde em Angola. Foi especificamente concebido para melhorar o acesso da população aos serviços básicos de saúde e a sua qualidade. E é, portanto, o principal instrumento por detrás do impulso para a Cobertura Universal da Saúde em Angola.

O seu orçamento para 2023 é de Kz 229 mil milhões — um aumento de 33% em relação a 2022 e o segundo consecutivo. Relativamente à execução do orçamento, o governo informou que o orçamento executado foi de 135% e 254% do orçamento aprovado em 2020 e 2021, respectivamente (Figura 25).

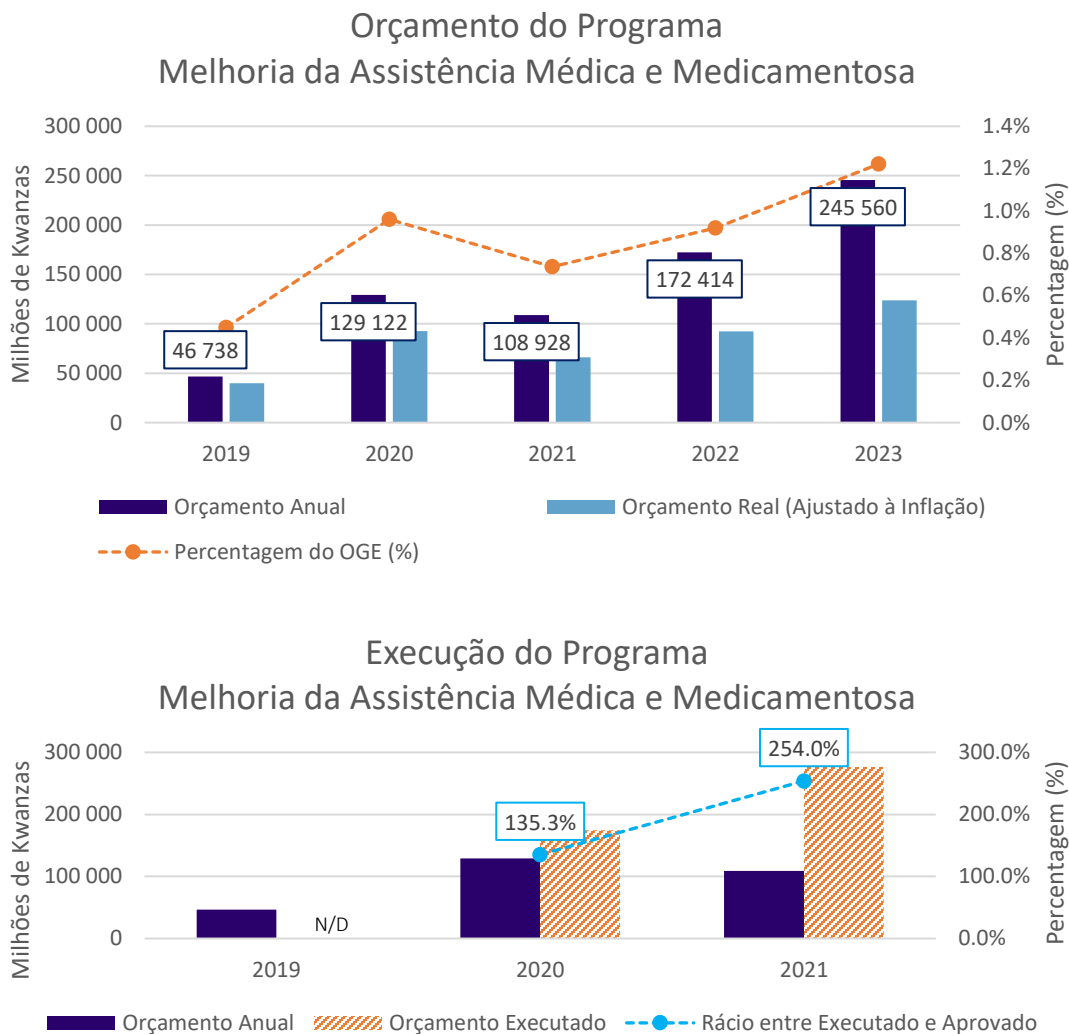


Figura 25. Orçamento e execução orçamental do Programa para a Melhoria da Assistência Médica e Medicamentosa. Fonte: OGE 2018 - 2023 e CGE 2019 - 2021.

O aumento do orçamento aprovado e o elevado orçamento executado são em parte consequência do alastramento das despesas associadas à COVID-19 — que foi incorporado neste programa em vez de ser inserido na resposta contra a COVID-19, como discutido no Capítulo 6.

Em 2021, o governo investiu na aquisição de medicamentos essenciais, vacinas, testes PCR e testes de diagnóstico rápido — incluindo para a COVID-19, bem como novas camas hospitalares, equipamento de protecção Individual (EPI) e ventiladores. Foi também elaborado e executado o Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19.

2.5.2. Distribuição

Em 2022, o programa para a Melhoria da Assistência Médica e Medicamentosa foi financiado em grande parte pelo do MINSA (71%), tendo os Governos Provinciais contribuído com 19% do orçamento do programa. Uma distribuição semelhante foi observada nos dois anos anteriores. O orçamento restante é atribuído ao MINDENVP e ao MINIT — reforçando o papel do governo central (Figura 26).

Enquanto Luanda é a província com o maior volume de financiamento, é novamente a que tem menos fundos per capita (Kz 466 per capita). As províncias mais financiadas quando ajustado o financiamento à sua população (Figura 27) são o Cuando-Cubango (Kz 5.0 mil per capita), o Bengo (Kz 3.6 mil per capita) e Cabinda (Kz 3.2 mil per capita).

É possível que estas diferenças sejam parcialmente influenciadas por economias de escala. Por exemplo, a prestação de serviços à população em Cuando-Cubango pode ser mais cara em virtude da acessibilidade e dos custos de transporte do que em Luanda. Seria necessária uma investigação mais profunda para avaliar eficazmente se este é ou não o caso.

2.5.3. Indicadores de Desempenho

O Governo de Angola definiu uma série de indicadores de desempenho para cada um dos seus programas de desenvolvimento de acordo com o Plano Nacional de Desenvolvimento 2018-2025. O reporte destes indicadores é feito na Conta Geral do Estado (CGE), onde os objectivos e resultados são apresentados em conjunto.

Orçamento do Programa da Melhoria da Assistência Médica e Medicamentosa por Órgão do Estado (2022)

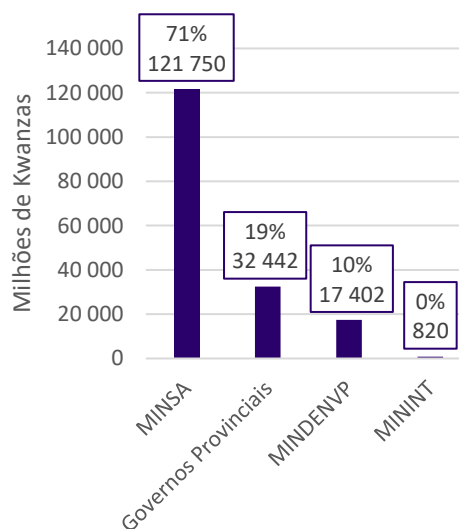


Figure 26. Orçamento do Programa para a Melhoria da Assistência Médica e Medicamentosa por Órgão do Estado. Source: OGE 2022.

A partir de 2022, o governo também começou a divulgar quais os indicadores de desempenho que irão orientar o programa no Orçamento Geral do Estado, no início do ano. Esta é uma melhoria louvável a nível de transparência orçamental, que permite ao público compreender antecipadamente quais são os objectivos de cada programa, e depois comparar com os dados publicados no final do ano.

O Governo não só divulgou quais são os indicadores de desempenho para cada programa, como também apresentou o orçamento atribuído a cada indicador. Isto permite-nos compreender quais os indicadores que estão a ser priorizados.

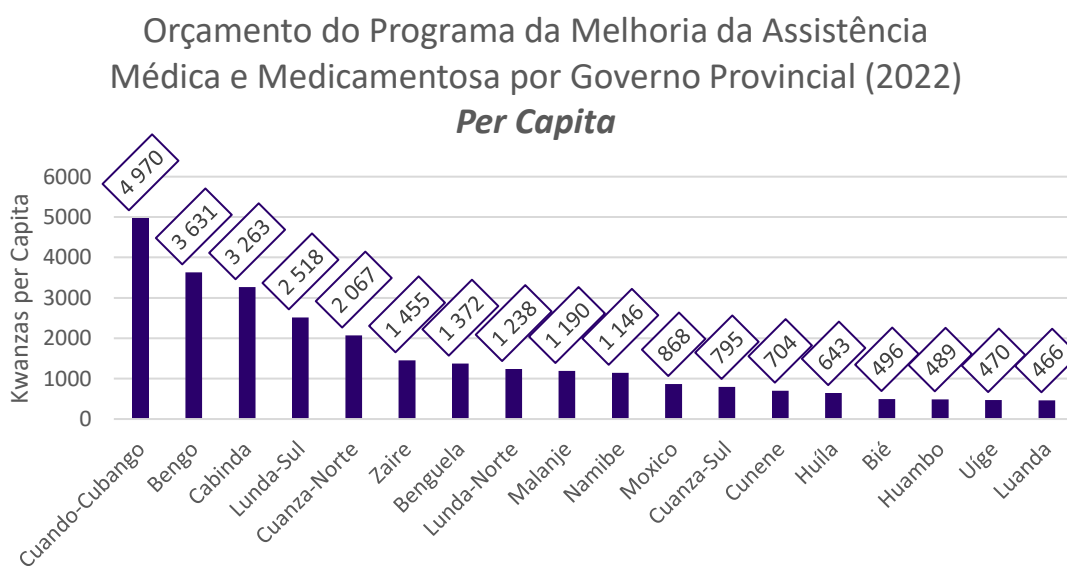


Figura 27. Orçamento do Programa para a Melhoria de Assistência Médica e Medicamentosa por Governo Provincial. Fonte: OGE 2022.

A figura seguinte mostra cada um dos 10 indicadores de desempenho individuais, os seus objectivos e resultados (2020-2022), assim como o seu orçamento previsto para 2022 e 2023.

Ao considerar os indicadores de desempenho dos programas reportados na CGE, apenas três em cada dez indicadores foram efectivamente bem-sucedidos. O primeiro indicador de sucesso é a percentagem de "Unidades Sanitárias Municipais com pacote básico de cuidados e medicamentos essenciais", que tem sido de 100% desde 2020; o segundo é o "novas camas em hospitais", que têm estado significativamente acima das metas planeadas; e o terceiro é o "aumento da oferta de profissionais de saúde". O financiamento para este último indicador cessou a partir de 2022.

Há dois indicadores de desempenho em declínio contrário aos objectivos: a percentagem "equipas municipais que realizam a análise da situação de saúde do Município" e o rácio de "municípios que realizam visitas a populações de difícil acesso". O financiamento para este último também cessou em 2022. Entretanto, o número de evacuações de pacientes no estrangeiro também está a diminuir; em parte devido às restrições da COVID-19 e em parte devido a um aumento do número de hospitais especializados.

Também é digno de nota que o financiamento para a hemodiálise diminuiu significativamente em 2023.

Objectivo

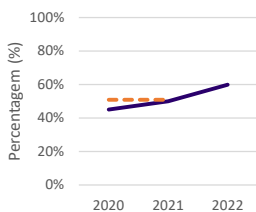


Resultado

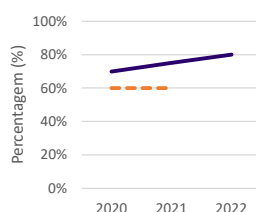


Indicador

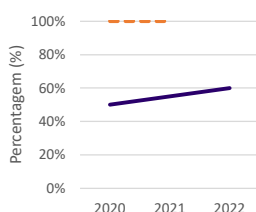
1. Municípios com Unidades Sanitárias de Atenção Primária (%)



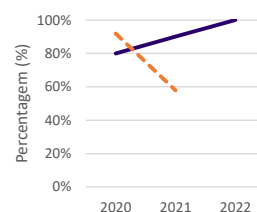
2. População com Acesso aos Serviços de Saúde (%)



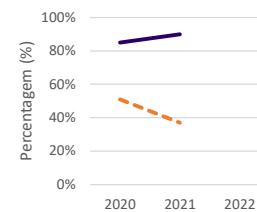
3. Unidades Sanitárias Municipais com Pacote Básico de Cuidados e Med. Essenciais (%)



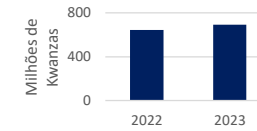
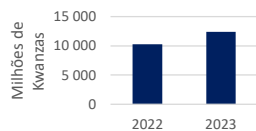
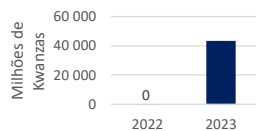
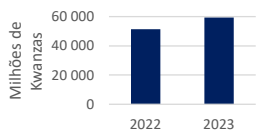
4. Equipas Municipais que Realizam Análise da Situação De Saúde do Município (Asis; %)



5. Municípios que Realizam Visitas às Populações de Difícil Acesso (%)

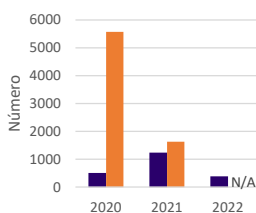


Orçamento

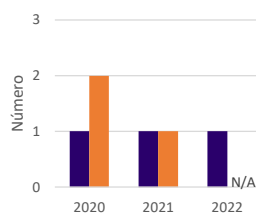


Indicador

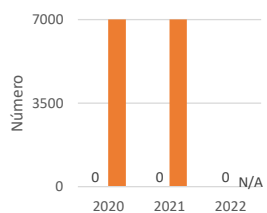
6. Novas Camas em Hospitais (No.)



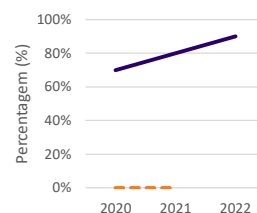
7. Províncias em que Existem Serviços de Hemodialise (No.)



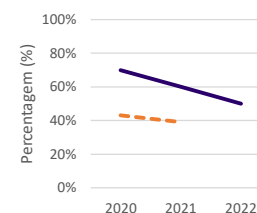
8. Aumentar a Oferta de Profissionais de Saúde (No.)



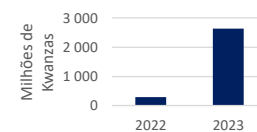
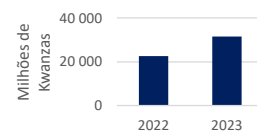
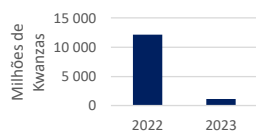
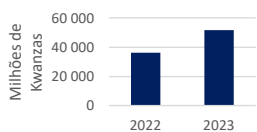
9. Unidades Sanitárias com Gabinete de Apoio ao Utente (%)



10. Evacuações de Pacientes para o Exterior do País (%)



Orçamento



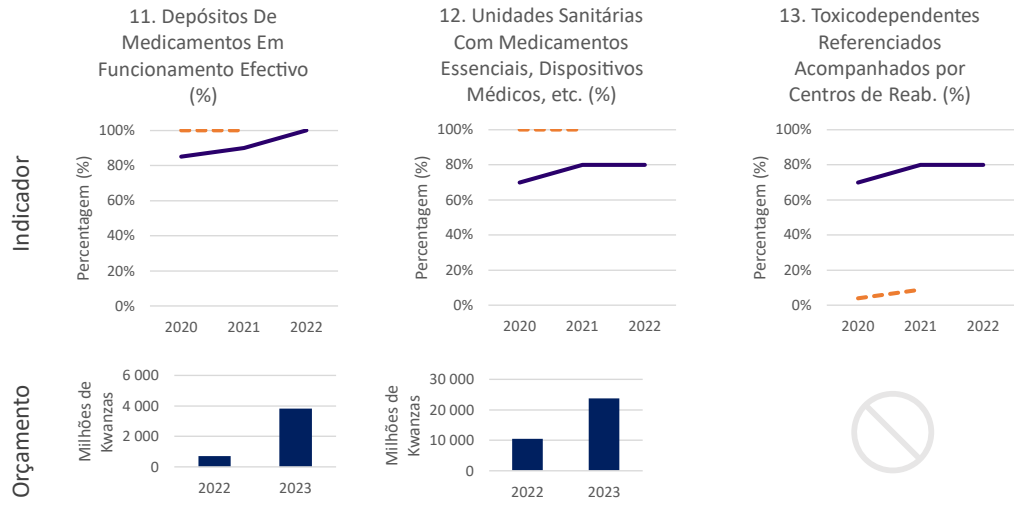


Figura 28. Melhoria da Assistência Médica e Medicamentosa: Indicadores de Desempenho. Fonte: CGE 2018 – 2022, OGE 2022 – 2023.

Nota: O indicador de desempenho nº 7 provavelmente refere-se a novas províncias onde existe hemodiálise, uma vez que este valor deverá ser cumulativo.

2.6. Programa de Reforço do Sistema de Informação Sanitária

2.6.1. Breve Análise

O Programa de Reforço do Sistema de Informação Sanitária e Desenvolvimento da Investigação em Saúde é o programa mais pequeno dentro do orçamento da saúde. Foi lançado com um orçamento de Kz 163.7 milhões em 2019 e atingiu um pico de Kz 7.1 mil milhões em 2021. Em 2022, o seu orçamento era de Kz 1.0 mil milhões (Figura 29).

Os únicos dados sobre a execução disponíveis ao público dizem respeito a 2020, onde o orçamento executado foi de 57.3% do orçamento aprovado — um total de Kz 518.7 milhões.

Tem três objectivos principais:

I. Desenvolver o Sistema Digital de Informação Sanitária (DHIS2; *Digital Health Informations System 2*), através da inscrição de entidades nacionais de saúde,

II. Implementar o Sistema VIDR (Vigilância Integrada da Doença e Resposta) nos Municípios,

III. Promover a investigação científica (medida em número de estudos científicos publicados em Angola).

Em 2020 e 2021, o Governo informou que 100% das entidades de saúde estavam inscritas no DHIS2; 100% dos municípios tinham implementado o Sistema de Notificação de Surto de Epidemia e que o número de estudos publicados era de 6 e 2, respectivamente.

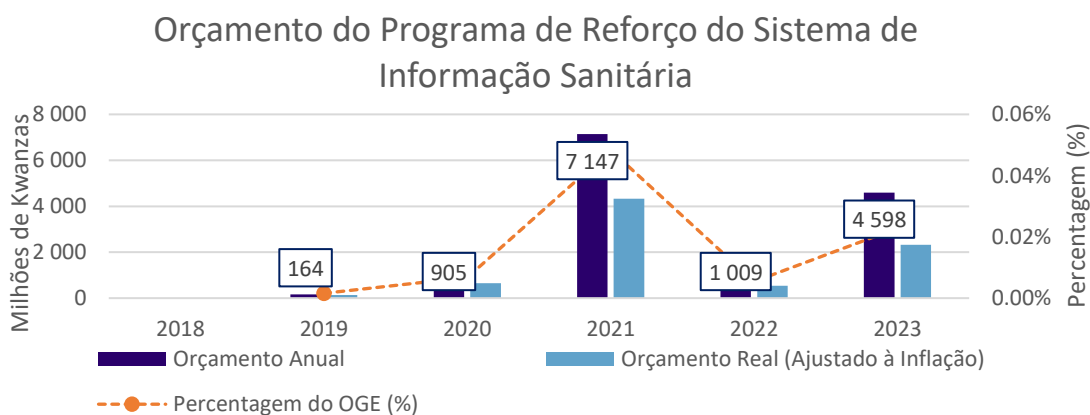


Figura 29. Orçamento do Programa de Reforço do Sistema de Informação Sanitária. Fonte: OGE: 2018 – 2023.

3. Saúde Materno-infantil

3.1. Serviços de Centros Médicos e de Maternidade

3.1.1. Orçamento Anual e Execução

O orçamento dos Serviços de Centros Médicos e de Maternidade diminuiu 45.5% entre 2018 e 2021. Foi então novamente aumentado em 2022 para um total de Kz 33.6 mil milhões — um aumento de 55.2%. Quando ajustado à inflação, este declínio torna-se mais acentuado, enquanto o aumento em 2022 perde impacto (Figura 30).

Além disso, os orçamentos executados foram baixos durante esses quatro anos. O orçamento executado representou menos de 50% do orçamento aprovado em 2018. Este rácio aumentou anualmente à medida que o orçamento diminuía (Figura 31).

Em 2023, o orçamento dos Serviços Médicos e dos Centros de Maternidade mais do que duplicou para Kz 70.2 mil milhões, com um aumento de 1.7 p.p. na percentagem de OGE.

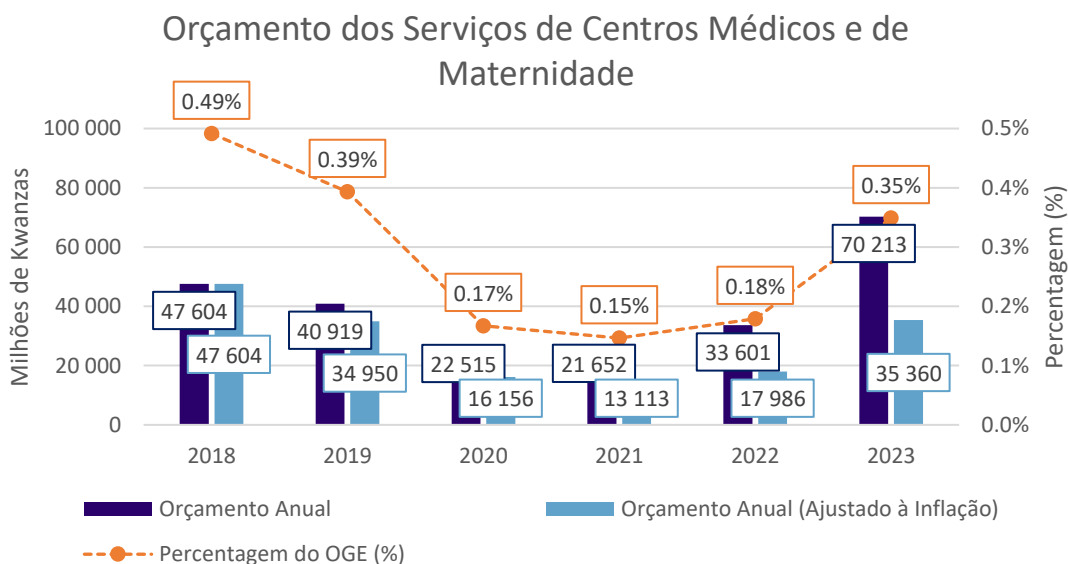


Figura 30. Orçamento dos Serviços de Centros Médicos e de Maternidade. Fonte: OGE: 2018 – 2023.

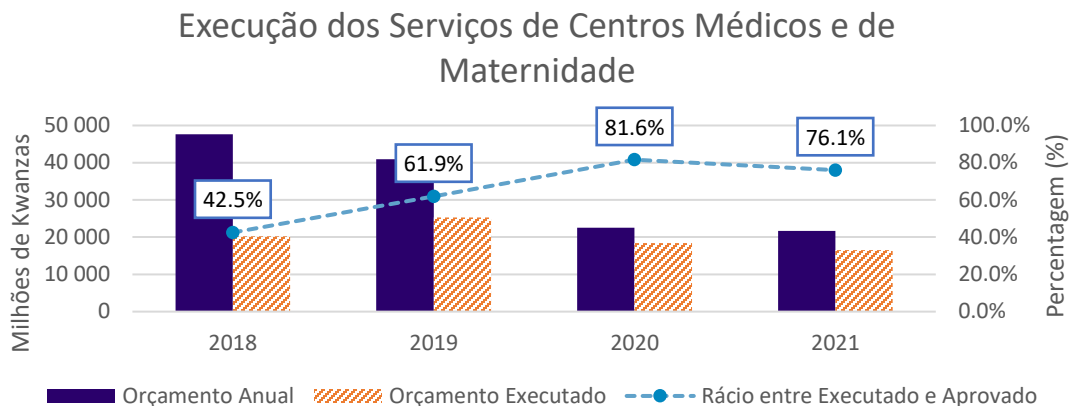
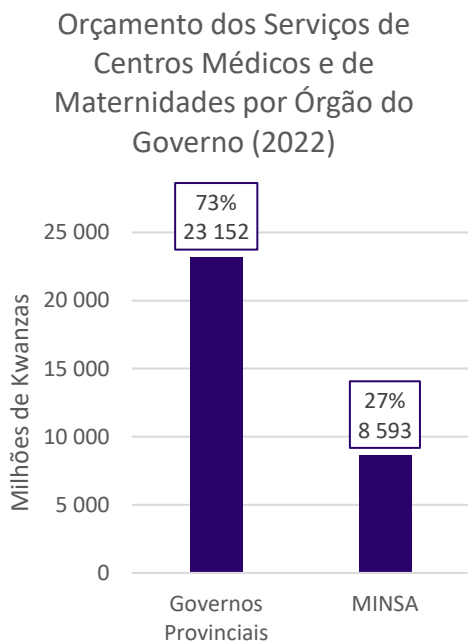


Figura 31. Execução orçamental dos Serviços de Centros Médicos e de Maternidade.
 Fonte: OGE 2018 – 2021 e dados do MINFIN.

3.1.2. Distribuição

Os Serviços de Centros Médicos e de Maternidade encontram-se largamente distribuídos entre as províncias (73%), enquanto cerca de um quarto desse orçamento foi atribuído ao MINSA (27%; Figura 32).



Entre as províncias, Malanje, Huíla e Bié tinham o maior orçamento em termos de valores absolutos. No entanto, Lunda-Sul foi a província com o orçamento per capita mais elevado (Kz 3.0 mil), seguida por Namibe (Kz 2.7 mil) e pelo Bengo (Kz 2.6 mil). Mais de metade das províncias atribuiu menos de Kz 1 mil, enquanto o Cuanza-Sul e o Cunene não atribuíram quaisquer fundos para apoiar estes serviços (Figura 33).

Parte destes serviços pode estar sob a tutela das autoridades municipais e, portanto, não ser contabilizada no orçamento do Governo Provincial.

Figura 32. Orçamento dos Serviços de Centros Médicos e de Maternidade por Órgão do Estado.
 Source: OGE 2022.

Orçamento dos Serviços de Centros Médicos e Maternidade por Governo Provincial (2022) *Per Capita*

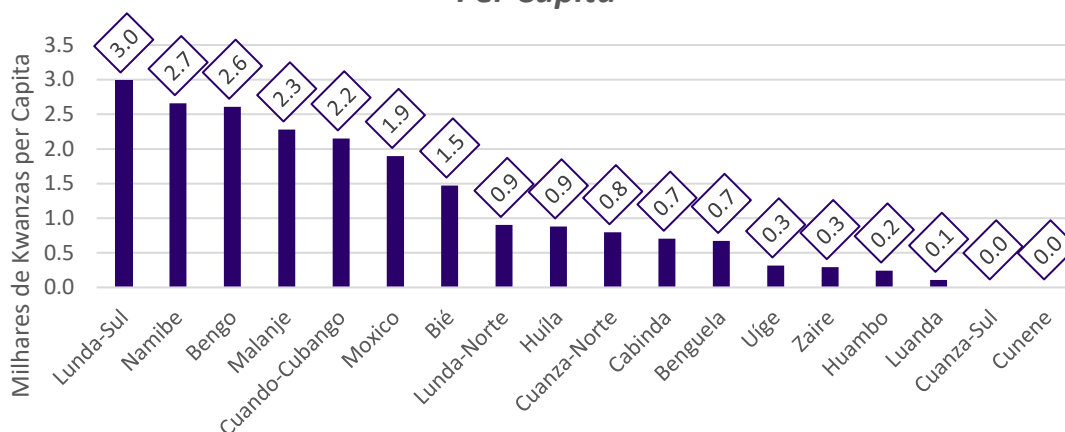


Figura 33. Orçamento dos Serviços de Centros Médicos e de Maternidade por Governo Provincial. Fonte: OGE 2022.

3.2. Programa para a Melhoria da Saúde Materno-infantil e Nutrição

3.2.1. Orçamento Anual e Execução

O governo de Angola tem um programa de desenvolvimento a longo prazo para a **Melhoria da Saúde e Nutrição Materno-infantil**, concomitante com o orçamento atribuído aos Serviços de Centros Médicos e de Maternidade.

Este é um dos programas mais importantes dentro dos sectores da saúde e nutrição, uma vez que visa responder aos desafios enfrentados pela saúde materna, neonatal e infantil — aspectos centrais ao bom funcionamento de um sistema de saúde. É actualmente o segundo programa relacionado com a saúde com maior orçamento e tem estado em vigor na última década — o que significa que não foi afectado pela reestruturação geral dos programas observada entre 2018 e 2019.

O orçamento do programa tem vindo a crescer globalmente nos últimos cinco anos, com excepção de 2022, ano em que diminuiu em comparação com 2021 (Figura 34). Isto é contrário ao declínio observado no orçamento dos Serviços de Centros Médicos e Maternidade entre 2018 e 2021. No entanto, o seu orçamento executado não é consistente.

Enquanto o orçamento cresceu de 2018 a 2019 em cerca de Kz 1 mil milhões, a execução dos fundos aprovados em 2019 foi de 41.6%, o que efectivamente deixou o programa com metade do investimento em comparação com 2018. Em 2020, o rácio entre o orçamento executado e o orçamento aprovado indicado na CGE era inferior a 1%. Não fomos capazes de determinar a razão por detrás desta discrepância.

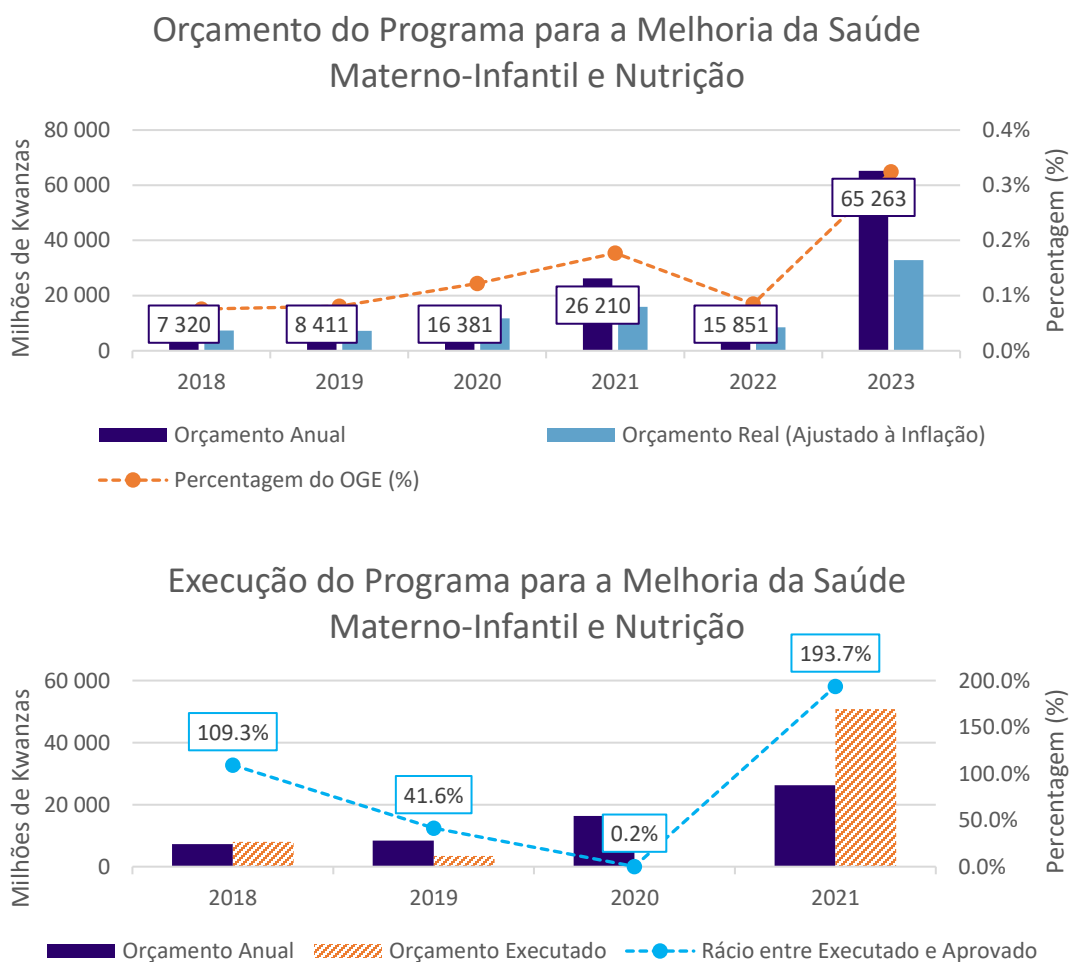


Figura 34. Orçamento e execução orçamental do Programa para a Melhoria da Saúde Materno-infantil e Nutrição. Fonte: OGE 2018 – 2023 e CGE 2018 – 2021.

Em 2021, o Governo executou quase o dobro do orçamento inicialmente aprovado para o programa, desembolsando efectivamente Kz 50.7 mil milhões. O triplo do orçamento dos Serviços de Centros Médicos e de Maternidade. Parte das despesas foi utilizada para reforçar a capacidade institucional, investindo em capital humano —

nomeadamente nos cuidados de saúde primários, com a especialização de 576 médicos em saúde familiar.

Além disso, o governo investiu nesse ano nos Centros Materno-Infantis do Moxico — reabilitação, Luquembo (Malanje) e Tanque-Belas (Luanda) — construção e equipamento, e no Hospital Pediátrico do Huambo — construção e equipamento.

Finalmente, o Governo elaborou também o Plano Nacional Multisectorial de Nutrição em 2021.

3.2.2. Distribuição

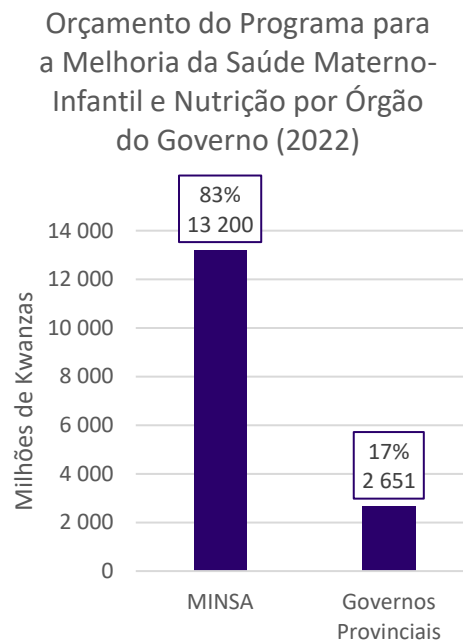
Em 2022, o programa estava largamente concentrado no MINSa (83%), sendo o restante orçamento distribuído entre os Governos Provinciais (17%; Figura 35).

Das províncias, Lunda-Sul tinha o orçamento mais elevado em 2022 (Kz 435 per capita), seguido por Bié (Kz 411 per capita) e Malanje (Kz 281 per capita). No extremo oposto do espectro, no Huambo foram atribuídos 19 Kz per capita (Figura 36). O orçamento de cada província parece oscilar entre 2018 e 2022 — possivelmente dependendo dos projectos a serem implementados.

Entretanto, existiram 8 províncias sem qualquer financiamento para este programa em 2022. Destas 8 províncias, Cabinda, Zaire e Namibe não atribuíram qualquer financiamento para este programa durante os últimos 5 anos.

Figura 35. Orçamento do Programa para a Melhoria da Saúde Materno-infantil e Nutrição por Órgão do Estado.

Source: OGE 2022.



Orçamento do Programa para a Melhoria da Saúde Materno-Infantil e Nutrição por Governo Provincial (2022)
Per Capita

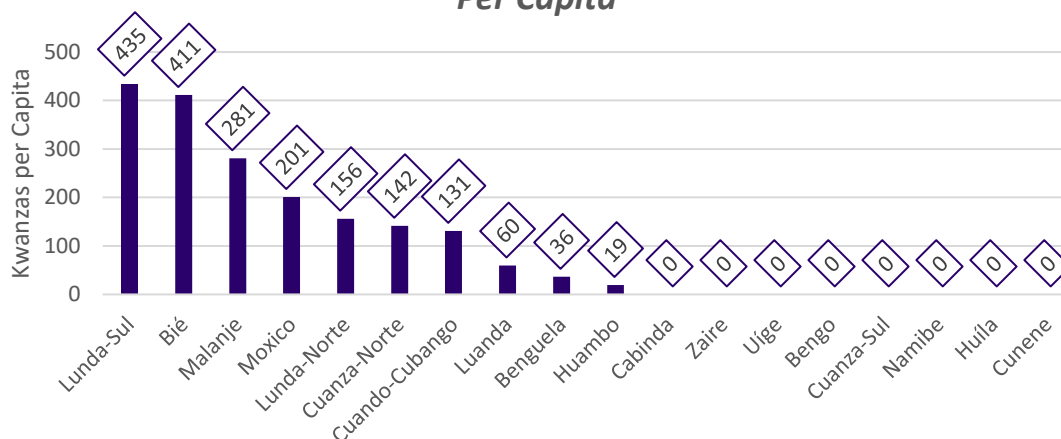


Figura 36. Orçamento do Programa para a Melhoria da Saúde Materno-infantil e Nutrição por Governo Provincial. Fonte: OGE 2022.

3.2.3. Indicadores de Desempenho

Sumário das descobertas:

- 3/10 indicadores cumpriu ou superou os seus objetivos para 2021.
- Os objectivos destes indicadores não são definidos com base nos resultados do ano anterior.
- Ocorreu uma redução do número de indicadores.

Como um dos programas mais antigos, a Melhoria da Saúde Materno-infantil e Nutrição é um dos programas mais detalhados com indicadores claramente definidos, objectivos de sucesso planeados para cada ano e um reporte consistente dos resultados anuais alcançados (Figura 37). Uma coisa que se torna clara, ao analisar os indicadores de desempenho comunicados, é o facto de os objectivos para um determinado ano serem definidos independentemente dos resultados do ano anterior.

Um bom exemplo disto é a taxa de mortalidade materna institucional. Em 2019, Angola registou 170 mortes por 100 000 nados-vivos. Isto ficou abaixo do objectivo previsto de 219 mortes, e é um sinal positivo de melhoria da saúde materna. No

entanto, o suposto objectivo para 2020 era um rácio de 213 mortes. O que significa que, em vez de baixar o rácio de mortalidade, o objectivo era aumentá-lo.

Esta não é obviamente a intenção do programa; contudo, mostra que os objectivos do programa são calculados para o longo prazo e não são ajustados com base nos resultados do ano anterior. Um segundo exemplo aqui seria a percentagem de municípios com serviços integrados de cuidados a adolescentes, cujo objectivo para 2021 estava abaixo dos resultados alcançados em 2020. Mais exemplos podem ser identificados em outros programas.

Outra observação interessante é que entre 2021 e 2022, o governo reduziu o número de indicadores de vários programas, incluindo este. Neste caso, a cobertura de imunização contra o sarampo⁴⁵ (ver Capítulo 4.3.) e a percentagem de crianças com menos de cinco anos de idade que recebem suplementos de vitamina A foram ambos removidos como indicadores de desempenho do programa. Apesar de os resultados comunicados para estes dois indicadores em 2021 terem ficado aquém dos objectivos inicialmente previstos.

⁴⁵ A cobertura de imunização será discutida no Capítulo 6.

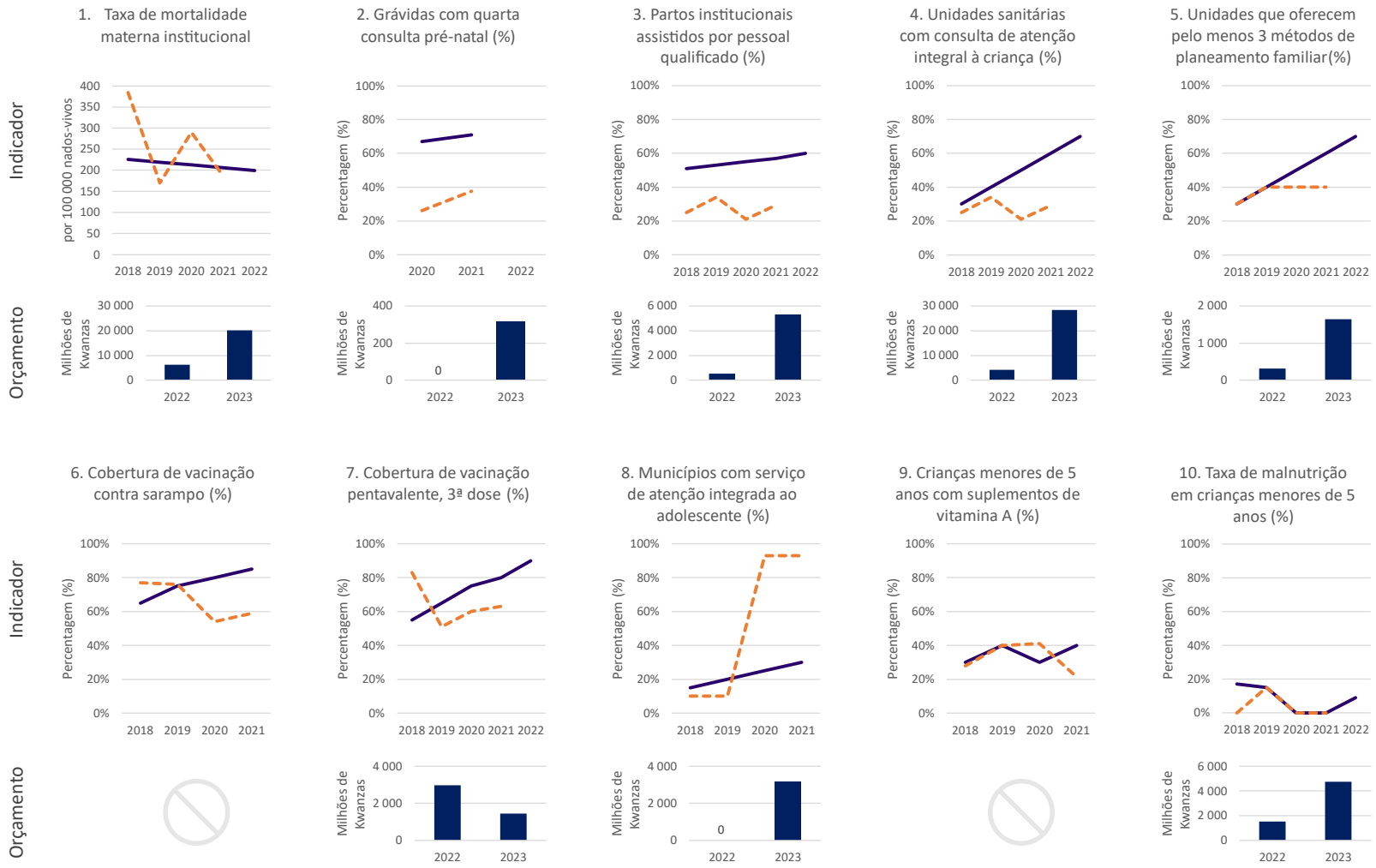


Figura 37. Melhoria da Saúde Materno-infantil e Nutrição: Indicadores de Desempenho.
 Fonte: CGE 2018 – 2022, OGE 2022 – 2023.

Muitos destes indicadores de desempenho foram analisados no IIMS 2016 e podem ser comparados com o orçamento de 2022 do programa. O orçamento por província per capita não parece reflectir as taxas de mortalidade de menores de cinco anos, a percentagem de mulheres que receberam pelo menos uma consulta pré-natal por pessoal qualificado nem a percentagem de partos assistidos por província (Figura 38).

É difícil estabelecer uma correlação, dado que há falta de dados recentes sobre os indicadores de desempenho por província. No entanto, se assumirmos que os dados de 2016 não sofreram alterações significativas, o financiamento não está geralmente a fluir para as províncias mais afectadas - especialmente Cuanza-Sul e Huíla.

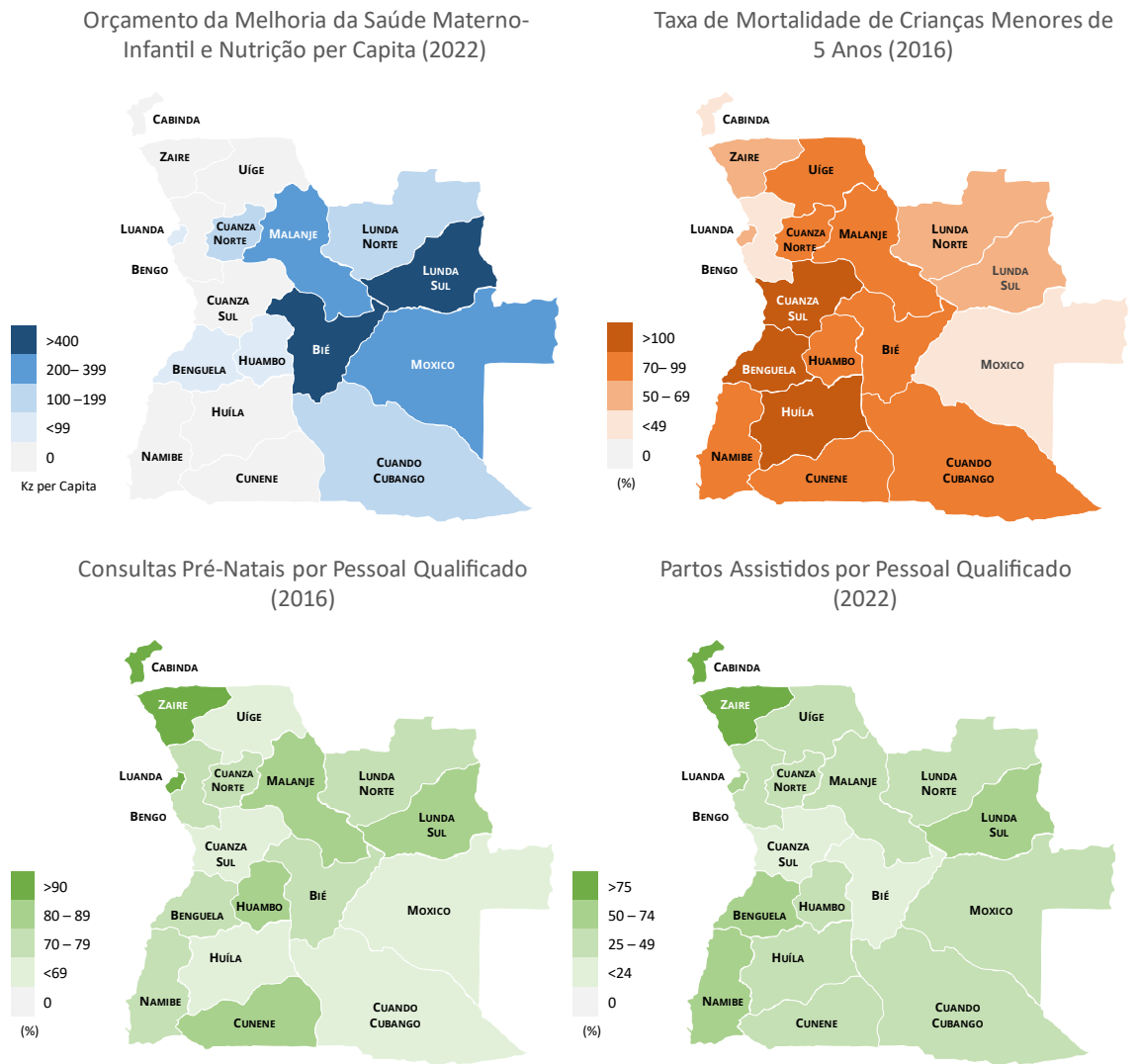


Figura 38. Orçamento per capita da Melhoria da Saúde Materno-infantil e Nutrição Vs. Indicadores de Desempenho em Angola. Fonte: OGE 2022 e IIMS 2016

3.3. Um Olhar Atento Sobre os Desafios da Saúde Materno-infantil e de Nutrição

3.3.1. Malnutrição

As metas nutricionais de Angola não estão alinhadas com as recomendações internacionais da OMS/ UNICEF.

A malnutrição resulta de uma deficiência, excesso ou desequilíbrio na ingestão de energia e/ ou nutrientes, abrangendo três grandes grupos de condições: i) malnutrição (aguda/ *wasting*; crónica/ *stunting*, e de baixo peso); ii) malnutrição relacionada com micronutrientes (deficiências ou excessos de micronutrientes); e iii) excesso de peso, obesidade e doenças não transmissíveis relacionadas com a dieta⁴⁶.

Como demonstrado no Capítulo 2.1., Angola está longe de atingir as Metas Globais de Nutrição da OMS para 2025⁴⁷ e a Extensão das Metas Globais de Nutrição Materna, Juvenil e Infantil de 2025 da OMS/ UNICEF até 2030⁴⁸. Estas metas recomendadas incluem os seguintes indicadores: i) mulheres em idade reprodutiva com anemia, ii) baixo peso à nascença, iii) amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses, bem como iv) atraso de crescimento, perda de peso e excesso de peso.

Os últimos objectivos nutricionais angolanos a que tivemos acesso foram definidos no PDN 2018-2022⁴⁹, sendo que i) amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses, ii) cobertura da suplementação com vitamina A (SVA) em crianças dos 6-59 meses de idade e iii) abaixo dos cinco anos de peso foram os indicadores escolhidos para monitorizar. Os dois últimos estão representados no Orçamento do Estado através do programa de Melhoria da Saúde Materno-infantil e Nutrição, mas não o primeiro.

Os objectivos nutricionais angolanos, portanto, não parecem estar de acordo com as recomendações internacionais anteriormente descritas.

Relativamente à suplementação com micronutrientes, as evidências demonstraram que a SVA resulta numa redução clinicamente significativa da morbilidade e mortalidade em crianças de seis meses para cinco anos de idade⁵⁰. Por essa razão, a inclusão da sua cobertura como um indicador é particularmente relevante no contexto de Angola. Contudo, a nossa análise concluiu que o SVA não foi considerado como um indicador de desempenho em 2022 nem o será em 2023.

Relativamente aos indicadores de malnutrição, é importante salientar que uma criança com baixo peso pode de malnutrição crónica, aguda ou ambos. Assim, a

⁴⁶ OMS, [Malnutrition Fact Sheet](#)

⁴⁷ OMS, [Global nutrition targets 2025: policy brief series](#) (2014)

⁴⁸ OMS/UNICEF, [The extension of the 2025 maternal, infant and young child nutrition targets to 2030](#) (2019)

⁴⁹ [Plano de Desenvolvimento Nacional 2018 - 2022](#)

⁵⁰ Imdad, et al. [Vitamin A supplementation for preventing morbidity and mortality in children from six months to five years of age](#) (2022)

escolha de monitorizar sozinho a malnutrição, sem considerar simultaneamente os outros dois indicadores, é muito limitativa.

3.3.2. Doenças Diarreicas

De acordo com o IIMS 2016, a prevalência de diarreia em crianças com menos de 5 anos de idade é de 15.6% em Angola. Ligeiramente mais elevada nas zonas urbanas (16.1%) do que nas zonas rurais (14.8%), e particularmente prevalente entre os 6 e 23 meses (27%).

É também mais prevalente nas crianças que não têm acesso a saneamento básico, o que realça a importância de investir em infraestruturas sanitárias a fim de prevenir a diarreia. Um relatório do UNICEF sobre o sector da Água, Saneamento e Higiene (ASH) em Angola será publicado (simultaneamente com este trabalho) identificando os actuais estrangulamentos dentro do sector e propondo várias recomendações para o desenvolver. Nesse relatório, o orçamento do ASH para 2022 foi estimado em Kz 370.8 mil milhões — representando 2.0% do OGE.

O investimento específico em saneamento básico em nome do Governo (Kz 102 mil milhões a partir de 2023) tem vindo a aumentar nos últimos cinco anos, o que mostra uma recente priorização do sector.

O acesso à água potável e as práticas de higiene são outros factores de prevalência de diarreia, a par do saneamento básico.

De acordo com Gasparinho et al. (2016)⁵¹, as principais causas de diarreia na província do Bengo são os seguintes agentes patogénicos entéricos: *Cryptosporidium* protozoa (30.0%), rotavírus (25.1%) *Giardia lamblia* protozoa (21.6%), bactérias *Escherichia coli* diarreicas (6.3%), *Ascaris lumbricoides* (4.1%), adenovírus (3.8%), *Strongyloides stercoralis* (3.5%), astrovírus (2.6%), *Hymenolepis nana* (1.7%) e outras (1.3%). Estes dados podem ser geralmente extrapolados para Angola e são consistentes com estudos em outras províncias.

As infeções por rotavírus são particularmente perigosas devido ao seu aumento da prevalência em crianças com menos de 12 meses e associação com vómitos e malnutrição aguda. Como se pode ver no Capítulo 4, a imunização contra o rotavírus faz parte do Calendário Nacional de Vacinação de Angola e a cobertura vacinal segundo o Governo é de 55%.

No estudo, pelo menos um agente patogénico foi isolado em 66.6% das amostras, o que apoia a importância das causas infecciosas da doença diarreica em crianças com

⁵¹ to Gasparinho et al. (2016), The Pediatric Infectious Disease Journal

menos de 5 anos nesta região de Angola. Esta percentagem foi mais elevada em comparação com aquela obtida num estudo realizado em Moçambique (42.2%), mas semelhante a um estudo realizado na Tanzânia (67.1%). Também mais elevada foi a prevalência de protozoários parasitas patogénicos, no entanto, continua a não ser claro se isso poderia ou não ser causado por diferenças na metodologia de diagnóstico entre estudos

Ao considerar a prevalência de doenças diarreicas por província, é interessante notar que o orçamento para serviços de saneamento básico por Governo Provincial em 2022 não reflecte as taxas de prevalência de diarreia nas crianças — com base nos dados mais recentes disponíveis (Figura 39). No entanto, é difícil estabelecer uma correlação entre as duas com base apenas na informação disponível. Em parte, devido à falta de dados recentes sobre a prevalência de diarreia nas crianças e em parte porque o orçamento para 2022 por si só não reflecte uma tendência no financiamento dos Governos Provinciais. No entanto, é evidente que é necessário um maior financiamento para o saneamento nas províncias mais afectadas por doenças diarreicas.

É também importante mencionar que a parte do orçamento do saneamento básico atribuída ao Ministério da Energia e Água é insignificante em 2022, quando comparada com a dos Governos Provinciais.

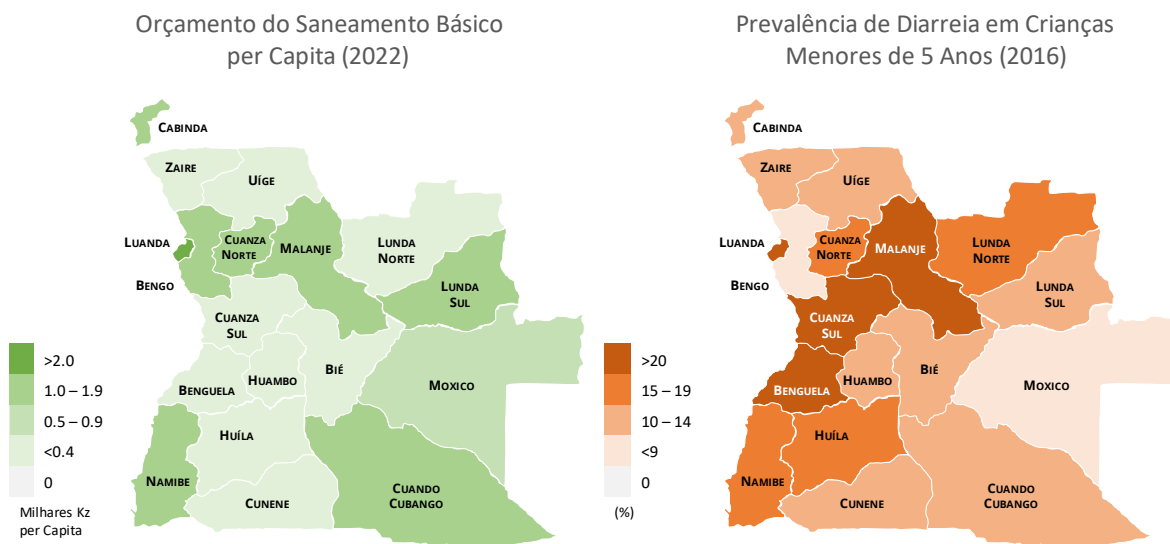


Figura 39. Orçamento do Saneamento Básico Vs. Prevalência de diarreia Angola. Fonte: OGE 2022 e IIMS 2016.

4. O Calendário Nacional de Vacinação

4.1. O Calendário Nacional de Vacinação

O calendário nacional de vacinação de Angola cobre todas as vacinas para a imunização de rotina de crianças recomendadas pela OMS⁵² (Tabela 4), com apenas uma exceção: a imunização contra o Vírus do Papiloma Humana (HPV; *Humana Papiloma Virus*), atualmente recomendado para meninas entre os 9 e 14 anos.

Tabela 4. Calendário nacional de vacinação de Angola (2018)⁵³.

Idade	Vacina	Dose	Via de Administração
Ao nascer	Pólio	Dose 0	Oral
	BCG	Dose Única	Intradérmica
	Hepatite B	Dose Única	Intramuscular
2 Meses	Pólio	1ª Dose	Oral
	Rotavírus	1ª Dose	Oral — Sublingual
	Pneumococos	1ª Dose	Intramuscular
	Pentavalente	1ª Dose	Intramuscular
4 Meses	Pólio	2ª Dose	Oral
	Rotavírus	2ª Dose	Oral — Sublingual
	Pólio inactivada	Dose Única	Intramuscular
	Pneumococos	2ª Dose	Intramuscular
	Pentavalente	2ª Dose	Intramuscular
6 Meses	Pólio	3ª Dose	Oral
	Vitamina A	1ª Dose	Oral
	Pneumococos	3ª Dose	Intramuscular
	Pentavalente	3ª Dose	Intramuscular
9 Meses	Vitamina A	2ª Dose	Oral
	Sarampo e Rubéola	1ª Dose	Subcutânea
	Febre Amarela	Dose Única	Subcutânea
15 Meses	Sarampo e Rubéola	2ª Dose	Subcutânea

⁵² [OMS recomendações para imunização de rotina](#) (Novembro 2021).

⁵³ [Manual do Mobilizador Social](#) (2018).

4.2. Imunização de Rotina: Orçamento e Cobertura

De acordo com os dados publicados pela OMS/ UNICEF⁵⁴ (*Joint Reporting Form*), em 2021, o Governo de Angola gastou US\$ 28.7 milhões (Kz 18.3 mil milhões) em imunização de rotina — o equivalente a 4.8% do orçamento executado para os Serviços de Saúde Pública (ver Capítulo 5.1.). Sessenta por cento desse montante foi canalizado para a compra de vacinas. As despesas governamentais representaram 93% das despesas totais em imunização de rotina em 2021, que ascenderam a US\$ 31.0 milhões (Kz 19.7 mil milhões) quando consideradas as fontes externas — o valor mais elevado desde 2018.

Se considerarmos que uma estimativa de 1.07 milhões de bebés nascidos em Angola em 2021 sobreviveu (até ao primeiro ano de idade), a despesa total de Angola em imunização de rotina ascendeu a US\$ 28.9 por criança sobrevivente (Kz 18.4 mil) nesse ano.

Para comparação, a região africana da OMS gastou, em média, entre 2018 e 2020, US\$ 41 por criança sobrevivente⁵⁵, enquanto que globalmente foram gastos US\$ 68. É importante notar, no entanto, que Angola está a suportar inteiramente sua imunização desde a sua transição do apoio da GAVI.

Estes números reflectem a magnitude do desafio que Angola tem de enfrentar para imunizar a sua crescente população, mas também que existe uma grande necessidade de maior investimento na imunização de rotina das crianças.

⁵⁴ [OMS/ UNICEF Joint Reporting Form on Immunization](#)

⁵⁵ OMS, [Situation Analysis of Immunization Expenditure — Key Facts](#) (2021).



Cobertura de Imunização em Angola (2012 - 2021)

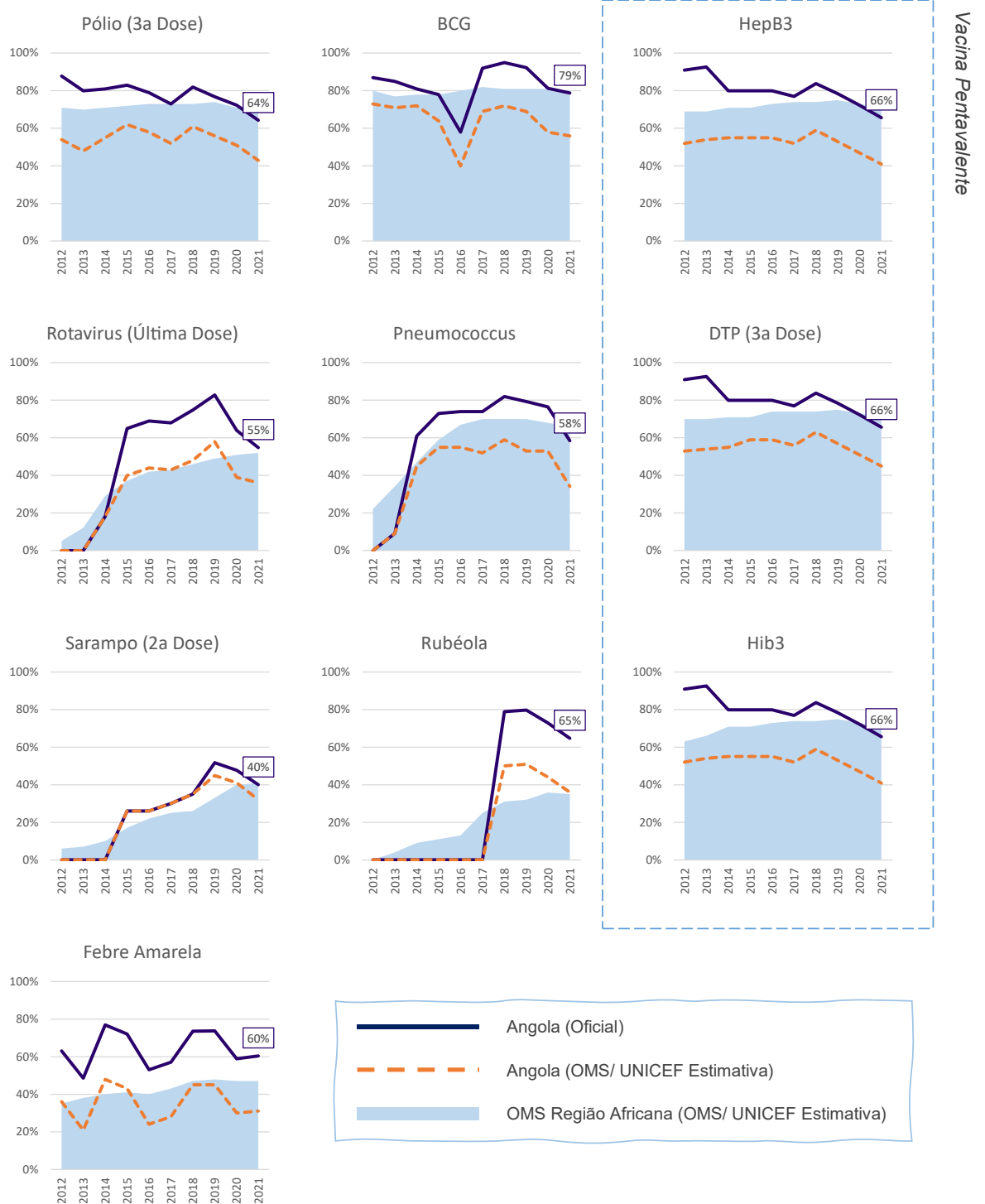


Figura 40. Cobertura de Imunização em Angola. Fonte: OMS Painel de Imunização⁵⁶.

Nota: A cobertura de imunização do sarampo refere-se à segunda dose.

⁵⁶ [OMS Painel de Imunização](#)

Segundo os dados governamentais fornecidos à OMS, nos últimos dez anos, a cobertura geral de vacinação em Angola ou segue ou está acima da cobertura média estimada para a região africana da OMS (Figura 40)⁵⁷.

A partir de 2021, a cobertura mais elevada diz respeito à imunização com a vacina *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG) — contra a tuberculose — a 74%; e a cobertura mais baixa é a da imunização contra o sarampo (segunda dose a 40%).

Contudo, os dados oficiais estão, na maioria dos casos, acima da cobertura estimada calculada pela OMS e UNICEF⁵⁸. Sendo que esta última reflecte com maior precisão os dados recolhidos pelo último IIMS 2016⁵⁹. A única excepção é a imunização contra o sarampo, em que a estimativa parece corresponder aos dados oficiais. Se considerarmos as estimativas da OMS e da UNICEF, a cobertura em Angola é normalmente inferior à média em cerca de 20 p.p.

A cobertura da imunização em Angola verificou um declínio geral desde 2018-2019, para múltiplas vacinas, que foi ainda agravado pela pandemia da COVID-19 em 2020.

Este foi o caso da imunização contra a poliomielite com a terceira dose de vacina, onde há um declínio desde 2018, agravado em 2021 — para uma cobertura de 64%. A poliomielite é uma doença infecciosa viral que pode causar paralisia muscular flácida permanente, que afecta sobretudo crianças menores de cinco anos de idade. Embora o poliovírus selvagem tenha sido oficialmente eliminado na Região Africana da OMS desde 2020⁶⁰, graças à Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite⁶¹, África ainda tem de se debater com casos importados — como aconteceu em Moçambique e no Malawi no ano passado⁶² — e com infecções por poliovírus derivado da vacina. Estas infecções são uma consequência da utilização da vacina oral contra a poliomielite (OPV; *Oral Polio Vaccine*), que contém uma estirpe atenuada do vírus.

No caso de Angola, o surto mais recente foi notificado em 2019⁶³, o que realça a importância contínua desta vacina.

Uma tendência semelhante é observada para as restantes vacinas, incluindo a vacina pentavalente administrada em Angola, também conhecida como a vacina 5 em 1, que imuniza contra a Hepatite B (HepB), Difteria, Tétano e Pertússis (DTP), e *Haemophilus influenzae* B (Hib) — cobrindo assim três indicadores na Figura 40.

As vacinas com uma cobertura global maior são as administradas mais cedo no desenvolvimento da criança, um fenómeno que acompanha um padrão mundial.

⁵⁷ Todos os países africanos excepto Marrocos, Tunísia, Líbia, Egipto, Sudão, Sudão do Sul, Somália e Djibuti

⁵⁸ Para saber como são calculadas estas estimativas, consulte o Painel de Imunização da OMS.

⁵⁹ Inquérito dos Indicadores Múltiplos de Saúde (IIMS; 2016).

⁶⁰ *The Guardian*, [África declared free of wild polio after decades of work](#) (2020).

⁶¹ [Iniciativa Global de Erradicação da Poliomielite](#)

⁶² OMS, [First polio outbreak in 30 years declared in Mozambique](#) (2022)

⁶³ OMS, [OMS supports Angola's Government efforts to end polio outbreak](#) (2019).

4.3. Um Olhar Atento Sobre as Doenças Preveníveis através da Imunização

4.3.1. Sarampo e Rubéola

O sarampo e a rubéola são ambas infecções virais altamente contagiosas, mas evitáveis por imunização, que continuam a afectar a vida das crianças em Angola. A imunização contra estas duas doenças está prevista no Calendário Nacional de Vacinação, no entanto, a implementação do calendário não tem sido totalmente bem-sucedida.

A imunização contra o sarampo tem falhado continuamente em cobrir mais de metade das crianças elegíveis para a vacinação em Angola. Esta situação foi ainda agravada pelo impacto negativo que a COVID-19 teve na imunização de rotina e nos serviços de saúde em geral em toda a África⁶⁴. Angola registou uma queda na cobertura de imunização contra o sarampo de cerca de 12 p.p. entre 2019 e 2021 — relativamente à 2ª dose.

Embora os casos notificados tenham diminuído entre esse período (Figura 41), espera-se que os números para 2022 sejam significativamente mais elevados dados os surtos de sarampo que ocorreram em 8 províncias no ano passado: Bengo, Benguela, Bié, Cabinda, Cuanza-Norte, Cuanza-Sul, Uíge e Zaire⁶⁵. Em resposta a estes surtos, o MINSA lançou uma campanha de vacinação integrada contra o sarampo, rubéola e poliomielite, entre Julho e Agosto, com o apoio de múltiplos parceiros estratégicos (incluindo o UNICEF).

Como resultado, os oficiais de campanha informaram que um total de 1.5 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade foram vacinadas — o que equivale a uma cobertura de vacinação de 92%. A campanha foi posteriormente alargada para as restantes províncias entre Novembro e Dezembro. Espera-se que isto seja suficiente para conter os surtos nos próximos anos.

Não pode passar despercebido, no entanto, que uma cobertura superior a 90% em qualquer província contrastaria fortemente com os dados comunicados até 2021. É também importante mencionar que os dados sobre imunização contra o sarampo comunicados pelo Governo à OMS (por exemplo, 40% em 2021) não são consistentes com os dados que são publicados no CGE 2021 para o programa de Melhoria da Saúde Materno-infantil e Nutrição (60% em 2021). Além disso, nenhum destes números coincide com as estimativas da OMS/ UNICEF — o que significa que existem efectivamente três valores diferentes para o mesmo parâmetro.

⁶⁴ Reuters, [COVID disrupted measles vaccinations in Africa and now cases are surging](#) (2022)

⁶⁵ OMS, [Angola Realiza Campanha Integrada contra Sarampo](#) (2022)

A cobertura da imunização contra a Rubéola mostra uma discrepância ainda maior entre os dados oficiais (65% em 2021) e as estimativas da OMS/UNICEF (abaixo dos 36%). A cobertura da Rubéola é idêntica à cobertura de imunização da 1ª dose de vacinas contra o sarampo, dado que as duas são administradas em conjunto.

A taxa incidência tanto do sarampo como da rubéola é consistentemente inferior à média reportada em África, segundo a OMS (Figura 41).

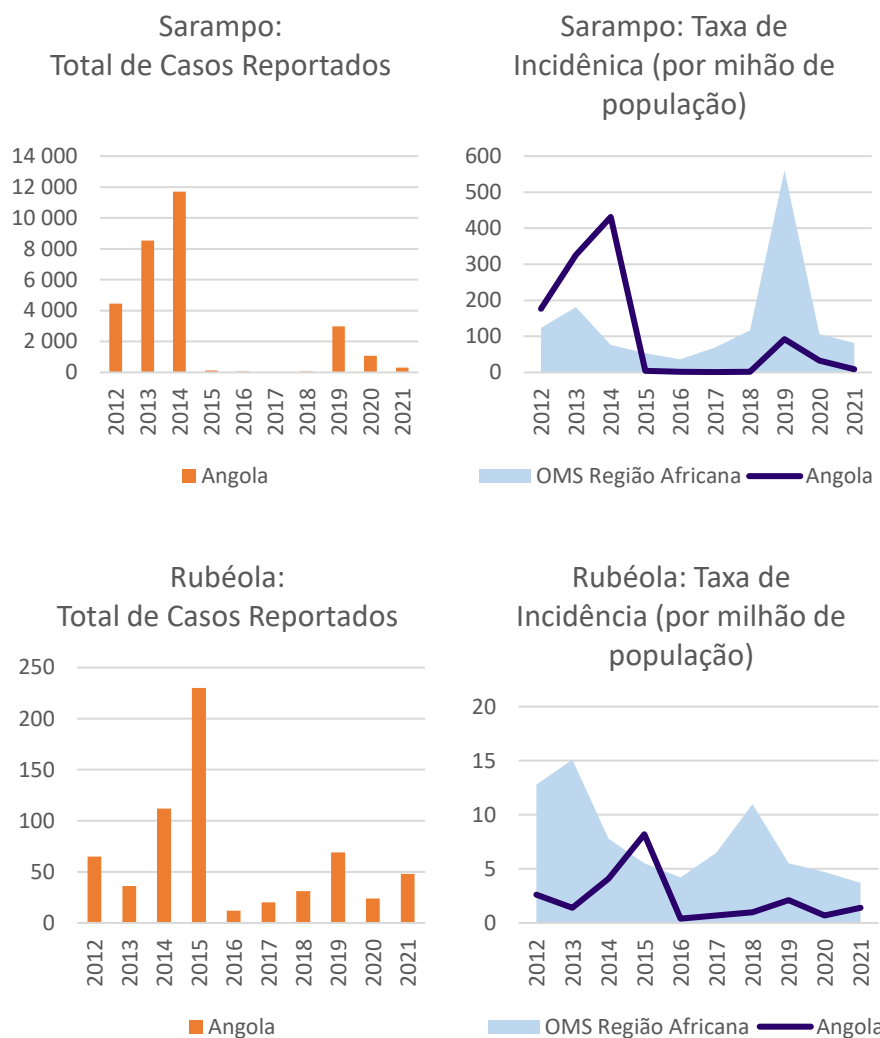


Figura 41. Total de casos reportados e taxa de incidência do sarampo e da rubéola.
 Fonte: OMS Painel de Imunização.

4.3.2. Difteria, Tétano e Tosse Convulsa

A vacina pentavalente administrada em Angola contém antígenos que imunizam contra os agentes patogénicos responsáveis pela difteria (*Corynebacterium*

diphtheriae), o tétano (*Clostridium tetani*) e a tosse convulsa (*Bordetella pertussis*) — também conhecida como tosse convulsa.

Os dados sobre casos notificados de difteria não estão disponíveis através do Painel de Imunização da OMS e, de acordo com a plataforma, Angola registou consistentemente zero casos de tosse convulsa entre 2018 e 2021. Entretanto, o tétano continua a ser um grande desafio, tendo o país reportado 885 casos em 2021.

Isto corresponde a uma taxa de incidência de 25.6 casos por milhão de pessoas, o que é 9 vezes superior à incidência da Região Africana da OMS (Figura 42).

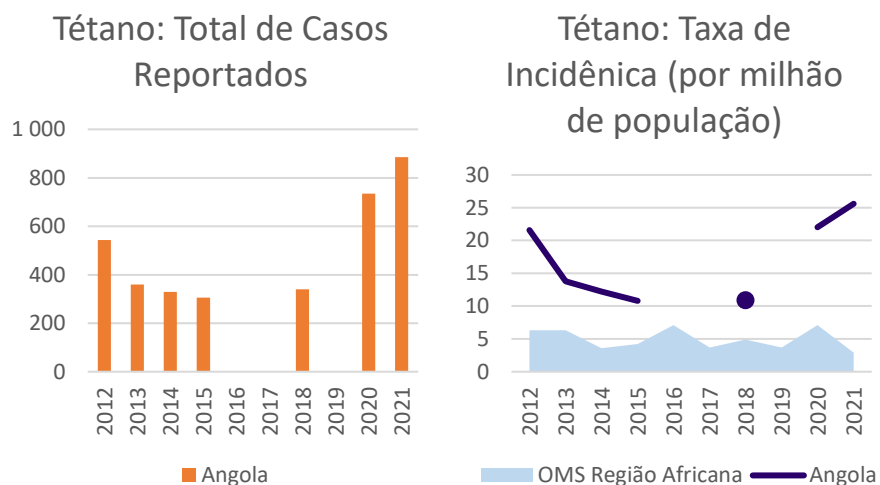


Figura 42. Total de casos reportados e taxa de incidência do tétano.

Fonte: OMS Painel de Imunização.

4.3.3. Hepatite B

A hepatite B tem sido geralmente negligenciada em África, uma vez que se têm dado prioridade ao combate à malária, tuberculose e VIH/SIDA. No entanto, é uma das principais causas de cirrose hepática e de carcinoma hepatocelular. Ganhou mais atenção nos últimos anos, após o lançamento da estratégia global da OMS contra a hepatite viral 2016 — 2021⁶⁶, lançada em 2016. O objectivo desta estratégia é eliminar a doença como uma grande ameaça à saúde pública até 2030 e está de acordo com o SDG 3.3, que visa combater a hepatite.

Em Angola, o Instituto Nacional de Luta contra a SIDA é também responsável pela coordenação da resposta nacional à hepatite viral. Em 2015, a vacina contra a hepatite

⁶⁶ OMS, [Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021](#) (2016)

B foi introduzida no Programa de Imunização de Angola⁶⁷, incluindo uma vacina monovalente (nas 24 horas seguintes ao nascimento), seguida de três doses de vacina pentavalente aos dois, quatro e seis meses de idade. No entanto, ainda não foi alcançada uma cobertura adequada, como se viu no Capítulo 4.2. Apesar disso, o orçamento atribuído para 2023 para alcançar uma maior cobertura de imunização pentavalente (como parte do programa para a Melhoria da Saúde Materno-Infantil e Nutrição) diminuiu, quando comparado com 2022 (Capítulo 3.2., Figura 37).

O rastreio do Vírus da Hepatite B (HBV; *Hepatitis B Virus*) também é limitado; de acordo com um estudo realizado no Lubango, entre 2016 e 2017, apenas 44.6% das mulheres grávidas foram rastreadas para o HBV⁶⁸. As taxas de rastreio são mais elevadas nas zonas urbanas do que nas rurais, sublinhando a discrepância urbano-rural na disponibilidade de serviços de saúde.

Nenhum dos que testaram positivo para o HBV referiu ter iniciado o tratamento para tal, o que era de esperar. O tratamento da hepatite B foi implementado no Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Angola a partir de 2021, mas apenas na província de Luanda, inicialmente. No ano passado o tratamento foi implementado também em Benguela e espera-se que seja lançado em breve na Huíla.

A prevalência de infecção pelo HBV em mulheres grávidas em Luanda, foi recentemente estimada em 25.7%⁶⁹. Isto está longe do limiar inferior do que é considerado uma prevalência elevada do HBV (>8%)⁷⁰ e destaca a necessidade crescente de investir na imunização e tratamento. Não é possível saber qual é a tendência actual da prevalência, considerando a capacidade de rastreio limitado — em parte devido à baixa disponibilidade de testes. Além disso, a prevalência da Hepatite B não foi abrangida pelo IIMS 2016.

⁶⁷ OMS, [Angola: Government and partners launch free Hepatitis B Vaccine as an act of social justice and health equity](#) (2015)

⁶⁸ Oliveira et al. [HIV, HBV and syphilis screening in antenatal care in Lubango, Angola](#), *BMJ Journals, Sexually Transmitted Infections* (2020)

⁶⁹ Vueba et al. [Prevalence of HIV and hepatitis B virus among pregnant women in Luanda \(Angola\): geospatial distribution and its association with socio-demographic and clinical-obstetric determinants](#) *BMC, Virology Journal* (2021)

⁷⁰ Nguyen et al. [Hepatitis B Virus: Advances in Prevention, Diagnosis, and Therapy](#) *ASM Journals, Clinical Microbiology Reviews* (2020)

5. O Combate às Endemias

5.1. Serviços de Saúde Pública

5.1.1. Orçamento Anual e Execução

Como se viu no Capítulo 2.2., os Serviços de Saúde Pública têm sido priorizados no sector da saúde durante a última década, substituindo os Serviços Gerais de Saúde como a componente mais financiada do sector. O orçamento para 2023 é de Kz 798.1 mil milhões, o que representa quase 4.0% do OGE. Isto representa um aumento de 58% no orçamento em comparação com o ano passado — revertendo assim a tendência descendente observada entre 2020 e 2022 (Figura 43).

No entanto, a execução do orçamento aprovado tem sido historicamente baixa. Atingiu o seu pico em 2021 com um rácio de execução para aprovação de 67.6%. Isto é significativamente superior ao rácio de 28.3% observado em 2019 e em geral uma melhoria. É importante notar, no entanto, que o Governo de Angola tem afectado fundos para combater a pandemia COVID-19 desde 2020 para além do orçamento atribuído aos serviços de saúde pública (ver Capítulo 6).

5.1.2. Distribuição

Em 2022, o orçamento dos Serviços de Saúde Pública estava fortemente concentrado nas Reservas Orçamentais (48%). Estas foram seguidas pelos Governos Provinciais (27%) e MINSa (18%), em segundo e terceiro lugares, respectivamente. As restantes entidades governamentais tinham um total de 7% do orçamento (Figura 44).

Dentro dos Governos Provinciais, Bengo, Cuanza-Norte e Cuando-Cubango eram as três províncias com o orçamento per capita mais elevado — de forma semelhante, à distribuição por província do orçamento global da saúde.

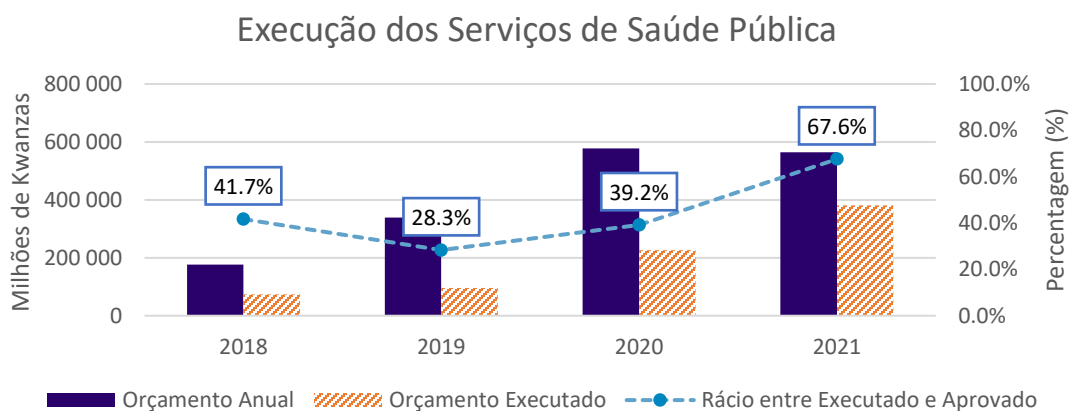
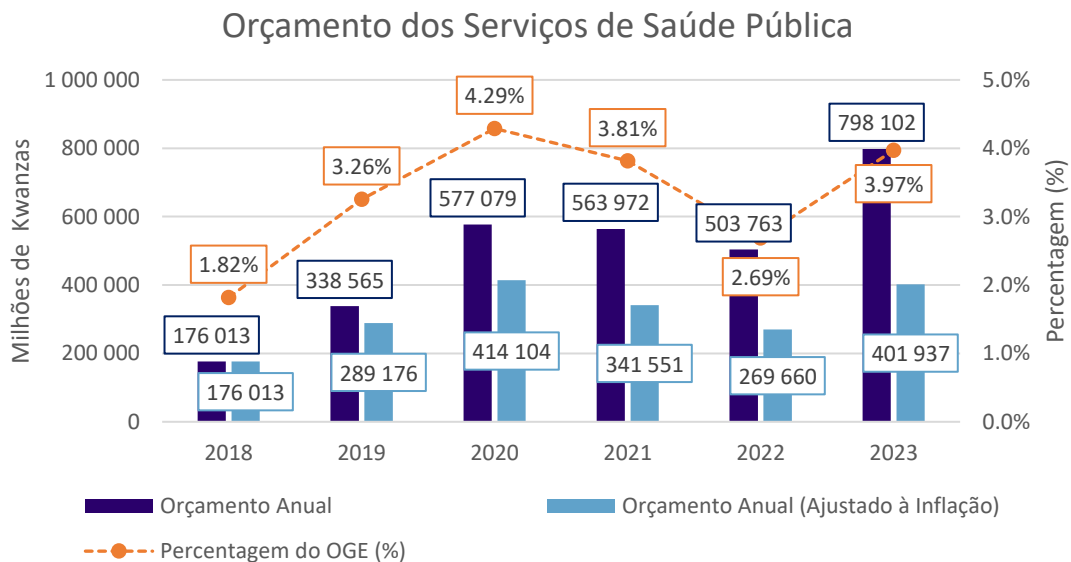
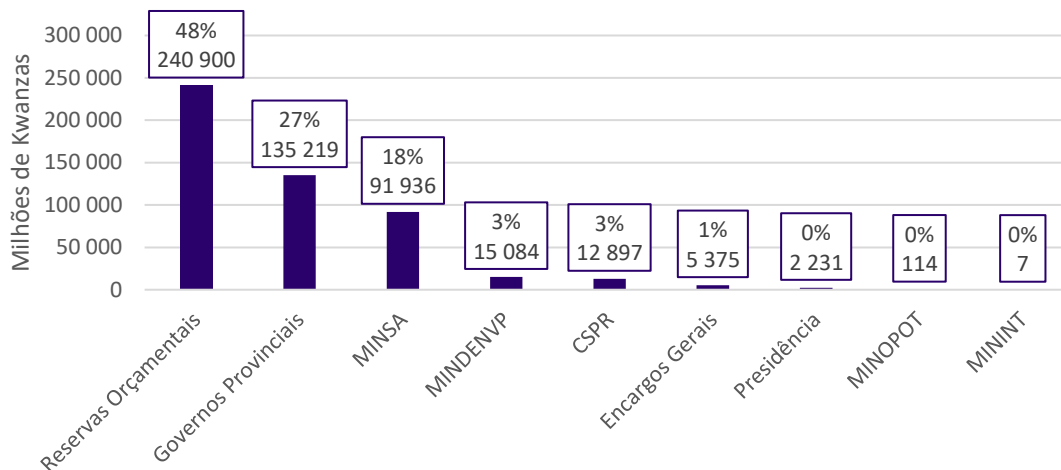


Figura 43. Orçamento e execução orçamental dos Serviços de Saúde Pública. Fonte: OGE e CGE 2018 – 2023.

Orçamento dos Serviços de Saúde Pública por Órgão do Estado (2022)



Orçamento dos Serviços de Saúde Pública por Governo Provincial (2022)

Per Capita

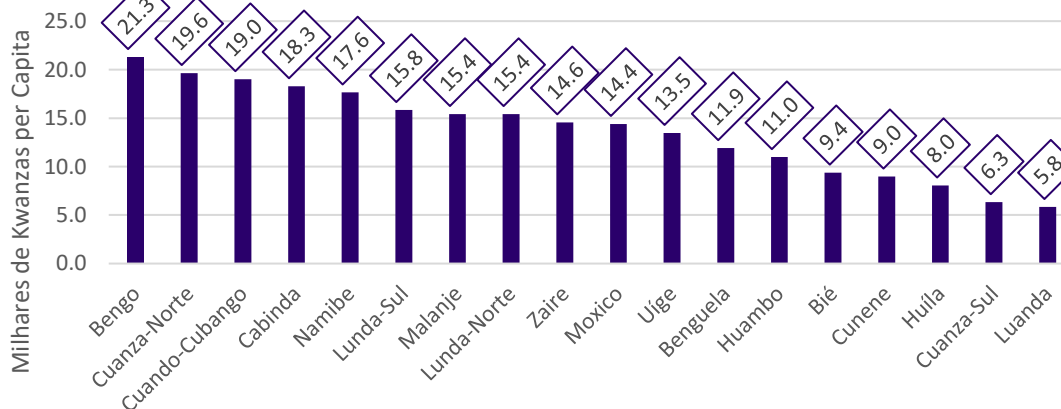


Figura 44. Orçamento dos Serviços de Saúde Pública por Órgão do Estado e por Governo Provincial per capita. Fonte: OGE 2022.

5.1.3. Serviços Ambulatórios

O orçamento para Serviços Ambulatórios tem sido consistentemente inferior a Kz 1 mil milhões, excepto em 2021, onde foi feito um investimento de Kz 7 mil milhões nestes serviços (Figura 45). Em 2023, esta unidade orçamental foi totalmente retirada do OGE em consequência de uma reestruturação das categorias orçamentais. Os

Serviços Ambulatórios foram incorporados nos Serviços de Saúde Pública, a fim de eliminar redundâncias no orçamento.

Em 2022, Moxico foi o único Governo Provincial a afectar parte do seu orçamento de saúde a estes serviços.

Uma vez que o orçamento é relativamente baixo (quando comparado com outras componentes de saúde), um pequeno desvio em relação ao montante aprovado leva a rácios muito variáveis de orçamentos executados para orçamentos aprovados. Por exemplo, em 2021, o orçamento executado para Serviços Ambulatórios era de 307.1% do orçamento aprovado, embora a despesa nominal não excedesse Kz 2 mil milhões.

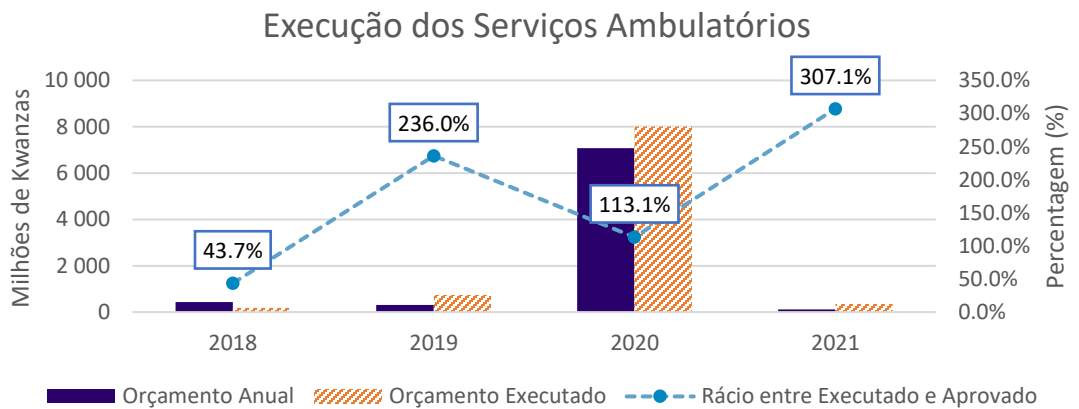
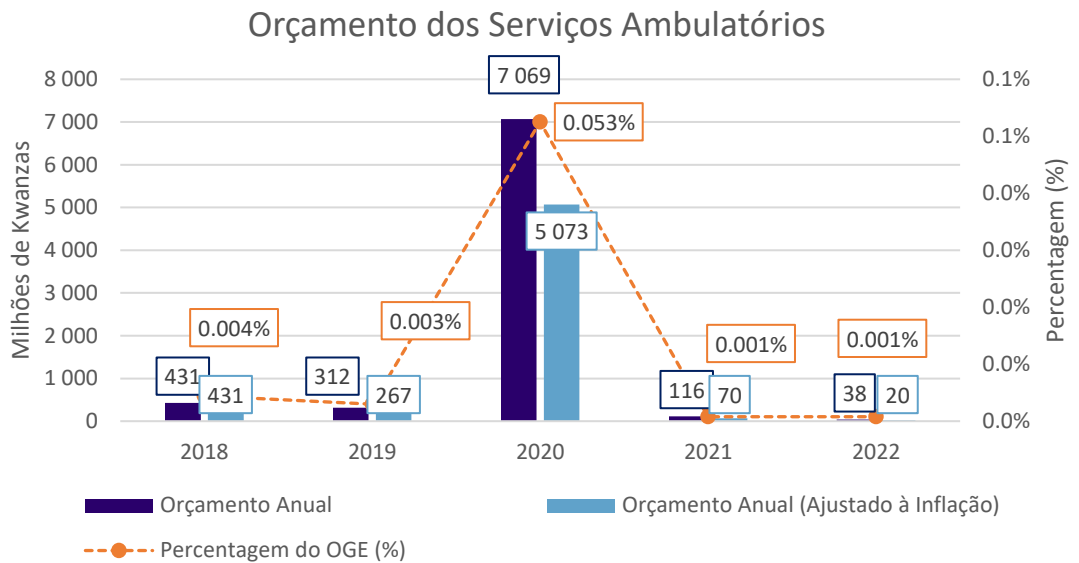


Figura 45. Orçamento e Execução Orçamental dos Serviços Ambulatórios.

Fonte: OGE 2018 - 2023 e dados do MINFIN.

5.2. Programa de Combate às Grandes Endemias

5.2.1. Orçamento Anual e Execução

Concomitante ao orçamento atribuído aos Serviços de Saúde Pública, o governo de Angola também financia o Programa de Combate às Grandes Endemias Através da Abordagem dos Determinantes da Saúde. Este programa visa combater os desafios colocados pelas doenças endémicas que afectam Angola, incluindo a Malária, HIV/SIDA, Tuberculose, e Doenças Tropicais Negligenciadas, através do investimento na sua prevenção, diagnóstico precoce, e tratamento.

Mais recentemente, o programa também abordou a saúde mental e as doenças oncológicas, contudo as primeiras deixaram de se reflectir nos indicadores de desempenho do programa a partir de 2022 e as últimas nunca se reflectiram nos últimos cinco anos.

Tal como o Programa para a Melhoria da Saúde Materno-infantil e Nutrição, este é um dos programas de saúde mais antigos do Governo.

O seu orçamento em 2023 é de 45.1 mil milhões de Kz, representando uma diminuição por dois anos consecutivos (Figura 46) — apesar da pressão contínua de doenças endémicas no sector da saúde, como se viu no Capítulo 2.1. Isto compromete o planeamento a longo prazo de iniciativas de rotina no domínio da saúde pública.

O orçamento executado para 2020 e 2021, de acordo com a CGE, foi de Kz 3 mil milhões e Kz 138 mil milhões, respectivamente.

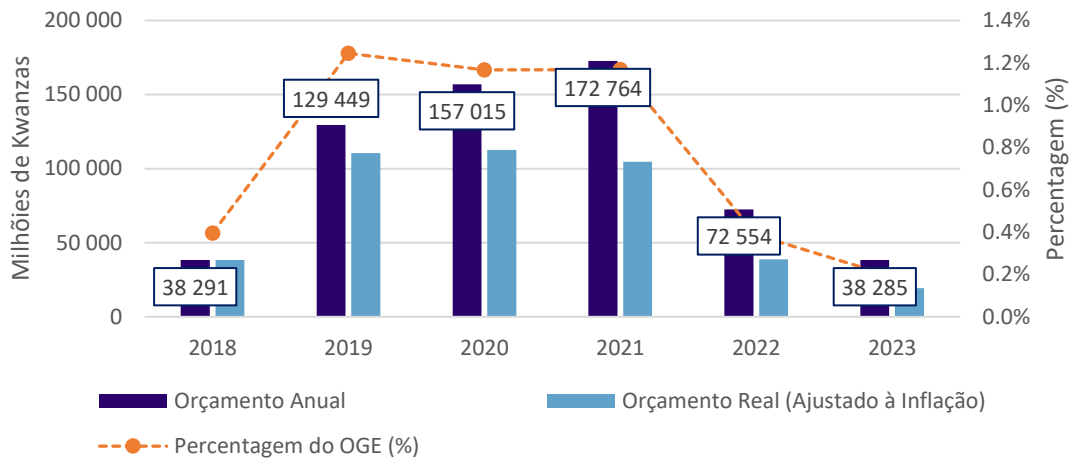
5.2.2. Distribuição

O orçamento do programa está principalmente concentrado no Governo central. Neste caso, 80% do orçamento do programa foi atribuído ao MINSa em 2022, 7% aos Serviços de Informação e Segurança do Estado, 7% às Reservas Orçamentais. Com mais 3% dirigidos à Presidência da República, isto deixa 3% do orçamento para os Governos Provinciais — um total de Kz 1.8 milhões (Figura 47).

Dentro das províncias, Lunda-Sul tinha o maior orçamento quando ajustado à população (Kz 211 per capita), seguido de Malanje (Kz 195 per capita) e Cuando-Cubango (Kz 174 per capita). No extremo oposto do espectro, Luanda tinha um orçamento equivalente a Kz 11 per capita (Figura 48).

Entretanto, duas províncias aprovaram um financiamento de zero kwanzas para este programa em 2022: Cabinda e Namibe. Embora seja mais difícil seguir o orçamento provincial ao longo do tempo, é evidente que o orçamento por Governo Provincial flutua de ano para ano, possivelmente devido a mudanças na implementação de projectos locais.

Orçamento do Programa de Combate às Grandes Endemias



Execução do Programa de Combate às Grandes Endemias

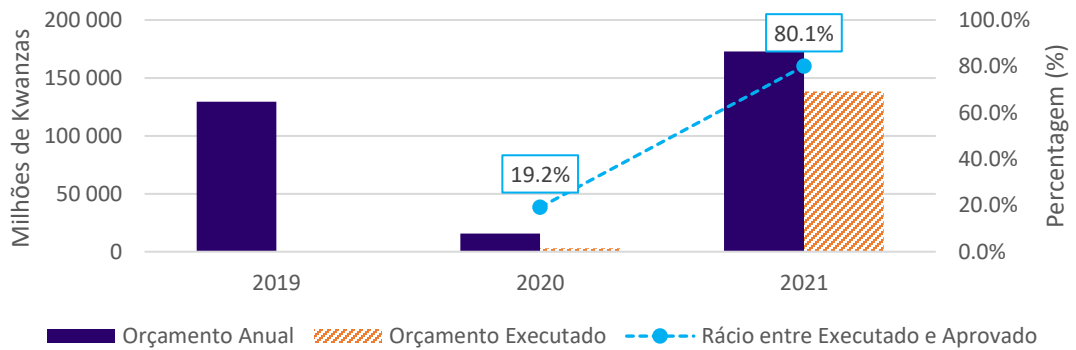


Figura 46. Orçamento e execução orçamental do Programa de Combate às Grandes Endemias. Fonte: OGE 2018 – 2023 e CGE 2019 – 2021.

Orçamento do Programa de Combate às Grandes Endemias por Órgão do Estado (2022)

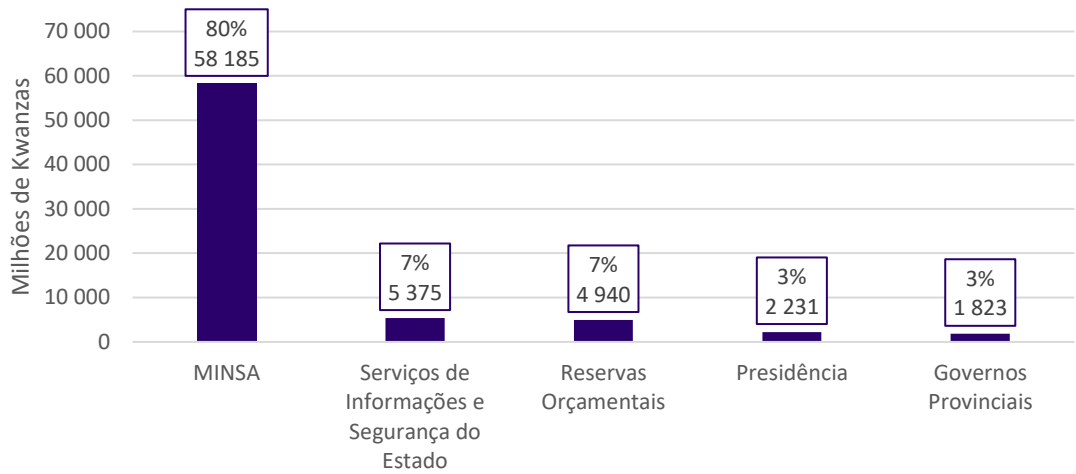


Figura 47. Orçamento do Programa de Combate às Grandes Endemias por Órgão do Estado. Fonte: OGE 2022.

Orçamento do Programa de Combate às Grandes Endemias por Governo Provincial (2022)

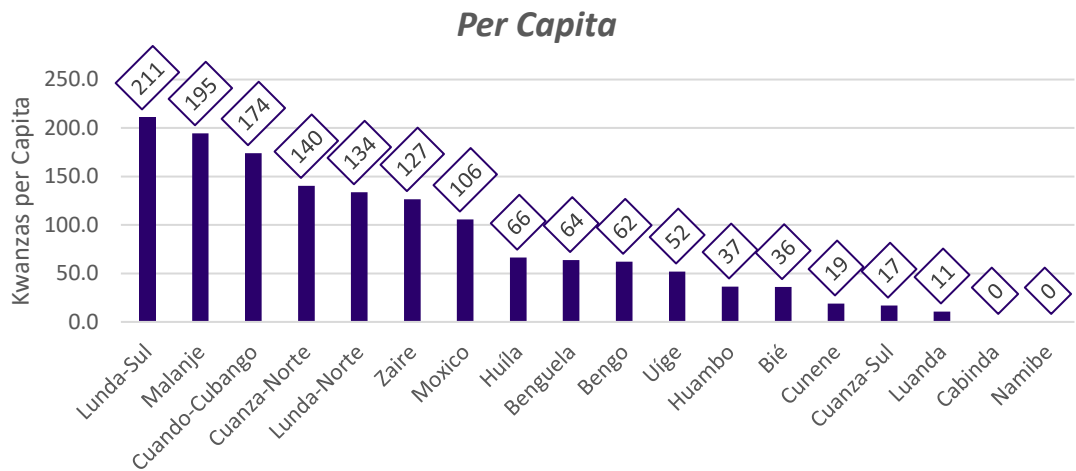


Figura 48. Orçamento do Programa de Combate às Grandes Endemias por Governo Provincial. Fonte: OGE 2022.

5.2.3. Indicadores de Desempenho

O Programa de Luta contra as Grandes Endemias tem actualmente 6 indicadores de desempenho, no entanto, nos últimos anos, apresentou um total de 12 indicadores (Figura 49):

- Dez indicadores estavam presentes em 2020, quando os dados sobre eles foram comunicados pela primeira vez na CGE.
- Um indicador foi introduzido em 2022 (ou seja, a taxa de mortalidade por VIH/SIDA) e, portanto, só tem dados sobre os seus objectivos e orçamento, mas não resultados.
- Um indicador foi introduzido em 2023 (isto é, taxa de transmissão do VIH de mãe para filho), e, por conseguinte, só dispõe de dados sobre o seu orçamento para esse ano. Por este motivo, os seus dados não foram representados visualmente.
- Seis indicadores de desempenho foram removidos em 2022:
 - i. Mulheres Grávidas que Recebem pelo Menos 4 Doses de TIP (%)
 - ii. Municípios com Equipas Integradas de Controlo de Vetores (%)
 - iii. Casos de Tripanossomiase Diagnosticados e Tratados (%)
 - iv. Infecções Urinárias e Intestinais Devidas a Schistosomiase (%)
 - v. Unidades de Saúde de Nível Primário com Serviços de Saúde Mental (%)
 - vi. Municípios com Equipas de Resposta às Emergências de Saúde Pública Operacionais (%)

Embora seja compreensível que o governo opte por reduzir o número de indicadores de desempenho a fim de melhor focalizar o investimento financeiro do programa, é importante continuar a abordar as questões anteriormente reflectidas no programa. O governo deve, portanto, abordar estas mudanças na sua CGE para 2022, o porquê destas alterações, como foram reestruturados os indicadores de desempenho e que mecanismos foram postos em prática para compensar estas remoções.

Resumo das descobertas:

- 6/10 indicadores (2020-2021) cumpriram ou foram além dos seus objectivos.
- Houve uma redução significativa do número de indicadores em 2022, acompanhada por uma redução no orçamento.
- Vários indicadores não reflectem com precisão o peso da doença na população (por exemplo, VIH/SIDA, Tuberculose e Lepra).

Um dos indicadores de maior sucesso no âmbito do programa foi a taxa de Municípios com equipas operacionais de resposta de saúde pública. Em 2020, o objectivo previsto era ter uma taxa de 40%, mas o governo conseguiu elevá-la para 100% e sustentar esse desempenho em 2021. Isto deveu-se, em grande parte, ao destacamento de equipas de resposta à emergência COVID-19 e à formação de técnicos de vigilância durante pandemia. Uma iniciativa que teve o apoio do Departamento de Higiene e Vigilância Epidemiológica.

Igualmente bem-sucedida, foi a taxa de doentes de lepra diagnosticados a receber tratamento multidroga (MDT; *Multidrug treatment*), que atingiu 100% em 2020 e 2021 (20 p.p. acima do objectivo planeado). O desempenho do programa neste campo deve-se em parte à formação de 25 técnicos em Doenças Tropicais Transmissíveis Negligenciadas e Gestão de Casos e ao apoio financeiro da Fundação Sasakawa.

Nestes dois casos, é mais uma vez óbvio que os objectivos estabelecidos para 2021 não consideraram os resultados obtidos em 2020, uma vez que são inferiores.

Centrando-se no indicador de desempenho relativo à lepra, pode argumentar-se que as taxas de tratamento por si só não reflectem necessariamente o verdadeiro alcance da carga da lepra se o acesso ao tratamento e/ ou o diagnóstico não existir ou não estiver facilmente acessível.

Este é exactamente o caso da taxa de sucesso do tratamento da tuberculose, que é elevada porque uma grande parte dos casos não é diagnosticada ou (mesmo quando é notificada) os pacientes não se submetem ao tratamento⁷¹ — dada a baixa cobertura dos Cuidados de Saúde Universais de Angola. Um ponto que se torna particularmente relevante uma vez que os casos notificados foram reduzidos durante a pandemia da COVID-19, mas as mortes estimadas a nível global aumentaram em 2020 e 2021⁷² (mesmo quando se contabilizam taxas de transmissão mais baixas durante os períodos de distanciamento social).

Estes indicadores devem, portanto, ser complementados por i) número absoluto anual de mortes por TB, ii) taxa de incidência de TB, iii) taxa de pacientes diagnosticados com TB versus pacientes que recebem tratamento e iv) stock.

Um argumento semelhante pode ser apresentado para a taxa de mortalidade por VIH/SIDA, que por si só não fornece informação significativa, dado o extenso subdiagnóstico no país. Nesta frente, o governo introduziu a taxa de transmissão mãe-filho do VIH como um indicador para 2023.

⁷¹ Stop TB Partnership, [Tuberculosis Situation in Angola](#) (2020)

⁷² OMS, [Global Tuberculosis Report](#) (2022).

Uma Nota sobre Metodologia:

A análise acima baseia-se nos documentos do OGE que enumeram o orçamento por programa e os seus objectivos (ou seja, dotação por programa). Isto é importante porque os documentos para o mesmo ano podem não ser totalmente consistentes entre si.



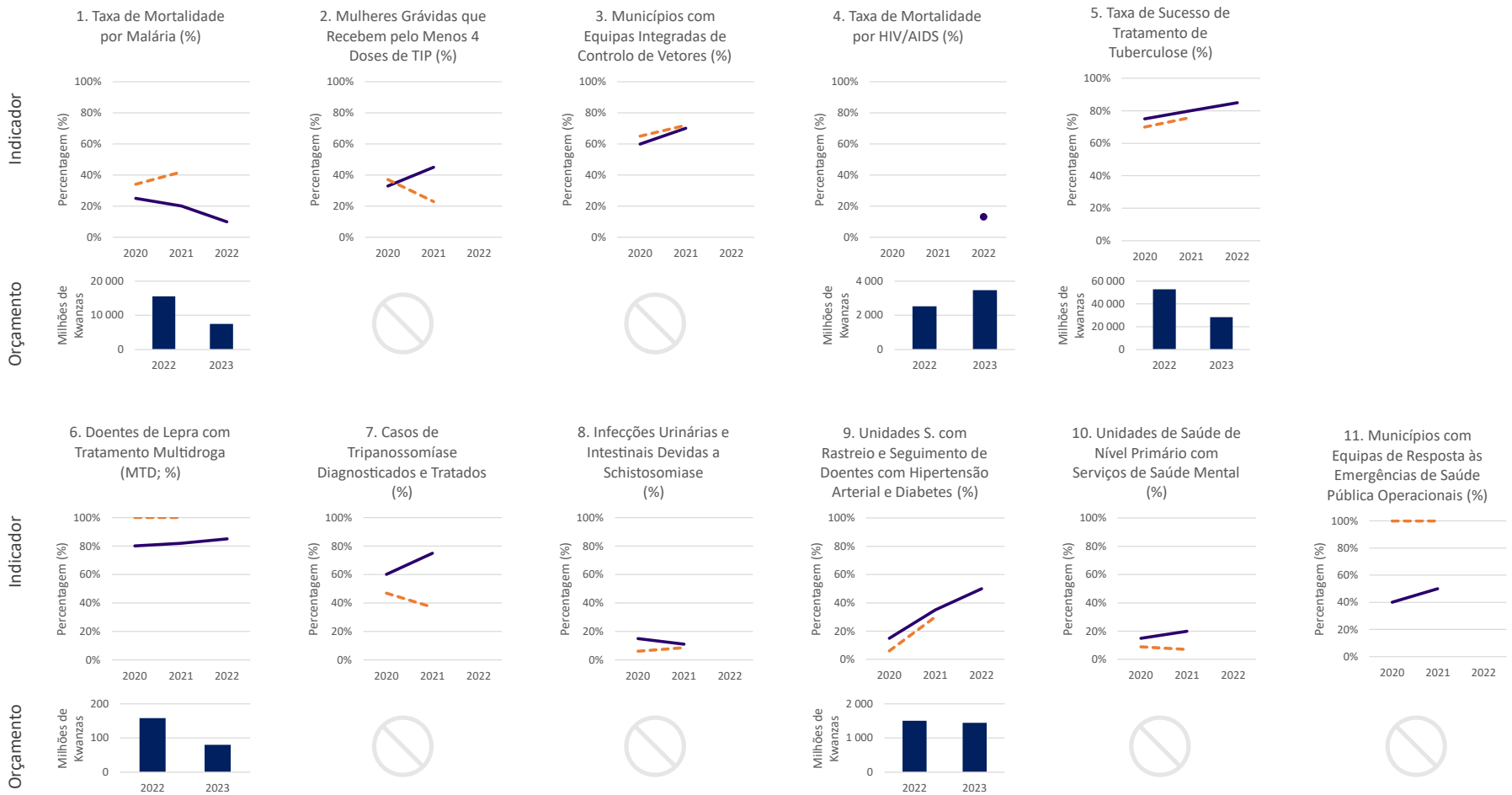


Figura 49. Programa de Combate às Grandes Endemias: Indicadores de Desempenho. Fonte: OGE 2022.

5.3. Um Olhar Atento Sobre as Doenças Endémicas

5.3.1. Malaria

Globalmente, registaram-se 619 mil mortes devidas à malária, de um total estimado de 247 milhões de casos, só em 2021⁷³. A incidência da malária aumentou efectivamente em resultado das perturbações dos serviços essenciais durante a pandemia de COVID-19, levando a 63 mil mortes adicionais entre 2019 e 2021. A maioria destes casos, e consequentemente as mortes, ocorreram em África — uma condição agravada por relatos de resistência crescente no continente aos medicamentos antimaláricos pelo agente causador da doença: *Plasmodium*⁷⁴.

As consequências da pandemia de COVID-19 nas estatísticas da malária são também visíveis em Angola, onde esta é uma das principais causas de mortalidade infantil. O número total de casos estimados tem vindo a aumentar continuamente na última década e atingiu o seu pico em 2020, com 8.3 milhões de casos. Registou-se também um aumento notável das mortes relacionadas com a malária em 2020, com um número estimado de 16 mil mortes (Figura 50).

A taxa de mortalidade, quer medida como mortes notificadas por casos (como no OGE), quer medida como mortes por população em risco (como nos dados da OMS), tem aumentado desde 2019.

Quando comparada com a região africana, a taxa de incidência da malária em Angola ultrapassou a média africana em 2019, enquanto a sua taxa de mortalidade permanece abaixo da média.

Os dados apontam para um aumento da malária em Angola; contudo, o orçamento anual não parece reflectir tal urgência. O financiamento para a redução da taxa de mortalidade por malária foi reduzido em 2023. Entretanto, o financiamento para a administração de tratamentos preventivos entre mulheres grávidas (tratamento preventivo intermitente: TIP) e para equipas integradas de controlo vectorial foi retirado como indicador de desempenho do OGE 2022.

⁷³ OMS, [Relatório Mundial da Malária 2022](#)

⁷⁴ OMS, [Strategy to respond to antimalarial drug resistance in Africa](#) (2022)

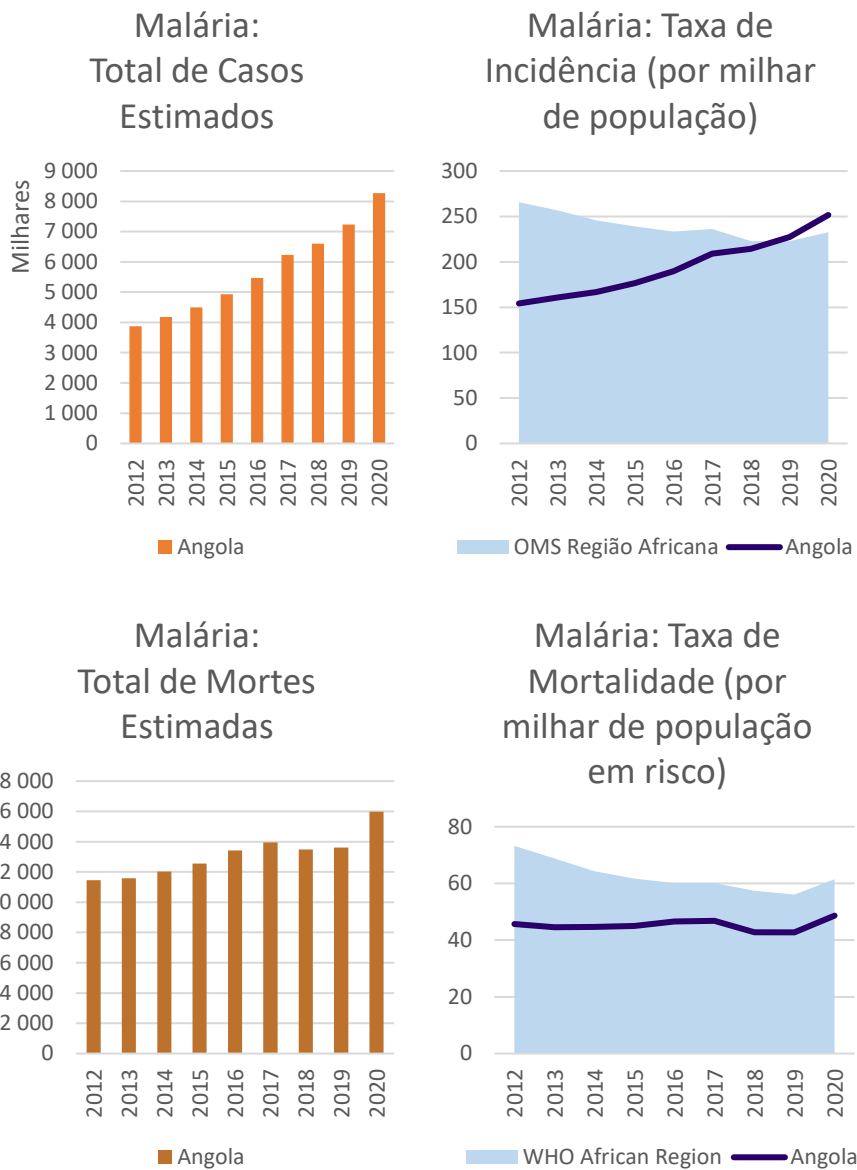


Figura 50. Estatísticas da Malária. Fonte: OMS Global Health Observatory Data Repository⁷⁵.

⁷⁵ OMS, [Global Health Observatory Data Repository](https://data.who.int/)

Se compararmos o orçamento por província per capita do Programa de Combata às Grandes Endemias em 2022 com a prevalência da malária em crianças entre os 6 e os 59 meses relatada no IIMS 2016, é possível observar sobreposições (Figura 51). Em vários casos, as províncias com a maior prevalência receberam o maior financiamento para o programa em 2022, por exemplo Cuando-Cubango, Lunda-Norte, Malanje e Moxico. Entretanto, várias províncias com baixa prevalência de malária, tais como Namibe, Huíla, Cunene e Huambo, receberam um financiamento mais baixo para o programa em 2022. Isto mostra que o financiamento está a ser canalizado para as províncias com maior prevalência aparente.

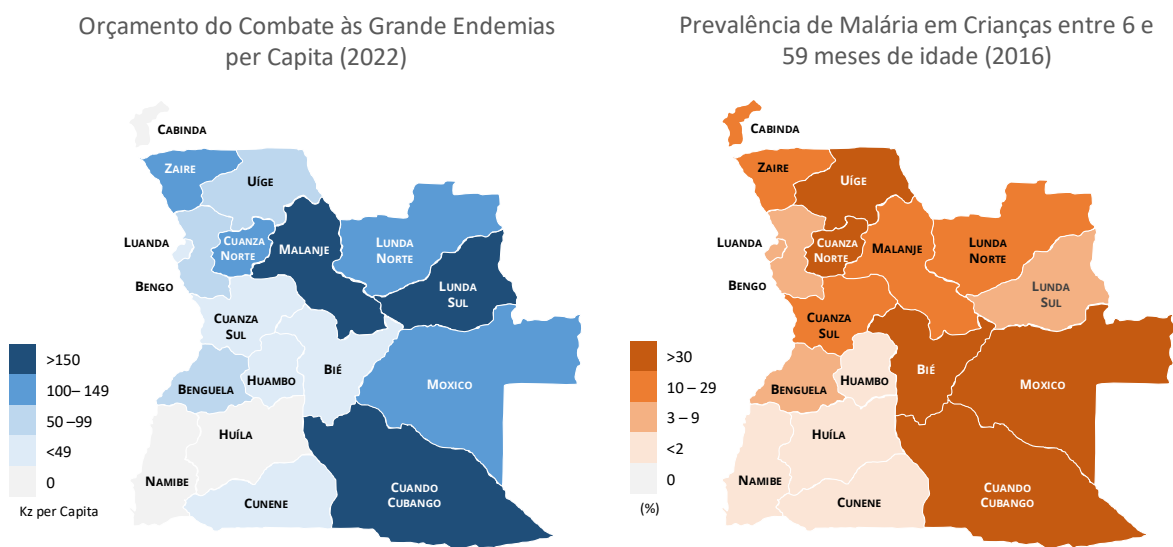


Figura 51. Orçamento dos Programa de Combate às Grandes Endemias vs. Prevalência da malária por província. Fonte: OGE 2022 e IIMS 2016

5.3.2. Tuberculose

De acordo com o Relatório Global da Tuberculose^{76, 77}, publicado pela OMS em 2022, Angola é um dos 30 principais países do mundo com elevado risco de tuberculose (TB).

Em 2021, Angola tinha uma estimativa de 112.0 mil casos de tuberculose, o que representa uma taxa de incidência de 325 casos por 100 mil habitantes (Figura 52). A taxa de incidência nacional é significativamente superior à média da África Subsaariana (112) e da região africana da OMS (112). De facto, enquanto as taxas de incidência nacional e regional diminuíram desde 2012, a taxa regional diminuiu a um ritmo mais rápido do que a de Angola.

Entretanto, o número total de casos novos e recaídas notificados admitidos para tratamento foi de cerca de 61.7 mil nesse mesmo ano — reflectindo uma cobertura de tratamento de 55% ao considerar o total estimado de casos (5 p.p. inferior à média da Região Africana da OMS). Se incluirmos pacientes com TB que tinham sido previamente tratados e cujo tratamento falhou ou teve um resultado desconhecido, o total de casos notificados sobe para 64.0 mil.

O país é também um dos 30 com maior risco de TB resistente a Rifampicina e multirresistente. Estima-se que a percentagem anual de novos casos com resistência a Rifampicina seja de 3.5% desde 2016 — o que se traduziu em 3.9 mil casos em 2021.

No entanto, desde 2022 que já não é considerado um dos 30 países com maior risco de TB/HIV. Em 2021, a OMS estimou um total de 14.0 mil casos de TB em doentes seropositivos — ou seja, 12.0% do total de casos estimados. Um ligeiro aumento a partir de 2019 (7.6%), mas uma diminuição significativa a partir de 2012 (25.0%).

Quanto aos resultados do tratamento, os dados para 2021 não estavam disponíveis, contudo o ano anterior pode ser considerado representativo da perspectiva actual. Em 2020, havia um total de 34.1 mil doentes com tuberculose tratados com sucesso. Isto representou uma taxa de sucesso de 53%⁷⁸, que é 7 p.p. abaixo da média da região africana da OMS.

Entre 2012 e 2021, a tuberculose causou em média um total de 23.7 mil mortes por ano, 21.0 mil em 2021. O relatório salienta também que os mecanismos de notificação da TB do país não recuperaram completamente do impacto da pandemia da COVID-19 e que Angola carece de um Inquérito Nacional de Vigilância da TB.

⁷⁶ OMS, [Relatório Global da Tuberculose](#) (2022)

⁷⁷ OMS, [Repositório de Dados do Programa Global da Tuberculose](#)

⁷⁸ A taxa de sucesso é determinada considerando que a coorte de acompanhamento do tratamento foi de 64.9 mil pacientes de um total de 66.1 mil casos nesse ano.

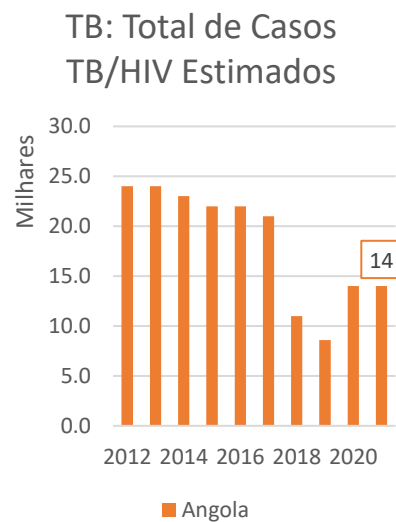
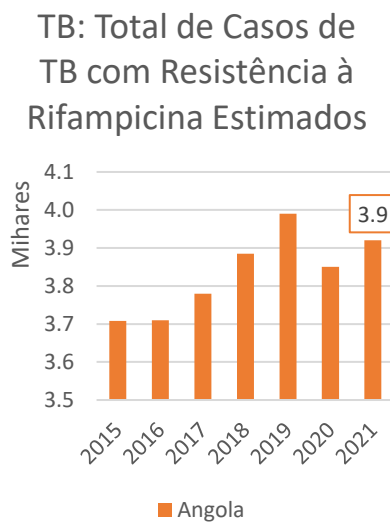
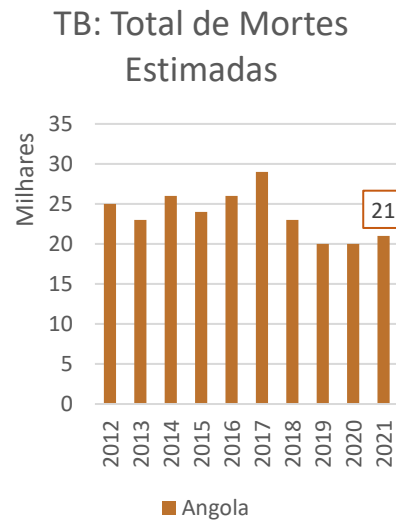
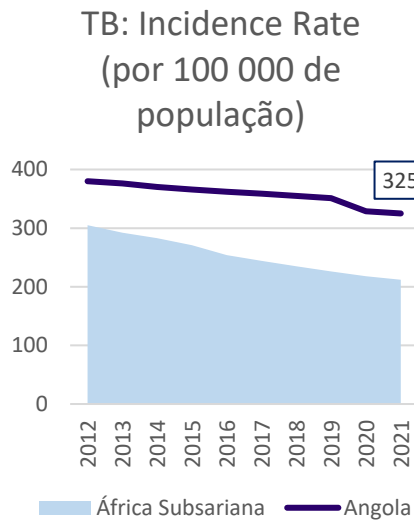
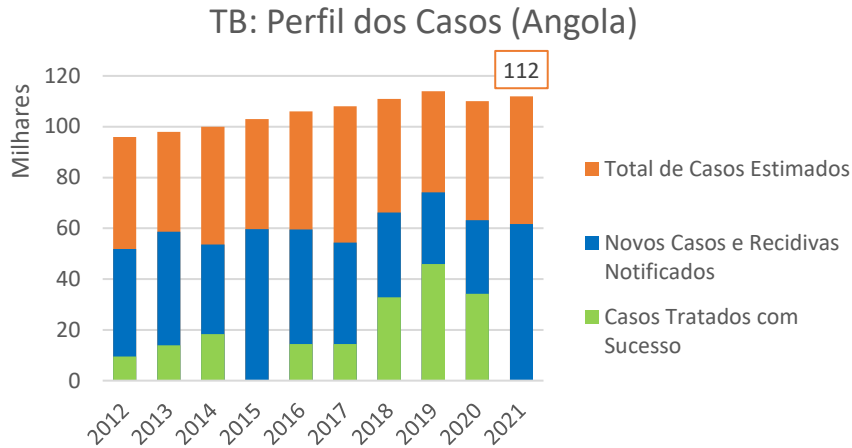


Figura 52. Estatísticas da Tuberculose. Fonte: OMS, Programa Global da Tuberculose.

Relativamente ao financiamento para a prevenção e tratamento da TB, a OMS informa que Angola tinha um financiamento total previsto de US\$ 10.2 milhões (Kz 6.5 mil milhões) para 2021 (Figura 53). O financiamento interno representaria 59% do financiamento total, ou seja, US\$ 6.0 milhões (Kz 3.8 mil milhões), e os restantes US\$ 4.2 milhões (Kz 2.7 mil milhões) viriam de fontes internacionais.

Na realidade, a despesa total em 2021 foi apenas US\$ 7.6 milhões (4.9 mil milhões de Kz). Enquanto o governo contribuiu com quase todo o montante esperado — US\$ 5.6 milhões (Kz 3.6 mil milhões), o financiamento internacional foi inferior ao esperado, ou seja, US\$ 2.0 milhões (Kz 1.3 mil milhões). Mais especificamente, o financiamento do Fundo Global de Luta contra a SIDA, Tuberculose e Malária foi inferior ao esperado.

No total, o financiamento nacional contribuiu para 73% das despesas totais com a tuberculose, o que é muito superior à média de 51% para a Região Africana da OMS.

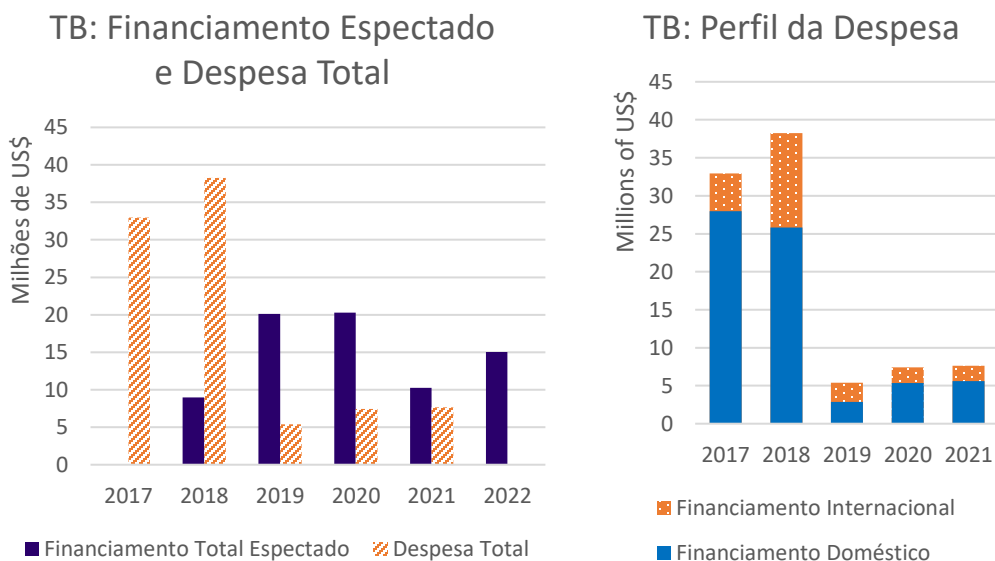


Figura 53. Financiamento estimado e despesa real no combate à Tuberculose.

Fonte: OMS, Programa Global da Tuberculose.

Por último, também notamos que os dados comunicados pela OMS para 2022 não são coerentes com os dados governamentais apresentados na Figura 49 (e Anexo). Embora o suposto orçamento para o aumento da "taxa de sucesso do tratamento da tuberculose" fosse de Kz 52.8 mil milhões, o financiamento interno previsto para a tuberculose em 2022 (segundo a OMS) é de apenas US\$ 10.8 milhões (Kz 5.5 mil milhões).

5.3.3. HIV/ SIDA

Tal como discutido no Capítulo 2.1, o VIH/SIDA é a segunda principal causa de morte em Angola com 17 mil novas infecções por VIH estimadas e aproximadamente 15 mil mortes relacionadas com o VIH em 2021 (Figura 54)⁷⁹. O rácio de prevalência nacional é actualmente de 5.4 novos casos por mil habitantes, o que é superior ao rácio de 3.3 da região da África Oriental e Subsaariana. Quanto ao rácio de mortalidade, é actualmente de 1.0 mortes por mil habitantes. Embora a prevalência seja mais elevada, a mortalidade é inferior ao rácio de 1.5 reportado para a África Oriental e Subsaariana.

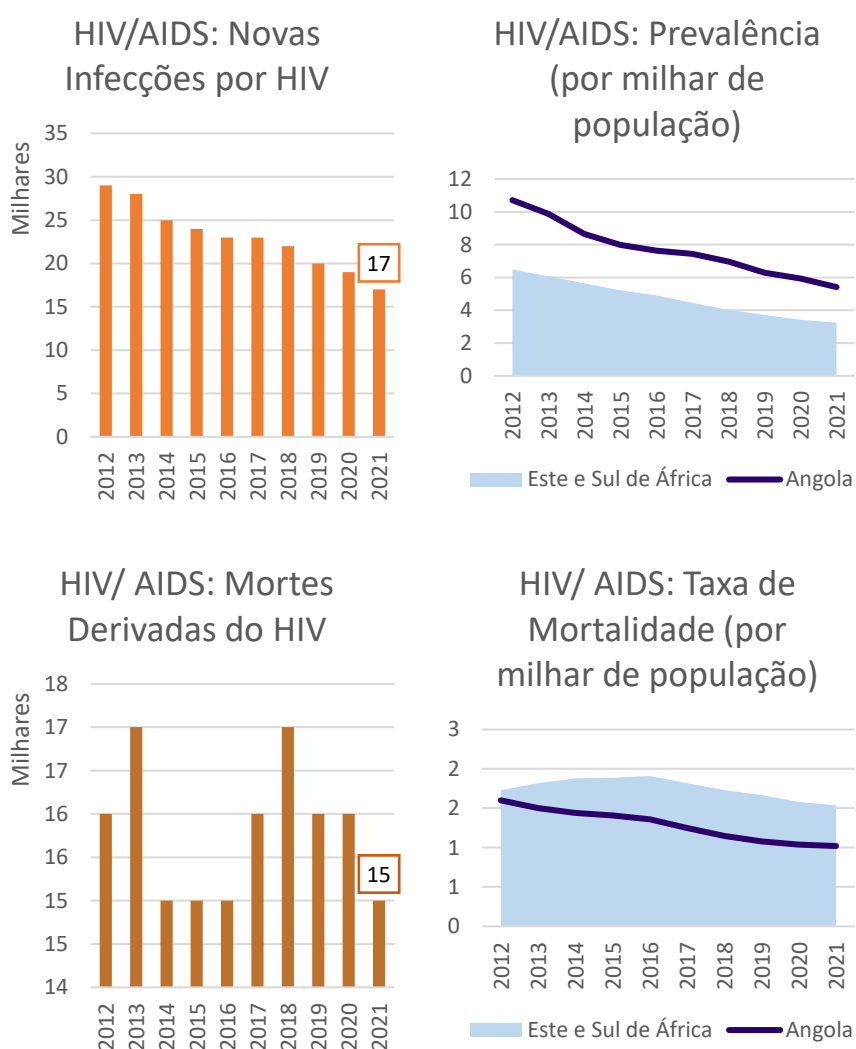


Figura 54. Estatísticas HIV/ AIDS. Fonte: UNAIDS.

⁷⁹ UNAIDS, [AIDSINFO Data Portal](#)

Embora tenham sido empreendidos esforços tremendos para reduzir o fardo do VIH, Angola continua longe de atingir as Metas 95-95-95 da SIDA estabelecidas pela UNAIDS na Declaração de Paris⁸⁰. Ou seja:

- 95% das pessoas que vivem com o VIH diagnosticadas
- 95% das pessoas que conhecem o seu estado seropositivo (diagnosticadas) estão em tratamento
- 95% das pessoas seropositivas em tratamento apresentam uma carga viral indetectável

Actualmente, o país apresenta as seguintes estatísticas de acordo com a UNAIDS⁸¹:

- 57% das pessoas que vivem com HIV em Angola conhecem o seu estatuto
- 41% das pessoas que conhecem o seu estatuto seropositivo em Angola estão em tratamento
- Dados sobre carga viral indetectável não disponíveis

Apesar do contexto actual, o orçamento para o Programa de Combate às Grandes Endemias diminuiu em 2022 — como se viu no Capítulo 5.2. Além disso, o orçamento para o Instituto Nacional da Luta contra a SIDA diminuiu quase para metade de 2021 para 2022 (Figura 55). Em 2023, o orçamento do instituto foi novamente aumentado (até 8.7 mil milhões de Kz). Não nos foi possível avaliar as despesas do instituto.

Não obstante, de acordo com a UNAIDS, as despesas públicas comunicadas pelo governo relativas ao VIH foram de US\$ 24 milhões (Kz 15 mil milhões) em 2021, quatro vezes as despesas comunicadas no ano anterior. O financiamento internacional foi de 4.1 milhões de dólares (2.3 mil milhões de Kz) em 2021 - o equivalente a 15% do financiamento total. Não nos foi possível corroborar estes dados.

⁸⁰ UNAIDS, [Paris Declaration](#) (2014)

⁸¹ UNAIDS, [Country Profile: Angola](#)

Orçamento do Instituto Nacional da Luta Contra a SIDA (2018 - 2023)

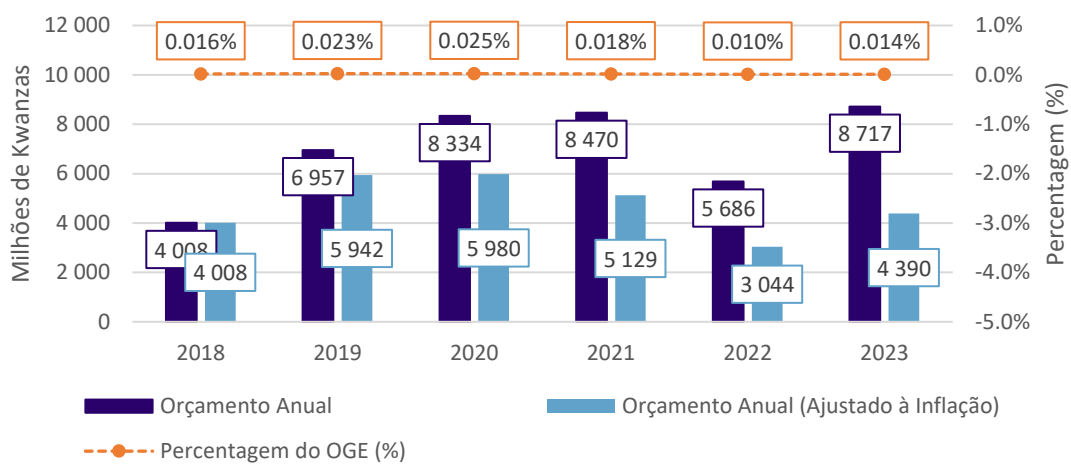


Figura 55. Orçamento do Instituto Nacional da Luta contra a SIDA. Fonte: OGE 2018 - 2023.

5.4. Resposta de Emergência à COVID-19

A resposta do Governo de Angola contra a pandemia COVID-19 foi relativamente rápida e eficaz, dentro do paradigma africano, embora consideravelmente subfinanciada.

Os dois primeiros casos de COVID-19 em Angola foram relatados em Luanda a 21 de Março de 2020⁸². Pouco depois, a 26 de Março, o Presidente João Manuel Lourenço declarou o Estado de Emergência Nacional para entrar em vigor no dia seguinte. Esta resposta rápida pôs em marcha a resposta de emergência em Angola contra a pandemia COVID-19.

Esta resposta foi recentemente documentada da perspectiva das Finanças Públicas pela Organização Mundial de Saúde num relatório a ser publicado em breve, intitulado *Gestão das Finanças Públicas no Contexto da Resposta à Pandemia COVID-19 em Angola*⁸³.

Segundo os dados recolhidos, a despesa pública total no combate e prevenção à COVID-19 entre 2020 e 2021 foi de Kz 266 biliões (US\$ 437 milhões), o equivalente a Kz 8.1 mil per capita. Kz 124 mil milhões em 2020 e Kz 141 mil milhões em 2021. Isto foi em grande parte financiado pelo Tesouro de Angola, com empréstimos e doações financeiras a desempenhar um papel secundário.

Se acrescentarmos as despesas de combate e prevenção à COVID-19 às despesas anuais de saúde, a soma das duas é de Kz 686 mil milhões e Kz 949 mil milhões para 2020 e 2021, respectivamente. Um aumento da despesa anual com a saúde de 22 p.p. em 2020 e 17 p.p. em 2021.

As três despesas mais significativas durante esses dois anos foram (da maior para a menor) a aquisição de vacinas contra a COVID-19, a construção e apetrechamento de hospitais de campanha de emergência e a compra de ventiladores.

Até Março de 2023, Angola registou um total de 105 mil casos de COVID-19, ou seja, 2.9 mil casos por milhão de pessoas⁸⁴ — significativamente abaixo da média da região africana da OMS, mesmo quando se considera a capacidade de monitorização reduzida dos países.

Cerca de 23.7 milhões de doses de vacinas contra a COVID-19 foram administradas até Dezembro do ano passado⁸⁵, como parte do Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19, que culminou numa cobertura de imunização de 42.1%. O lançamento da campanha nacional de imunização em 2021 foi exemplar e bem-sucedido, merecendo elogios internacionais⁸⁶. O ritmo da vacinação abrandou desde então, em parte devido

⁸² Jornal de Angola, [Retrospectiva/2020: Os dois primeiros casos positivos de Covid-19 em Angola vieram de Portugal](#) (2021)

⁸³ OMS, *Gestão das Finanças Públicas no Contexto da Resposta à Pandemia COVID-19 em Angola* (2022) — Por publicar.

⁸⁴ Our World in Data, [Angola: Coronavirus Pandemic Country Profile](#) (Dados da Universidade John Hopkins)

⁸⁵ Our World in Data, [Total COVID-19 vaccine doses administered](#)

⁸⁶ OMS, [Inside Angola's 'exemplary' COVID-19 vaccination hubs](#) (2021)

a um menor sentido de urgência e em parte devido às dificuldades de distribuição equitativa entre as províncias.

A resposta à pandemia foi coordenada pela Comissão Multisectorial para a Prevenção e Combate à COVID-19, cujo orçamento foi apresentado separadamente nas Contas Gerais do Governo para esses dois anos. O que significa que tecnicamente não foi incluída nas Despesas de Saúde — embora programas como a Melhoria da Saúde Materno-infantil e Nutrição e o Combate às Grande Endemias tenham registado uma diminuição significativa nos seus orçamentos executados.

Em 2022, a Comissão parecia ter sido incluída como componente no Programa de Combate às Grandes Endemias, embora isto só seja relatado nos documentos que listam a dotação por órgão e não nos documentos que listam a dotação por programa. No entanto, de acordo com os Relatórios de Execução Orçamental para o Primeiro e Segundo Trimestres, as despesas da Comissão continuam a ser tratadas separadamente. A CGE para 2022 espera-se que forneça um enquadramento definitivo assim que for lançada.

Além disso, o MINSA também incluiu no seu orçamento anual uma despesa corrente intitulada "COVID-19 Custos de Prevenção e Combate" que foi de 4.2 mil milhões de Kz em 2022, e de 16.2 mil milhões de Kz em 2023.

6. Conclusões e Recomendações

6.1. Conclusões-chave

1. Existe uma grave inconsistência entre os documentos de política de saúde e nutrição.

Embora o Governo de Angola tenha repetidamente dado prioridade à saúde e nutrição nos seus instrumentos políticos ao longo dos anos, estes documentos não são coerentes entre si. Apesar de os objectivos gerais do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012 - 2025 estarem presentes no PDN 2018 - 2022, os pormenores e as metas não são transpostos. Na realidade, o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012 - 2025 está desactualizado. Este é um problema reconhecido pelo Ministério da Saúde e está actualmente a trabalhar no sentido de actualizar o documento.

O tema da nutrição é particularmente notável porque nem a Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2009), o PDN 2013 - 2017, o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012 - 2025 ou o PDN 2018 - 2022 têm objectivos alinhados. Além disso, os objectivos nutricionais também não estão alinhados com as metas e recomendações internacionais da OMS/UNICEF, tal como detalhado no Capítulo 3.1.1.

2. A política de saúde e nutrição não está por vezes reflectida no Orçamento Geral do Estado.

As metas estabelecidas no PDN 2018 - 2022 por vezes não são reflectidas no OGE. Mais notoriamente duas metas estabelecidas para o programa de Melhoria da Saúde Materno-infantil e Nutrição estabelecido no PDN 2018 - 2022, não foram apresentadas no OGE — i.e., i) ter 80% das crianças com menos de 6 meses de idade em amamentação exclusiva e ii) eliminar o tétano neonatal, ambos até 2022. Além disso, no programa de Reforço dos Sistemas de Informação Sanitária, apenas 3 dos 5 alvos estão de facto a ser monitorizados.

Relativamente ao Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012 - 2025, não parece haver uma relação directa entre os seus objectivos e os indicadores de desempenho dos programas no OGE.

3. É actualmente impossível implementar uma estratégia de orçamentação baseada em resultados.

O último Inquérito de Indicadores Múltiplos e de Saúde em Angola foi realizado em 2015 - 2016. Previa-se a realização de um novo inquérito em 2020 - 2021, mas foi adiado devido à pandemia COVID-19. Isto significa efectivamente que o último inquérito de saúde representativo a nível nacional em Angola tem pelo menos 7 anos.

A falta de monitorização de dados precisos torna impossível implementar uma estratégia orçamental baseada em resultados ou analisar a eficiência das despesas orçamentais. O que também resulta em situações como a descrita anteriormente para a cobertura da vacinação contra o sarampo, onde diferentes fontes fornecem diferentes valores de cobertura, colocando em causa a fiabilidade da informação.

4. Os objectivos do programa de saúde não são definidos com base nos resultados dos anos anteriores.

Depois de analisar os programas de saúde, torna-se claro que os objectivos dos indicadores de desempenho não são ajustados tendo em conta os resultados do ano anterior.

No programa de Melhoria da Assistência Médica e Medicamentosa existem vários cenários em que os objectivos continuam a aumentar anualmente, mesmo quando os resultados obtidos ou estão estagnados ou diminuíram. Por exemplo, a percentagem de equipas municipais que analisam a situação da saúde municipal diminuiu entre 2020 e 2021, mas a meta continua a aumentar não obstante. Isto mostra que os objectivos são planeados antecipadamente para um período de longo prazo (geralmente de acordo com o PDN 2018 - 2022) e não são reajustados de acordo com os resultados anuais.

O oposto também pode acontecer. Por exemplo (no programa para a Melhoria da Saúde Materno-infantil e Nutrição) a taxa de mortalidade materna institucional registou 170 mortes por 100 000 nados-vivos em 2019, mas a meta para 2020 era um rácio de 213 mortes. O que significa que, em vez de baixar a taxa de mortalidade, o objectivo era aumentá-la. Esta não era obviamente a intenção, mas mostra que os objectivos não foram ajustados.

Após consulta a várias entidades governamentais do sector, foi identificada uma barreira logística na actualização dos indicadores e metas anuais de desempenho, um processo que passa pelo Ministério da Economia e Planeamento (MEP).

5. O orçamento da saúde continua a ser fortemente centralizado, apesar das recentes melhorias.

Os Governos Provinciais representaram 38% do orçamento da saúde em 2022, enquanto 31% foi atribuído ao MINSA. O orçamento restante (31%) permaneceu no Governo Central. Dentro da MINSA, 76% do orçamento foi atribuído ao próprio Ministério como uma unidade orçamental, enquanto os restantes 24% foram redistribuídos por hospitais, centros médicos e institutos. Vale também notar que uma

parte das despesas do Ministério da Saúde vai para intervenções de cuidados de saúde primários, tais como a compra de medicamentos que são posteriormente distribuídos por província.

O MINSA necessita também de mais pormenores sobre o orçamento atribuído pelos Governos Provinciais e a forma como é aplicado, a fim de evitar a duplicação de despesas. Esta informação pode ser fornecida directamente pelas Províncias ou através da MINFIN.

Globalmente, o MINSA como unidade orçamental (excluindo hospitais, centros médicos e institutos) representou um quarto do orçamento total da saúde.

Os Serviços Hospitalares Especializados estão especialmente centrados na MINSA, que representa 80% do orçamento dos serviços. O Governo Central também desempenha um papel significativamente importante na grande maioria dos programas de saúde.

6. A imunização de rotina é subfinanciada.

Como descrito no Capítulo 4, a despesa total de Angola com a imunização de rotina é relativamente baixa, o que teve um impacto negativo nas taxas de imunização contra doenças gravíssimas. Isto tem efeitos negativos óbvios como o surto de sarampo de 2022.

6.2. Recomendações

A avaliação realizada nos Capítulos anteriores levou ao desenvolvimento de 8 recomendações para a melhoria dos sectores da saúde e nutrição em Angola, que serão discutidas a seguir. Estas recomendações estão agrupadas nas três categorias seguintes, como ilustrado na Figura 56:

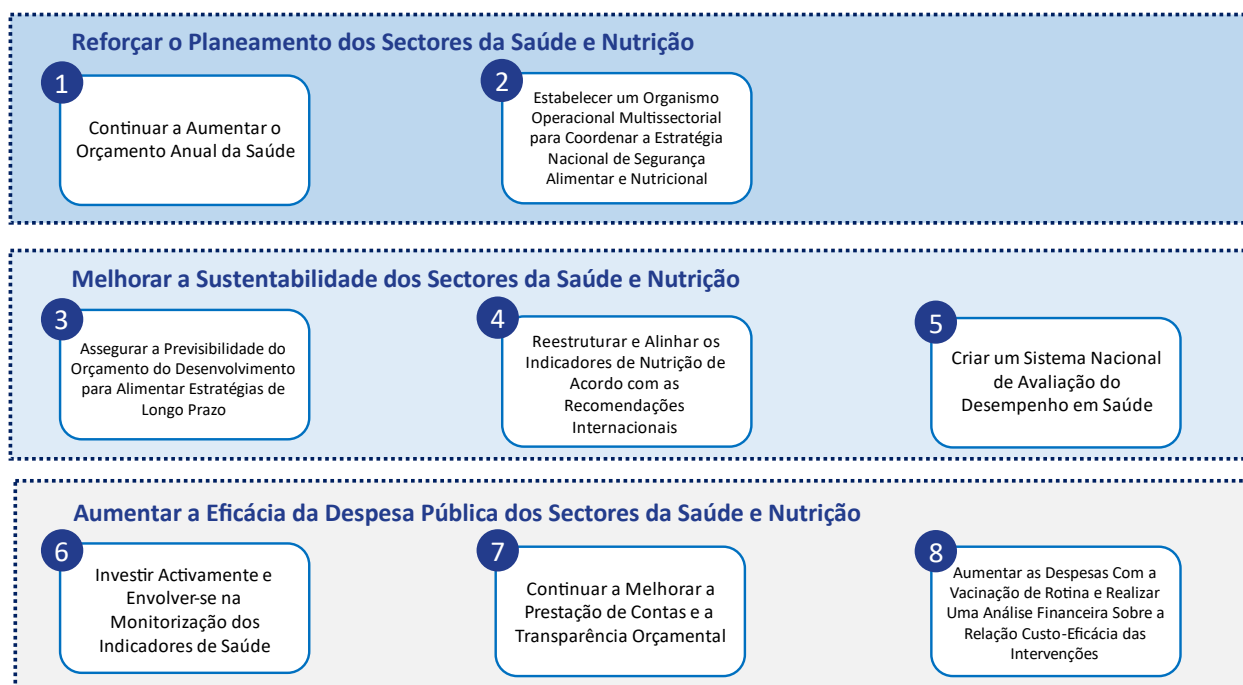


Figura 56. *Framework* de Recomendações

6.2.1. Continuar a Aumentar o Orçamento Anual da Saúde

Angola tem um longo caminho a percorrer para alcançar uma cobertura de saúde universal e para o fazer exige um maior compromisso financeiro por parte do seu Governo. A necessidade de aumentar a despesa pública com a saúde tinha sido identificada na Revisão das Finanças Públicas do Banco Mundial de 2007⁸⁷, e — embora tenha havido grandes avanços — continua a ser uma recomendação chave hoje.

De acordo com o Orçamento Geral de Estado para 2023, o Governo de Angola aumentará a percentagem do orçamento anual da saúde até 6.7%. Uma decisão bem-vinda que inverte a tendência descendente observada entre 2019 e 2021. Isto torna o

⁸⁷ World Bank, European Commission, Food and Agriculture Organization, United Nations Children’s Fund, United Nations Development Program, World Health Organization (2007). [Angola: Public Expenditure Review, Volume 1. Policy Briefing and Volume 2. Sectoral Review.](#)

país mais próximo dos compromissos assumidos na Declaração de Abuja de 2001 de atribuir 15% do OGE para o sector da saúde.

Se assumirmos que o OGE irá crescer 16% todos os anos (a média dos últimos 10 anos), o Governo terá de aumentar o orçamento da saúde em 42% anualmente até 2027 ou em 30% anualmente até 2030, a fim de alcançar o seu compromisso de Abuja.

O aumento do orçamento seria idealmente orientado por um Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário actualizado; e reforçaria os programas de prevenção de doenças que se concentram na saúde materna e infantil, nutrição e doenças endémicas. Estes têm vindo a ser menos financiados em comparação com outros serviços, uma tendência que pode perpetuar as despesas a longo prazo no tratamento de doenças evitáveis.

Outra abordagem para aumentar o investimento que pode ser utilizada é a tributação de produtos com um impacto negativo na Saúde Pública, tais como tabaco, álcool e/ou bebidas açucaradas, como tem sido implementado com sucesso em diferentes contextos.

O aumento do orçamento anual, contudo, só é benéfico se for seguido de uma execução bem-sucedida. Assim, é importante que o Governo continue o bom desempenho observado em 2021 e não voltar às baixas taxas de execução observadas em anos anteriores.

O mesmo se aplica aos Governos Provinciais. Como demonstrado no Capítulo 2.2, quase metade das províncias comunicaram um rácio de orçamento executado inferior a 90% do orçamento aprovado em 2021 — algumas delas numa base sistemática (entre 2018 e 2021). As práticas adoptadas pelos Governos Provinciais cujos orçamentos executados em saúde estão mais próximos dos 100% do orçamento aprovado (por exemplo, Huambo, Bié e Huíla) deveriam ser mais estudadas como um meio de aumentar a eficiência orçamental nas outras províncias.

6.2.2. Estabelecer um Organismo Operacional Multisectorial para Coordenar a Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

A governação do sector da nutrição está fragmentada entre o MINSa e o MINAGRIF. Embora isto seja compreensível devido à natureza do assunto, é imperativo que exista um organismo efectivamente operacional responsável pela coordenação da Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Este organismo deve funcionar como elo de ligação entre as intervenções específicas à nutrição implementadas pelo MINSa, e as intervenções sensíveis e facilitadoras da segurança alimentar desenvolvidas pelo MINAGRIF. Este organismo seria também responsável por liderar os esforços de

monitorização dos indicadores nutricionais, compilando informação e divulgando dados. Através dele, o MASFAMU, o Ministério das Pescas e o Ministério da Educação poderiam também ser plenamente integrados numa resposta nutricional nacional mais ampla. O Governo de Angola tomou medidas nesse sentido através do estabelecimento da Plataforma Nacional Multisectorial para a Nutrição; contudo, não foi possível determinar se a plataforma está ou não activa.

O Governo deve procurar reactivar esta plataforma e/ou fornecer os meios para tornar este organismo multisectorial mais operacional. Isto, por sua vez, alimentaria a interacção com plataformas internacionais, tais como o Movimento *Scaling-Up Nutrition*.

Uma vez que a plataforma se desenvolva e cresça com sucesso, a sua estrutura organizacional pode ser imitada e adoptada para abordar outros determinantes da saúde.

6.2.3. Assegurar a Previsibilidade do Orçamento do Desenvolvimento para Alimentar Estratégias de Longo Prazo

O orçamento para programas de desenvolvimento nem sempre é estável, o que dificulta o desenvolvimento de projectos e estratégias a longo prazo. Aqui, não estamos a referir-nos ao orçamento nominal que está obviamente dependente do Orçamento de Estado Anual total, mas à percentagem do OGE que é atribuída aos programas e, além disso, à execução do referido orçamento.

Cada programa deveria ter um plano de investimento a médio e longo prazo — adjacente ao Plano Nacional de Desenvolvimento — onde o governo se comprometeria a fornecer um financiamento consistente para o programa durante, por exemplo, um período de cinco anos. Isto asseguraria que aqueles que coordenam os programas poderiam planear e implementar projectos a longo prazo.

Além disso, o facto de o orçamento ser atribuído numa base mensal impede uma mobilização de recursos adequada. Seria necessário ter pelo menos uma parte do orçamento que fosse fixa e que pudesse ser utilizada ao longo de diferentes meses, nomeadamente porque os procedimentos de contratação pública tendem a exigir longos períodos de tempo.

6.2.4. Reestruturar e Alinhar os Indicadores de Nutrição de Acordo com as Recomendações Internacionais

Em matéria de nutrição, os indicadores de desempenho definidos na documentação da política nacional e traçados na CGE não estão totalmente alinhados com as práticas internacionais. Propomos que Angola adopte os quatro indicadores e respectivos

objectivos definidos nas Metas Globais de Nutrição da OMS 2025⁸⁸ e a extensão da meta da OMS/UNICEF até 2030⁸⁹, no âmbito do Programa para a Melhoria da Saúde e Materno-infantil e Nutrição.

Estes indicadores são: i) mulheres em idade reprodutiva com anemia, ii) baixo peso à nascença, iii) aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses, e iv) malnutrição aguda, malnutrição crónica e excesso de peso em crianças menores de cinco anos

Estes são também abrangidos pelo recente Plano de Acção Global para o Desperdício Infantil lançado em 2019 por cinco agências das Nações Unidas - incluindo o UNICEF⁹⁰.

Além disso, dado o contexto do país e os benefícios da suplementação de vitamina A, Angola deve também incluir novamente a suplementação de vitamina A de crianças entre os 6 e 59 meses de idade como um indicador de desempenho do programa de Melhoria da Saúde e Materno-infantil e Nutrição. Este indicador específico foi retirado do orçamento a partir de 2022, embora a prática de fornecer suplementação de vitamina A não tenha cessado. É importante que continue a ser um indicador-chave de desempenho, porque isso permite um melhor rastreio do investimento e dos seus resultados.

6.2.5. Criar um Sistema Nacional de Avaliação do Desempenho em Saúde

A descentralização na rede de cuidados básicos de saúde pode conduzir a uma maior eficiência, uma vez que as autoridades sanitárias locais estão mais aptas a identificar e responder às necessidades específicas de saúde das suas populações. Como tal, o Governo de Angola deu grandes passos nos últimos anos no sentido da descentralização, estabelecendo Gabinetes Provinciais de Saúde e Departamentos Municipais de Saúde. Deu inclusive maior autonomia aos Hospitais Provinciais em relação aos seus orçamentos e despesas — sendo o MINSA responsável pela definição dos limites orçamentais.

No entanto, sem um mecanismo de avaliação do desempenho e do retorno do investimento, outros passos no sentido da descentralização do orçamento serão prejudicados.

Para este fim, o Governo de Angola deveria estabelecer um Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) responsável pela monitorização do desempenho dos hospitais e centros de saúde.

O sistema teria as seguintes funções:

⁸⁸ OMS, [Global nutrition targets 2025: policy brief series](#) (2014)

⁸⁹ OMS/UNICEF, [The extension of the 2025 maternal, infant and young child nutrition targets to 2030](#) (2019)

⁹⁰ [Global Action Plano for Child Wasting](#)

- A. Recolha periódica de dados dos hospitais e centros de saúde sobre o seu desempenho e situação financeira (por exemplo, nascimentos assistidos realizados, percentagem de cesarianas, demonstrações financeiras, etc.).
- B. Divulgação pública dos dados recolhidos, acompanhada de uma análise comparativa dos estabelecimentos de saúde (por exemplo, *rankings*, serviços disponíveis, etc.)
- C. Colaboração com entidades governamentais e organizações multilaterais no desenvolvimento das melhores práticas e orientações sobre como melhorar o desempenho.

O Sistema Nacional de Avaliação do Desempenho da Saúde seria idealmente uma entidade independente cuja informação estaria disponível ao público em geral numa plataforma que divulgasse os dados recolhidos nas instalações de saúde pública.

Esta plataforma proporcionaria ao Governo Central um mecanismo para identificar as instalações de saúde com um forte desempenho e retorno do investimento, bem como as que têm um desempenho inferior ao esperado. Esta informação poderia então ser utilizada para justificar a atribuição de fundos aos prestadores locais de saúde e a descentralização do orçamento. Entidades que tenham um desempenho óptimo teriam também mais influência para negociar o seu orçamento, e credibilidade para estipular as suas necessidades.

Além disso, tal plataforma poderia servir como base para aumentar o envolvimento das unidades locais de saúde na concepção do orçamento através de uma abordagem mais adaptada à orçamentação baseada nas necessidades específicas da própria instituição, e, naturalmente, das populações que servem (incluindo as que operam no mercado informal).

6.2.6. Investir Activamente e Envolver-se na Monitorização dos Indicadores de Saúde

Tal como anteriormente discutido, existe actualmente uma falta de monitorização no sector da saúde em Angola. A análise sobre o estado actual da saúde e nutrição apresentada no Capítulo 2.1. mostra quão desactualizada está uma grande parte dos dados. Os capítulos que abordam os desafios da saúde materno-infantil e doenças específicas também destacam a frequente dependência de estimativas baseadas no inquérito IIMS 2016 e dados contraditórios entre fontes. Este havia sido, inclusive, um tema identificado na Revisão das Finanças Públicas do Banco Mundial de 2007⁹¹, e continua a ser um desafio hoje.

⁹¹ World Bank, European Commission, Food and Agriculture Organization, United Nations Children's Fund, United Nations Development Program, World Health Organization (2007). [Angola: Public Expenditure Review, Volume 1. Policy Briefing and Volume 2. Sectoral Review.](#)

É importante que o Governo reinicie inquéritos a nível nacional e assegure que estes sejam realizados regularmente, permitindo que os dados de saúde estejam disponíveis a tempo de acompanhar as tendências e permitir intervenções quando necessário. O conteúdo dos dados também deve ser abordado, assegurando que todos os determinantes de saúde sejam considerados.

A recolha de dados nas instalações de saúde deve também ser melhorada. Para este fim, deve também haver um aumento do financiamento do programa de Reforço do Sistema de Informação Sanitária e Desenvolvimento da Investigação em Saúde — o programa responsável pela implementação do Sistema de Notificação de Surtos (VIDR- Vigilância Integrada da Doença e Resposta)) e do Sistema Digital de Informação Sanitária (DHIS2). — a maior plataforma de sistema de informação de vigilância sanitária do mundo, actualmente implementada em mais de 100 países.

Actualmente, o DHIS2 é implementado em cada Província e Município do país, de acordo com o MINSa. O passo seguinte na sua implementação é equipar todas as instalações de saúde com a tecnologia (computadores e Internet) e a capacidade humana necessárias para reportar dados remota e automaticamente. A partir de agora, algumas instalações ainda reportam dados manualmente; esta informação é depois recolhida fisicamente de múltiplas unidades de saúde e inserida no sistema numa instalação central com a capacidade tecnológica para tal.

Idealmente, o MINSa divulgaria os dados no ecossistema da saúde e publicaria inclusive relatórios sobre os dados recolhidos para o público em geral de forma recorrente.

A capacidade da força de trabalho é também uma preocupação e apesar de um aumento significativo do número de licenciados em Profissões de Saúde (nomeadamente em enfermeiros e técnicos de saúde provenientes de instituições de ensino superior públicas e privadas), deveria ser abordada uma análise mais aprofundada da sua capacidade de formação, incluindo competências de gestão e comunicação.

6.2.7. Continuar a Melhorar a Prestação de Contas e o Detalhe Orçamental

Os Orçamentos e Contas Gerais do Estado têm vindo a tornar-se cada vez mais detalhados e informativos, incluindo informação alargada sobre os programas de desenvolvimento no orçamento. Por exemplo, a subfunção Serviços de Saúde Não Específicos foi removida em 2013. Mais recentemente, o Governo começou a informar sobre o orçamento atribuído a cada indicador de desempenho dos programas no início de 2022, o que constitui um passo significativo no sentido da transparência e da responsabilização.

Em geral, Angola está em conformidade com a grande maioria das melhores práticas definidas pela OCDE em matéria de transparência orçamental⁹². No entanto, ainda há espaço para progressos nos sectores da Saúde e Nutrição.

1. O Governo deve tornar a informação sobre a execução do orçamento mais prontamente disponível. Os dados sobre o orçamento executado por subfunção (ou seja, Serviços Hospitalares Gerais e Especializados, etc.) foram rapidamente disponibilizados à equipa analítica, mediante pedido dirigido ao MINFIN. Contudo, não há razão para que tais dados não estejam publicamente disponíveis na CGE. O mesmo se aplica aos dados sobre a execução por função do orçamento atribuído ao Governo Provincial, o que permitiria uma melhor compreensão do desempenho das províncias por sector (Saúde, ASH, etc.).

2. A execução orçamental do Governo Provincial por função e subfunção orçamental deve também ser detalhada na CGE. Os dados sobre as despesas dos Governos Provinciais são difíceis de avaliar. Embora os dados nos tenham sido fornecidos pela MINFIN, não há razão para que não possam ser tornados públicos.

3. Deve haver uma compreensão clara de como os programas se relacionam com as múltiplas funções orçamentais. Ainda não é claro para os analistas como é que os programas de desenvolvimento no OGE (por exemplo, o Combate às Grandes Endemias) se relacionam com as funções e subfunções (por exemplo, Serviços de Saúde Pública) dentro do mesmo campo/ sector.

4. A reestruturação dos indicadores de desempenho deve ser explicada.

Embora os indicadores de desempenho nos programas de saúde sejam bastante consistentes com o PDN 2018 - 2022. Alguns indicadores de desempenho mudam, especialmente nos últimos anos. Estas mudanças devem ser revistas e explicadas na próxima CGE 2022.

Outro campo que poderia ser desenvolvido, aumentando o envolvimento, seria o de envolver a comunidade na elaboração de políticas e preferências de afectação orçamental.

⁹² OCDE, [Best Practices for Budget Transparency](#) (2002)

6.2.8. Aumentar as Despesas Com a Vacinação de Rotina e Realizar Uma Análise Financeira Sobre a Relação Custo-Eficácia das Intervenções

A imunização contra o sarampo em 94 países de baixa e média renda mostrou um retorno do investimento estimado de US\$ 76.5 por cada dólar investido na vacinação⁹³. Isto significa que a imunização de rotina não só reduz a mortalidade infantil, mas é também um plano de investimento sólido a longo prazo.

Além disso, tal como discutido no Capítulo 4.2. a despesa total de Angola em imunização de rotina (US\$ 28.9 por criança sobrevivente) é significativamente inferior à da região africana da OMS em média (US\$ 41 por criança sobrevivente), bem como à média global (US\$ 68 por criança sobrevivente).

Por estas duas razões, o governo deveria considerar um aumento das despesas com a vacinação de rotina. Isto tem fortes implicações orçamentais, dado que a aquisição tem de ser feita em maior escala, mas é impedida pela previsibilidade limitada e pela afectação mensal do orçamento.

O principal desafio à imunização de rotina identificado foi a escassez de stock de vacinas a nível regional. Isto significa que, embora normalmente haja reservas disponíveis a nível nacional, existem desafios logísticos que resultam em carências regionais nas unidades municipais de saúde. Estes desafios incluem comunicações atrasadas sobre stocks reduzidos e custos de transporte, especialmente quando se considera as comunidades de difícil acesso.

A pandemia da COVID-19 permitiu ao país enfrentar alguns destes desafios e reforçar fortemente a sua cadeia de frio, através do investimento de parceiros internacionais. No entanto, ainda há espaço para crescer. Especialmente nas regiões rurais, onde a imunização de múltiplas crianças se concentra por vezes em dias específicos da semana, a fim de maximizar o número de doses administradas por frasco de vacina. É importante notar, contudo, que cada província está agora equipada com congeladores ultrafrios.

Os desafios acima descritos podem ser enfrentados através de um maior financiamento, mas este financiamento deve ser minuciosamente orientado por uma estratégia coerente. O Programa Nacional de Vacinação está actualmente a trabalhar na actualização da Estratégia Nacional de Vacinação do país, um projecto que foi suspenso em 2020 devido à pandemia da COVID-19. Incentivamos esta iniciativa e

⁹³ So Yoon Sim et al. [Return On Investment From Immunization Against 10 Pathogens In 94 Low- And Middle-Income Countries, 2011–30](#) (2020)

salientamos ainda que tal estratégia deve ser construída com base nas 6 prioridades definidas pela Agenda de Imunização para 2030⁹⁴:

- I. Compromisso e Procura
- II. Cobertura e Equidade
- III. Percurso de Vida e Integração
- IV. Surtos e Emergências
- V. Abastecimento e Sustentabilidade
- VI. Investigação e Inovação

Dentro dessa estratégia, o financiamento também deve ser canalizado para unidades móveis de imunização destinadas a comunidades de difícil acesso, aumentando a frequência de campanhas porta-a-porta, como as estabelecidas para campanhas contra a pólio, e o estabelecimento de mecanismos automáticos que alertem os pais sobre prazos de vacinação e agendamentos por meio de redes sociais e aplicativos de comunicação móvel (por exemplo, WhatsApp). Programas piloto bem-sucedidos de alertas móveis foram implementados em Luanda durante a pandemia e devem ser expandidos para as outras vacinas e províncias. A suplementação de vitamina A e a desparasitação também devem ser anexadas a estas iniciativas.

Embora a escassez regional seja o principal desafio identificado, também há casos ocasionais de escassez de stock nacional – este foi o caso no final de 2021 e início de 2022, onde houve uma escassez geral de vacinas no país. O problema aqui reside na imprevisibilidade dos fundos disponíveis, mensalmente, para a compra de vacinas (e medicamentos em geral), o que limita a capacidade do MINSA de adquirir vacinas a granel. As necessidades de financiamento a longo prazo também devem ser destacadas na Estratégia Nacional de Imunização, a fim de abordar esta questão.

As preocupações com a escassez de vacinas nos últimos anos também poderiam ser abordadas por uma política de armazenamento adequada, ligada a uma melhor estratégia de aquisição, como já mencionado acima.

Além disso, o Programa Nacional de Vacinação também planeia realizar uma análise financeira de custo-efectividade. Incentivamos esses esforços, que são tremendamente importantes para apoiar estratégias orçamentais baseadas em resultados e maximizar o financiamento alocado para a imunização.

Em última análise, é importante que Angola construa uma plataforma robusta de imunização de rotina para que, num futuro próximo, possa começar a introduzir novas vacinas, possivelmente incluindo a vacina recomendada contra o HPV – que demonstrou diminuir em 83% a prevalência do cancro do colo do útero derivado da infeção pelo HPV entre as raparigas dos 13 aos 19 anos, após 5 a 8 anos da sua introdução. Mas também, a vacina contra a malária RTS,S/AS01 que está actualmente

⁹⁴ [Immunization Agenda 2030](#)

a ser implementada em programas-piloto no Gana, Quénia e Malawi⁹⁵. Os resultados desses programas foram bem-sucedidos o suficiente para levar a OMS a recomendar a expansão deste ensaio em Outubro de 2021 e o UNICEF a garantir um contrato para o primeiro fornecimento de uma vacina contra a malária à GSK num valor de até US\$ 170 milhões.

⁹⁵ OMS, [Over 1 million African children protected by first malaria vaccine](#) (2022)



Orange

Anexos

Anexo I. Indicadores de Desempenhos dos Programas de Saúde e Nutrição

Melhoria da Assistência Médica e Medicamentosa

Ano	2020		2021		2022	
Indicador	Objectivo	Resultado	Obj.	R.	Obj.	R.
Municípios com Unidades Sanitárias de Atenção Primária, Incluindo Equipas Móveis com Serviços e Cuidados Essenciais (%)	45%	51%	50%	51%	60%	—
População com Acesso aos Serviços de Saúde (%)	70%	60%	75%	60%	80%	—
Unidades Sanitárias Municipais com Pacote Básico de Cuidados e Medicamentos Essenciais (%)	50%	100%	55%	100%	60%	—
Equipas Municipais Que Realizam Análise Da Situação De Saúde (Asis) Do Município (%)	80%	92%	90%	58%	100%	—
Municípios que Realizam Visitas às Populações de Difícil Acesso com Equipas Móveis de Saúde (%)	85%	51%	90%	37%	—	—
Novas Camas Em Hospitais (N.º)	500	5581	1240	1634	380	—
Províncias Em Que Existem Serviços De Hemodialise (%)	1	2	1	1	1	—
Aumentar a Oferta de Profissionais de Saúde (N.º)	0	7000	0	7000	—	—
Unidades Sanitárias Com Gabinete De Apoio Ao Utente (%)	70%	0%	80%	0%	90%	—
Evacuações De Pacientes Para O Exterior Do País (%)	70%	43%	60%	39%	50%	—
Depósitos De Medicamentos Em Funcionamento Efectivo (%)	85%	100%	90%	100%	100%	—
Unidades Sanitárias Do País Com Medicamentos Essenciais, Dispositivos Médicos E Outros Produtos De Saúde (%)	70%	100%	80%	100%	80%	—
Toxicodependentes Referenciados Acompanhados por Centros de Reabilitação e Toxicodependência (%)	12%	4%	16%	9%	—	—

Ano	2022	2023
Indicador	Orçamento	Orçamento
Municípios com Unidades Sanitárias de Atenção Primária, Incluindo Equipas Móveis com Serviços e Cuidados Essenciais (%)	51 354	57 604
População com Acesso aos Serviços de Saúde (%)	27	43 452
Unidades Sanitárias Municipais com Pacote Básico de Cuidados e Medicamentos Essenciais (%)	10 289	12 421
Equipas Municipais Que Realizam Análise Da Situação De Saúde (Asis) Do Município (%)	645	603
Novas Camas Em Hospitais (N.º)	36 182	64 955
Províncias Em Que Existem Serviços De Hemodialise (%)	12 158	1 138
Unidades Sanitárias Com Gabinete De Apoio Ao Utente (%)	22 707	31 610

Evacuações De Pacientes Para O Exterior Do País (%)	300	2 640
Depósitos De Medicamentos Em Funcionamento Efectivo (%)	718	5 585
Unidades Sanitárias Do País Com Medicamentos Essenciais, Dispositivos Médicos E Outros Produtos De Saúde (%)	10 527	23 757
Toxicodependentes Referenciados Acompanhados por Centros de Reabilitação e Toxicodependência (%)	149	276

Melhoria da Saúde Materno-Infantil e Nutrição

Ano	2018		2019		2020		2021		2022	
	Objectivo	Resultado	Obj.	R.	Obj.	R.	Obj.	R.	Obj.	R.
Taxa de mortalidade materna institucional (per 100 000 nados-vivos)	226	384	219	170	213	290	206	187	199	—
Grávidas com quarta consulta pré-natal (Nº/%)	63	52	65	34	67%	26%	71%	38%	—	—
Partos institucionais assistidos por pessoal qualificado (%)	51%	25%	53%	34%	55%	21%	57%	29%	60%	—
Unidades Sanitárias com consulta de atenção integral à criança (%)	20%	25%	30%	25%	40%	93%	50%	93%	60%	—
Unidades Sanitárias que oferecem pelo menos 3 métodos modernos de planeamento familiar (%)	30%	30%	40%	40%	50%	40%	60%	40%	70%	—
Cobertura de vacinação contra sarampo (%)	65%	77%	75%	76%	80%	54%	85%	59%	0%	—
Cobertura de vacinação pentavalente III (%)	55%	83%	65%	51%	75%	60%	80%	63%	90%	—
Municípios com serviços de atenção integrada ao adolescente (%)	15%	10%	20%	10%	25%	93%	30%	93%	0%	—
Crianças menores de 5 anos com suplementos de vitamina A (%)	30%	28%	40%	40%	30%	41%	40%	21%	0%	—
Taxa de Malnutrição em Crianças Menores de 5 anos (%)	17%	0%	15%	15%	0%	0%	0%	0%	9%	—

Ano	2022	2023
Indicador	Orçamento	Orçamento
Taxa de mortalidade materna institucional (per 100 000 nados-vivos)	6 321	20 199
Grávidas com quarta consulta pré-natal (Nº/%)		316
Partos institucionais assistidos por pessoal qualificado (%)	546	5 331
Unidades Sanitárias com consulta de atenção integral à criança (%)	4 178	28 403

Unidades Sanitárias que oferecem pelo menos 3 métodos modernos de planeamento familiar (%)	314	1 651
Cobertura de vacinação contra sarampo (%)		
Cobertura de vacinação pentavalente III (%)	2 972	1 451
Municípios com serviços de atenção integrada ao adolescente (%)		3 174
Crianças menores de 5 anos com suplementos de vitamina A (%)		
Taxa de Malnutrição em Crianças Menores de 5 anos (%)	1 521	4 738

Combate às Grandes Endemias pela Abordagem das Determinantes da Saúde

Ano	2020		2021		2022	
	Obj.	R.	Obj.	R.	Obj.	R.
Taxa De Mortalidade Por Malária (%)	25%	34%	20%	42%	10%	—
Mulheres Grávidas que Recebem pelo Menos 4 Doses de TIP (%)	33%	37%	45%	23%	—	—
Municípios com Equipas Integradas de Controlo de Vetores (%)	60%	65%	70%	72%	—	—
Taxa De Mortalidade Por HIV/AIDS (%)	—	—	—	—	13%	—
Taxa De Sucesso De Tratamento De Tuberculose (%)	75%	70%	80%	76%	85%	—
Doentes De Lepra Com Tratamento Multidroga (MTD) (%)	80%	100%	82%	100%	85%	—
Casos de Tripanossomiase Diagnosticados e Tratados (%)	60%	47%	75%	37%	—	—
Infeções Urinárias e Intestinais Devidas a Schistosomiase	15%	6%	11%	9%	—	—
Unidades Sanitárias Com Rastreio E Seguimento De Doentes Com Hipertensão Arterial E Com Diabetes (%)	15%	6%	35%	30%	50%	—
Unidades de Saúde de Nível Primário com Serviços de Saúde Mental (%)	15%	9%	20%	7%	—	—
Municípios com Equipas de Resposta às Emergências de Saúde Pública Operacionais	40%	100%	50%	100%	—	—
Taxa De Transmissão Do VIH De Mãe Para Filho (%)	—	—	—	—	—	—

Ano	2022	2023
Indicador	Orçamento	Orçamento
Taxa De Mortalidade Por Malária (%)	15 554	7 500
Mulheres Grávidas que Recebem pelo Menos 4 Doses de TIP (%)	—	—
Municípios com Equipas Integradas de Controlo de Vetores (%)	—	—
Taxa De Mortalidade Por HIV/AIDS (%)	2 517	2 476
Taxa De Sucesso De Tratamento De Tuberculose (%)	52 840	24 973
Doentes De Lepra Com Tratamento Multidroga (MTD) (%)	158	80
Casos de Tripanossomiase Diagnosticados e Tratados (%)	—	—
Infeções Urinárias e Intestinais Devidas a Schistosomiase	—	—
Unidades Sanitárias Com Rastreio E Seguimento De Doentes Com Hipertensão Arterial E Com Diabetes (%)	1 507	956
Unidades de Saúde de Nível Primário com Serviços de Saúde Mental (%)	—	—
Municípios com Equipas de Resposta às Emergências de Saúde Pública Operacionais	—	—
Taxa De Transmissão Do VIH De Mãe Para Filho (%)	—	300

Reforço do Sistema de Informação Sanitária e Desenvolvimento da Investigação em Saúde

Ano	2020		2021		2022	
Indicador	Obj.	R.	R.	Obj.	R.	Obj.
Hospitais, Direcções Municipais De Saúde, Direcções Provinciais De Saúde Inseridos Na Plataforma De Informação Digital Sanitária Dhis2 (%)	90%	100%	92%	100%	95%	—
Municípios Do País Com O Vid-R Implementado Para Notificação De Surtos Epidémicos De Doenças Em Menos De 48 Horas (%)	90%	100%	92%	100%	95%	—
Estudos científicos realizados e publicados (n)	7	6	6	2	—	—

Ano	2022	2023
Indicador	Orçamento	Orçamento
Hospitais, Direcções Municipais De Saúde, Direcções Provinciais De Saúde Inseridos Na Plataforma De Informação Digital Sanitária Dhis2 (%)	458	2 400
Municípios Do País Com O Vid-R Implementado Para Notificação De Surtos Epidémicos De Doenças Em Menos De 48 Horas (%)	552	2 198
Estudos científicos realizados e publicados (n)	—	—

Anexo II. Taxas de Câmbio

Para a conversão de dólares americanos (US\$) em kwanzas (kz) — e vice-versa — foi utilizada a taxa de câmbio média anual⁹⁶.

2020: 1 USD = 578.4 AOA

2021: 1 USD = 637.6 AOA

Para valores referentes ao biénio **2022/23**, foi aberta uma excepção onde se utilizou a taxa de câmbio atual (01/04/2023) disponibilizada pela Google Finance (1 USD = 507.5 AOA).

A utilização de uma taxa média, embora não seja um método de comparação preciso, apresenta um erro associado que foi considerado negligenciável para efeitos do presente relatório. Para as despesas incorridas ao longo dos dois anos, a taxa aplicada refletiu a média de ambos.

⁹⁶ Statista, [Annual Average Exchange Rate of Angolan Kwanza to US Dollar from 2012 to 2021](#).

