



Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Programa de Pós-Graduação em Promoção de
Saúde e Prevenção de Violência



ALBERTO FELICIANO MACAIA

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE DAS FORÇAS ARMADAS ANGOLANAS**

Belo Horizonte

2014

ALBERTO FELICIANO MACAIA

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE DAS FORÇAS ARMADAS ANGOLANAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Área de concentração: Medicina Preventiva e Social.

Orientador: Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

Co-Orientador: Prof. Horácio Pereira de Faria

Belo Horizonte

2014

M113i Macaia, Alberto Feliciano.
Implementação do programa de agentes comunitários no âmbito dos Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas [manuscrito]. / Alberto Feliciano Macaia. - - Belo Horizonte: 2014.
118f.: il.
Orientador: Antônio Leite Alves Radicchi.
Coorientador: Horácio Pereira de Faria.
Área de concentração: Medicina Preventiva e Social.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Agentes Comunitários de Saúde. 3. Planejamento Estratégico. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Radicchi, Antônio Leite Alves. II. Faria, Horácio Pereira de. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título

NLM : W 21.5

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Prof. Jaime Arturo Ramírez

Vice-Reitora: Prof^a. Sandra Goulart Almeida

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Rodrigo Antônio de Paiva Duarte

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof^a. Adelina Martha dos Reis

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Humberto José Alves

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof^a. Sandhi Maria Barreto

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Prof^a. Ana Cristina Cortês

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social:

Prof^a. Jandira Maciel da Silva

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e

Prevenção da Violência: Prof^a. Elza Machado de Melo

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da

Violência:

Prof^a. Andréa Maria Silveira

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi

Prof^a. Cristiane de Freitas Cunha

Prof^a. Eliane Dias Gontijo

Prof^a. Elizabeth Costa Dias

Prof^a. Eugênia Ribeiro Valadares

Prof^a. Izabel Christina Friche Passos

Prof. Paulo Roberto Ceccarelli

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Prof^a. Stela Maris Aguiar Lemos

Prof. Victor Hugo de Melo



Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Programa de Pós-Graduação em Promoção de
Saúde e Prevenção de Violência



Dissertação intitulada "Implementação do programa de agentes comunitários de saúde no âmbito dos serviços de saúde das forças armadas angolanas", de autoria de Alberto Feliciano Macaia, defendida e aprovada em 16 de Setembro de 2014, pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Antônio Leite Alves Radicchi

Horácio Pereira de Faria

Raphael Augusto Teixeira de Aguiar

Alzira de Oliveira Jorge

A minha ausência deveu-se a este trabalho que eu dedico à minha
querida família que eu amo muito e que sempre
estive ao meu lado, embora a distância.

Dedico a vocês com muito
amor e carinho: Paula -
minha amada esposa,
e meus filhos
Betilson,
Indira,
Nina
e Yara.

AGRADECIMENTOS

A construção deste trabalho só foi possível graças à participação direta ou indireta de certas pessoas que eu jamais esquecerei. Embora este pequeno gesto não sirva tanto para expressar a tamanha importância que cada um teve no decorrer desta caminhada, mesmo assim, de coração, quero expressar os meus sinceros agradecimentos:

À Deus e a todas as providências divinas.

Aos meus queridos pais Buanga e Ntoco pelo amor que sempre me dedicaram.

À minha querida Paula Macaia por compreender minha ausência em sua vida e por me ajudar sempre em todos os momentos.

Aos meus queridos Bebeto Macaia, Indira Macaia, Nina Macaia, Yara Macaia que me dão a coragem e me ensinam todos os dias.

Aos meus queridos irmãos mano António, mana Ana, mano Toco, mana Isabel, Zé, mano Arão, Alfonsina, Noel, Inês, Catarina (...), meus queridos sobrinhos, tios e primos por ser uma família tão especial e acreditar em mim.

Aos meus amigos e irmãos de coração Muel, Canísio, Ernesto, Isaac, Altino, Albérico, Hugo, Ângela, Octávio, Daniel, Ndoqui, Nando (memória), Alex (memória), meus companheiros do bem.

Aos meus orientadores António e Horácio, os meus sinceros agradecimentos por sua paciência para que o presente trabalho ganhasse corpo, bem como por sua sábia orientação.

Aos professores Manoel Otávio, Elza de Melo e Francisco Rubió, os meus sinceros agradecimentos por terem aberto a porta por onde entrei até chegar aqui.

À estimada professora Eliane Gontijo, que me ensinou os primeiros passos em epidemiologia e a Mariza da Biblioteca, pelo seu incansável apoio e carinho.

À toda equipe da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, dos Distritos Sanitários e Centros de Saúde com os quais trabalhei, em, particular a Márcia Faria, Dra. Amália, Ana Paula I, II, III, Ana Eliza e a todos da Gerência do Planejamento.

Agradeciemo especial aos Senhores General Nunda, General Mackenzie e General Aires Africano, por sua prestímoza atenção e por atenderem às necessidades deste Projeto.

Aos colegas dos Serviços de Saúde Militar e as colegas mestrandas Cláudia e Paula.

Agradeço especialmente os meus colegas Chimuco e Júlio César, que comigo caminharam esse longo percurso e tiveram uma participação ativa na construção deste Projeto.

À todos os colegas e professores deste Mestrado Profissional, não esquecendo a equipe do internato rural pela amizade, solidariedade e apoio.

Resumo

O presente trabalho reflete a construção de um Projeto de intervenção que está sendo desenvolvido no âmbito do reforço das políticas da Atenção Primária à Saúde dentro do subsistema de saúde militar em Angola. O objetivo é implantar um Programa de Agentes Comunitários de Saúde em quatro unidades selecionadas de atenção primária, dentro do espírito do melhoramento da atenção à saúde dos militares e seus familiares enfatizando a prática de ações de promoção e prevenção que a esse nível não são praticadas. O método utilizado é o planejamento estratégico situacional associado a um processo de ações formativas com o intuito de auxiliar os profissionais a executar suas atribuições no âmbito do Projeto. Com a utilização desse método tem sido possível superar as dificuldades e constrangimentos do processo de construção do Projeto, que conta com o apoio institucional das autoridades angolanas. É um Projeto em andamento, do qual se espera obter um resultado final satisfatório para que o processo seja expandido pelo resto das regiões militares e cobrir todas as unidades básicas de saúde dos Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Agentes Comunitários de Saúde, Planejamento Estratégico Situacional.

Abstract

This work describes the development of a design intervention that is being developed as part of strengthening of primary health care policies within the military health subsystem in Angola. The goal is to deploy and implement a program of Community Health Workers in four selected units of primary care, aiming to improve health care for military personnel and their families through emphasis on the practice of health promotion and disease prevention are not usually practiced at this level. The method used is the situational strategic planning associated with a process of training actions which aims to help professionals to perform their tasks in this Project. Using this method it has been possible to overcome the difficulties and constraints of the Project development process, which has the institutional support of the Angolan authorities. It is a project in progress that is expected to obtain a satisfactory outcome so it might be extended for the rest of the military regions in order to cover all Primary Health Care units of the Angolan Armed Forces.

Keywords: Primary health care, community health workers, Strategic Planning situational

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Composição Setorial do PIB angolano em 2008	47
FIGURA 2 – Composição do Sistema Nacional de Saúde na Angola	51
FIGURA 3 – Coordenação do SNS	51
FIGURA 4 – Hierarquização da atenção à saúde no SNS.....	53
FIGURA 5 – Os pilares da reforma no Sistema Nacional de Saúde	55
FIGURA 6 – Estrutura da Despesa do Estado por Função, em 2008.....	57
FIGURA 7 – Fluxo de afetação de recursos financeiros do OGE para a Saúde	57
FIGURA 8 – Enquadramento da Companhia Médica da Brisada.....	63
FIGURA 9 – Mapa da Ângloa.....	68
FIGURA 10 – Mapa das Regiões militares	68
FIGURA 11 – Momentos das ações de formação	79
FIGURA 12 - Esquema de uma BRIGADA	80-81
QUADRO 1 – Fatos da evolução histórica da Atenção Primária à Saúde a nível mundial, entre 1990 - 2005.....	24-25
QUADRO 2 – Atores principais do Projto de acordo com o nível hierárquico	69-70
QUADRO 3 – Operacionalização do Plano de Ação	75-76
QUADRO 4 – Formação dos ACS nas 4 unidades do estudo.....	78

LISTA DE TABELAS

1 – Indicadores Demográficos - Angola.....	49
2 – Composição da Companhia Médica da Brigada.....	62
3 – Composição orgânica do pessoal do Posto Médico da Brigada	63
4 – Composição orgânica do pessoal do Posto de Socorro do Batalhão	64
5 – Composição orgânica do pessoal do Posto de Socorro dos Grupos	64
6 – ACS formandos e selecionados de acordo com as 4 unidades	79
7 – Distribuição das Microáreas e ACS por unidades de estudo.....	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

BIM: Brigada de Infantaria Motorizada

BNN: Base Naval do Namibe

CEMGFAA: Chefe do Estado Maior General das Forças Armadas Angolanas

CMB: Companhia Médica da Brigada

CPLP: Comunidade de Países de Língua Portuguesa

DSS/EMGFAA: Direção dos Serviços de Saúde do Estado Maior General das Forças Armadas Angolanas

DSSR: Direções dos Serviços de Saúde dos Ramos

DSSE: Direções dos Serviços de Saúde do Exército

DSSMGA: Direções dos Serviços de Saúde da Marinha de Guerra Angolana

DSSFAN: Direções dos Serviços da Força Aérea Nacional

E: Exército

EMGFAA: Estado Maior General das Forças Armadas Angolanas

EMG: Estado Maior General

ESF: Equipe de Saúde da Família

FAA: Forças Armadas Angolanas

FMUFMG: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

FAN: Força Aérea Nacional

HIV/VIH: Vírus de Imunodeficiência Humana

MGA: Marinha de Guerra Angolana

MINSA: Ministério da Saúde

NEPAD: Nova Parceria para o Desenvolvimento de África

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

PES: Planejamento Estratégico Situacional

PACS: Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PNS: Política Nacional da Saúde

PNDS: Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

PPDS: Plano Provincial de Desenvolvimento Sanitário

PMDS: Plano Municipal de Desenvolvimento Sanitário

PIB: Produto Interno Bruto

RS: Repartição de Saúde

RMS: Região Militar Sul

RNS: Região Naval Sul

RAS: Região Aérea Sul

RAC: Regimento Aéreo de Caças

SSFAA: Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas

SSB: Seção de Saúde da Brigada

SIDA /AIDS: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SNS: Sistema Nacional de saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

SMS: Serviços Municipais de saúde

SSMININT: Serviços de Saúde do Ministério do Interior

SI: Sistema de Informação

SADC: Comunidade de Países da África Austral

UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais

UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

I – PRIMEIRA PARTE	14
1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1.2 Objetivos	17
II – SEGUNDA PARTE	18
2. CAPÍTULO DE REVISÃO: Atenção primária à saúde e a contribuição do programa dos agentes comunitários de saúde	18
2.1 Introdução	19
2.2 Método	20
2.3 Referencial teórico	21
2.4 Resultados e evidência na literatura	35
2.5 Referências	37
III –TERCEIRA PARTE	43
3 ARTIGO: Implementação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito dos Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas	43
3.1 Resumo	44
3.2 Introdução	46
3.2.1 O contexto da Angola	46
3.3 Metodologia	66
3.4 Resultados e discussão	70
3.4.1 Viabilização política do Projeto	71
3.4.2 Viabilização financeira do Projeto	73
3.4.3 Viabilização técnica do Projeto	73
3.5 Perspectivas e considerações finais	82
3.6 Referências	86
IV - QUARTA PARTE	89
CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
APÊNDICES	91 - 98
ANEXOS	99 - 118

I – PRIMEIRA PARTE

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Considera-se Angola como um país novo que conheceu a sua descolonização de Portugal em 11 de Novembro de 1975. Dos 39 anos passados, foram apenas os 12 últimos que os angolanos vivem em situação de paz. Testemunhamos o surgimento de novos tempos da história de uma nação que já começa a caminhar, rumo a um futuro de progresso e bem estar social. Contudo, a sociedade angolana está fortemente arrasada devido a perda de seus valores morais, culturais, educativos e sociais. A própria valorização da dignidade humana é uma virtude que se começa a rebuscar. Digamos que essa dignidade é proporcional à condição da vida, que é um direito inviolável e universal, conforme versa a Lei Constitucional (2010) angolana no seu Artigo 30.º – “*O Estado respeita e protege a vida da pessoa humana, que é inviolável*”.

A vida é algo que se preserva com saúde – um bem necessário e direito de cidadania. A Lei angolana, no seu Artigo 77.º, sobre Saúde e Proteção Social, estabelece ainda que “*O Estado promove e garante as medidas necessárias para assegurar a todos o direito à assistência médica e sanitária, bem como o direito à assistência na infância, na maternidade, na invalidez, na deficiência, na velhice e em qualquer situação de incapacidade para o trabalho, nos termos da Lei*”.

SCLIAR apresenta o conceito da saúde segundo a OMS, no qual se compreende a saúde como “*o completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de enfermidade*”(SCLIAR, 2007:37). Apesar de criticado, admite-se que este conceito tem uma profunda relação com o desenvolvimento e expressa a associação entre qualidade de vida e a saúde das pessoas. A saúde, nesse sentido, é resultado de um processo de produção social e sofre influência de condições de vida adequadas de bens e serviços. Apesar da evolução da ciência e da tecnologia, é indiscutivelmente o homem quem garante a produção desses bens e serviços, logo a preocupação pela manutenção do seu estado de saúde deveria ser a primeira prioridade dos governos. OLIVEIRA cita MENDES (2001) que apoiando-se em DOUGHERTY (1996), refere que “os serviços de saúde, como bens de valor social, deveriam ser ofertados a todos, porque todos estão sujeitos à dor, ao sofrimento, à incapacidade e à morte e porque as necessidades de saúde são universais e imprevisíveis” (OLIVEIRA, 2010:18).

Os militares, embora constituam uma comunidade específica, eles fazem parte da sociedade angolana e por conseguinte não estão isentos dos problemas, carências, dificuldades e doenças que nela ocorrem.

Angola continua a ter estatísticas altas em relação ao adoecimento e as mortes dos seus cidadãos. Pensamos que toda ação benéfica voltada para contribuir com a redução ou eliminação deste quadro, deveria ser incorporada ao sistema de saúde como, recomenda a OMS. É necessário melhorar a qualidade de vida das comunidades, e isso não se alcança sem trabalho abnegado. A qualidade de vida determina a condição de saúde das pessoas e é obvio que isso exige não somente a atenção do Estado, mas também da própria sociedade. Todos os atores, todos os setores devem contribuir para que seja possível vencer esse desafio, promovendo ações que visam melhorar a educação sanitária, o comportamento saudável das pessoas, os estilos de vida saudáveis e criar vínculos entre as comunidades e o sistema de saúde, permitindo maior aproximação entre os usuários e o sistema de saúde. Essa é, com certeza, a nossa pretensão que queremos introduzir no convívio militar.

No processo da minha formação pós-graduada, na Faculdade de Medicina da UFMG, por força de um Acordo de Cooperação Cultural e Científica, entre a República Federativa do Brasil e a República de Angola (Divisão de Atos Internacionais, DECRETO N° 99.558, de 05 de Outubro de 1990), e representado por PROANGOLA (Convênio de cooperação acadêmica e científica entre a FMUFMG e as FAA), realizei um estágio prático em serviços na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais. Deste estágio tomei contato com as políticas de saúde implementadas no Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), concernente ao trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde de família (ESF) onde se inclui a figura do Agente Comunitário de saúde (Lei n°. 10.507/2002)ⁱ.

Além da inserção no processo de trabalho das Gerências desta Secretaria, e dos Distritos Sanitários, foi muito salutar ter convivido e trabalhado com essas equipes, verificar o vínculo que se estabelece com as comunidades e perceber, de alguma forma, as mudanças que acontecem nas pessoas e na comunidade em relação ao seus estilos de vida, mudanças que, de certa forma, influenciam de maneira geral na qualidade de vida

ⁱA LEI N° 10.507, DE 10 DE JULHO DE 2002 cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Esta Lei foi revogada pela LEI 11.350, DE 05/10/2006 – regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional n° 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.

dessas pessoas. Relacionando o fato de pertencer e conhecer os Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas, percebi que seria possível incrementar essa experiência do SUS nos nossos serviços, de acordo com o nosso contexto. Foi daí que se convencionou estruturar o presente Projeto, que foi encaminhado à instituição à qual pertencemos, a Direção dos Serviços de Saúde do Estado Maior General das Forças Armadas Angolanas – DSS/EMG/FAA, tendo merecido por conseguinte a apreciação da instância superior das Forças Armadas Angolanas.

Este Projeto está sendo desenvolvido em paralelo a um outro Projeto que versa sobre o Sistema de Informação da APS, módulo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Este último irá produzir a informação sobre o trabalho que os ACS vão desenvolver a nível das unidades, para ser devidamente tratada e canalizada aos gestores dos serviços.

O trabalho aqui apresentado, está estruturado em quatro partes: Na primeira parte reúnem-se as considerações iniciais e os objetivos do trabalho de maneira geral. A segunda parte resume-se num capítulo de revisão de literatura que serve de suporte para a compreensão da importância e necessidade do objeto do Projeto, no qual se debruça sobre atenção primária à saúde (APS). Iniciamos por uma breve incursão na história da sua existência, e depois seguiu-se uma narração da sua evolução ao longo dos tempos, culminando com alguns fatos marcantes que ainda têm atualidade. Uma particular atenção é dada a um grupo de profissionais – os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que fazem parte das estratégias adotadas em sistemas de saúde para implementar essa política mundialmente conhecida – a APS. A parte três, apresenta-se em forma de artigo que descreve como o Projeto está sendo implementado. No seu desenvolvimento se descreve um capítulo sobre o contexto geral de Angola, com particular ênfase sobre o Sistema Nacional de Saúde e a integração nela do subsistema de saúde das Forças Armadas. Ainda nessa parte fala-se da metodologia que foi usada para tornar realidade os objetivos do Projeto. Tal é o Planejamento Estratégico Situacional, um método de trabalho desenvolvido por Carlos Mattus, que permite a condução e busca de soluções para problemas complexos. Finalmente uma última parte, a quarta, onde se faz menção das considerações finais.

1.2 Objetivos

Geral:

Como objetivo geral, pretendemos transmitir a ideia da necessidade de introdução de mudanças no comportamento humano e no agir dos profissionais de saúde das FAA, quanto ao assunto “saúde dos militares”, assim como no próprio subsistema de saúde das FAA que precisa ter outra dinâmica de trabalho, tendo em conta o estado da situação de saúde, no qual, o País se encontra mergulhado e particularmente os militares. É preciso que se compreenda a necessidade de se encarar com responsabilidade a missão pela qual os SSFAA são considerados responsáveis pela saúde da tão grande comunidade que tem além de outros deveres consagrados pela Lei Mãeⁱⁱ, o de defender a integridade do Território, do Estado e da Nação Angolana – que são os militares. Essa compreensão deve partir da estrutura central que dirige as FAA até ao último beneficiário dos Serviços. Para este desafio, achamos que entre outras ações prioritárias a serem desenvolvidas nos SSFAA, a valorização das ações da APS seria fundamental, já que o campo de ação dessas ações é necessariamente a base, ou seja a unidade militar. Por isso achou-se pertinente a implantação e implementação de um Projeto sobre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da atenção primária do Subsistema de Saúde das Forças Armadas Angolanas.

Específicos:

1. Elaborar o Projeto do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em unidades básicas dos Serviços de Saúde FAA
 - Elaborar o Plano de Ação e o Cronograma
 - Descrever o processo de implantação do PACS e sua implementação em 4 unidades básicas de saúde dos SSFAA na Região Militar Sul
 - Elaborar um capítulo de revisão sobre APS

ⁱⁱ Lei Mãe – Lei Constitucional da República de Angola (2010)

II – SEGUNDA PARTE

2. CAPÍTULO DE REVISÃO

Atenção Primária à Saúde e a Contribuição do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

2.1 Introdução

Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido, desde o séc. XX, uma opção privilegiada de organização dos sistemas de saúde no mundo, praticada essencialmente em países, onde o sistema sanitário nacional público cobre toda a população e mais da metade do gasto sanitário vem de fontes públicas, e pode ser praticado sob três modalidades: a) Quando o Estado se encarrega de prover serviços de saúde em troca do pagamento de impostos (sistemas Beveridgianos), na qual se enquadram países como Reino Unido, Espanha, Austrália, Canadá, Finlândia, Irlanda, Itália, Noruega, N. Zelândia, Portugal, Suécia; b) através de fundos de seguridade social associados ao trabalho (sistemas Bismarckianos), no caso de Alemanha, Áustria, Argentina, Bélgica, Costa Rica, Eslovênia, França, Grécia, Hungria, Japão, Polônia, Suíça, Taiwan; e c) através de fundos nacionais centralizados (sistema Semashkiano) como em Cuba. Há outros países em que o gasto público não chega os 50% do total do gasto sanitário, sendo na maioria privado no qual o gasto em saúde é feito diretamente do bolso do cidadão ou de outras fontes. O sistema sanitário nacional desses países não se considera público, a exemplo dos EUA, Brasil, Chile, México, África do Sul e Uruguai (GUSO; LOPES, 2012: 42, 44, 45). Apesar do caráter universal que assume essa política, esses autores afirmam ainda que “cada sistema de saúde representa a expressão da cultura, da história e da riqueza de uma nação”, não sendo portanto uma mera invenção dos países.

A Declaração de Alma-Ata, reconhece que “a atenção primária reflete e evolui a partir de condições econômicas e características políticas e socioculturais de um país e suas comunidades” (WHO, 1978). A partir desse encontro estabeleceu-se um consenso entre os países participantes no qual essa política, a APS, seria a estratégia a seguir, devendo ser a porta de entrada dos sistemas de saúde dos países e garantir a capacidade suficiente de recursos para resolver 80% dos problemas de saúde das populações (STARFIELD, 2010).

No âmbito da valorização da APS, encontramos vários estudiosos que comungam a opinião na qual as estratégias em saúde que enfatizam as ações de promoção da saúde como núcleo central da APS, tendem a melhorar o status de saúde das populações e reduzimos custos em saúde (MILSTEIN; HOMER; HIRSCH, 2010). Dentre os atores importantes na implementação destas estratégias, um lugar de destaque é atribuído aos Agentes Comunitários de Saúde. Os ACS surgem como parte das estratégias aplicadas em sistemas de saúde para juntamente com as equipes de saúde,

implementarem as ações de promoção e prevenção da saúde, apoiando também a realização de ações assistenciais nas comunidades.

2.2 Método

Realizou-se uma revisão da literatura nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde - LILACS, BDNF- enfermagem Brasil, cidades saudáveis - CidSaúde, Scientific Electronic Library Online -SciELO, Medical Literature Analysis and Retrieval System Online -MEDLINE, Index Psi Periódicos Técnico-Científicos, Coleção SUS Brasil e SES SP- Instituto de Saúde, que foram buscados a partir da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Nesta revisão foram utilizados os seguintes descritores: “Agentes Comunitários de Saúde”, “Atenção Primária à Saúde”, “Serviços de Saúde” e “Serviços Básicos de Saúde”.

As buscas contemplaram também sites oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Sociedade Europeia de Clínica Geral /Médico de Família – SECG/MF, a Organização Regional Europeia da Organização Mundial de Médicos de Família – WONCA Europa e o Ministério da Saúde do Brasil, para ampliar o escopo da busca de literatura.

Como critérios de inclusão foram adotados os documentos que tenham como tema a Atenção Primária à Saúde, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Promoção da Saúde tendo sido selecionados artigos, teses, dissertações, livros, relatórios e documentos oficiais, com maior incidência para os últimos dez anos, tendo como idiomas o português, espanhol e inglês.

2.3 Referencial Teórico

A evolução histórica da Atenção Primária à Saúde

Para se compreender o quão é importante construir um Sistema de Saúde que responda aos interesses e necessidades das populações das nações, procuramos, neste trabalho, mergulhar na história do surgimento da Atenção Primária à Saúde ao longo dos tempos, destacando as etapas mais decisivas no processo da sua construção. O princípio de maior abrangência de cobertura dos serviços sanitários, data desde os tempos remotos, não obstante este pensamento não significar necessariamente igualitário para as sociedades e regiões do mundo contemporâneo.

Na origem embrionária da APS merece destaque as experiências ocorridas na Europa que relatam ações de carácter assistencial e de prevenção das doenças exercidas a nível comunitário, tal como AGUIAR (2010: 13), cita vários autores em sua tese de doutorado que evidenciam fatos, nos quais se destaca, a promulgação da Lei dos Pobres na Inglaterra no séc. XVII, o surgimento dos dispensários americanos no século XVIII, o *Projeto Zemstvo* da Rússia em 1864, e a criação do sistema público de saúde da União Soviética após a revolução comunista de 1917.

Ainda na Europa, foram estabelecidos em Paris, os centros de atendimento infantil criados em unidades periféricas, destinadas ao desenvolvimento das ações básicas de saúde, em 1892 (ROSEN, 1980).

Ações similares tiveram lugar em finais do sec. XIX, nos EUA, onde tinham sido criados os *Nurse's Settlement* de Nova York. No início do séc. XX foram criados Centros de Saúde, Centros Comunitários de Saúde que prestavam ações de saúde, que antes eram de exclusividade dos hospitais e dispensários. Essas ações eram desenvolvidas em uma base territorial delimitada e os cuidados à população de risco eram da responsabilidade de uma unidade de saúde que ofereciam além da assistência médica, educação sanitária, capacitação ocupacional e ações sobre o meio ambiente, assim como locais de moradia e de trabalho. A gestão dos centros era participada com elementos da comunidade e onde o controle era feito por colegiados e conselhos. Os Centros formavam os assistentes de quarteirão que eram eleitos ou designados pela comunidade para realizar as ações de prevenção e mobilização. Os Centros evoluíram para redes organizadas em distritos dando cobertura a municipalidade, incluindo as áreas rurais (ROSEN, 1980).

Porém todo esse processo veio a fracassar, após o surgimento do Relatório Flexner que viria mudar o paradigma da saúde naquela época, impondo ao currículo médico, os princípios do mecanicismo, biologismo, individualismo, especialismo, tecnificação precoce e crescente do ato médico, e dando ênfase à medicina curativa (MENDES, 1985:31-2). Ainda de acordo a literatura, das principais diretrizes evidenciadas nesse relatório destaca-se: a definição dos padrões de entrada e duração do ensino médico, a expansão do ensino clínico e laboratorial em hospitais e o vínculo das escolas médicas às universidades, sobretudo o estímulo à especialização médica. É, portanto, nos hospitais onde as ações de assistência em saúde passaram a concentrar-se, sendo ainda essas instituições meios de produção de serviços organizados. (ROSEN, 1980; MENDES, 1985; STARR, 1991). AGUIAR (2010) considera que

“a medicina flexneriana passou a influenciar a prática clínica e sistemas de saúde em todo o mundo, adotando o hospital como o *locus* de atendimento por excelência e a especialização profissional, via residência, como uma consequência natural da acumulação do saber médico” (AGUIAR, 2010:9).

Esse modelo que influenciou a reforma das faculdades de medicina dos Estados Unidos e Canadá (BOTAZZO; FREITAS, 1998), expandiu-se pelo mundo, adequando-se às políticas socioeconômicas do capitalismo industrial em curso nesta época, neutralizando assim o progresso da ideia dos Centros Comunitários.

Em 1920 foi publicado na Grã-Bretanha o Informe Dawsonⁱⁱⁱ que defendia a necessidade de uma mudança das condições dos serviços de saúde, devido o encarecimento dos mesmos em função do desenvolvimento econômico e tecnológico que se vinha verificando nos países industrializados. Segundo o autor, a formação médica não deveria se dar apenas nos hospitais de ensino especializado, porque o médico generalista deveria servir o indivíduo e a comunidade. Para tal, esse documento estabelecia três níveis de atenção: o primeiro, que se ocuparia das ações curativas e preventivas exercidas em centros primários de saúde pelos generalistas; um segundo, em centros secundários com médicos especialistas, e um terceiro nível hierárquico conferido ao hospital-escola (DAWSON, 1920). O relatório recomendava a hierarquização das ações e regionalização dos serviços, tornando-se uma referência fundamental para a concepção da atenção primária e organização dos serviços de saúde em vários países. O informe tratava ainda da reorganização do Sistema de Saúde, que

ⁱⁱⁱBertrand Edward Dawson, Visconde Dawson de Penn primeiro (09 março de 1864 - 07 março de 1945) foi um médico da família real britânica e presidente do Royal College of Physicians. Ele serviu como médico do palácio durante três reinados: os de George V, Edward VIII e George VI do Reino Unido.

diferenciava um nível assistencial específico – os Centros de Atenção Primária em Saúde (CAPS), e apresentava, pela primeira vez, os conceitos de bases territoriais com populações adstritas, porta de entrada, referência e a atenção primária como coordenadora do cuidado, trazendo, neste caso, um espírito de regaste às iniciativas anteriores já referidas.

O modelo, que se tornou famoso na época, influenciou as escolas de medicina da Inglaterra e da ex-URSS nos anos 1940 e 1950 (BOTAZZO; FREITAS, 1998). Contando com anuência da OMS, o modelo passou mais tarde a ser adaptado nos sistemas nacionais de saúde com referência para Cuba (após a revolução socialista de 1959) e Canadá (Sistemas Integrados de Saúde, 1960), países que são considerados berços de experiências de medicina de família no mundo.

Emergiram outras formas de organização dos serviços de saúde. Por exemplo, os EUA desenvolveram a proposta da Medicina Comunitária, como alternativa aos altos custos dos serviços médicos, responsabilizados pela dificuldade do acesso (SILVA JUNIOR, 1998); no Reino Unido – Sistemas Clínicamente Integrados e na Espanha – Organizações Sanitárias Integradas (OPAS, 2011). Como se pode compreender, a APS é ainda um problema atual que inquieta várias nações e estados do mundo que procuram proporcionar melhores condições de saúde às populações e conseqüentemente melhor qualidade de vida.

Vários autores, citam importantes marcos históricos, que simbolizam a preocupação mundial sobre a Atenção Primária à Saúde, desde o início do sec. XX, destacando-se, por conseguinte, o envolvimento direto da OMS neste processo. O quadro seguinte reflete alguns destes fatos (CUETO, 2004; PAHO, 1970, 1996, 1999, 2003; CASAS, 1996; RODRIGUEZ-GARCIA, 1996).

De acordo a Organização Mundial da Saúde (1978), a APS constitui um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção de saúde e assistência integral à saúde, consubstanciadas em (a) educação para a saúde e métodos de prevenção da doença, (b) atendimento dos problemas de alimentação, abastecimento de água e saneamento básico, (c) imunização, (d) combate às enfermidades endêmicas locais, (e) tratamento das doenças e traumatismos comuns, (f) provisão dos medicamentos essenciais.

Quadro 1: Fatos da evolução histórica da Atenção Primária à Saúde a nível mundial, entre 1900 – 2005.

Período	Evento
1900 - década de 1950	Realização da Oficina Sanitária Internacional (1902).
	Desenvolvimento do enfoque sobre Atenção Primária orientada à Comunidade da África do Sul e EUA.
	A Conferência das Nações Unidas celebrada em S. Francisco decidiu criar uma nova Organização Internacional de Saúde com funções autónomas (1945).
Década de 1960	Os médicos missionários que trabalham em países em desenvolvimento criam a Comissão Médica Cristã, que enfatizam a capacitação dos trabalhadores de saúde das comunidades.
	Aumento acelerado da capacitação de profissionais da saúde nas Américas.
Década de 1970	Expansão do programa dos <i>médicos descalços</i> na China.
	Estabeleceram-se prioridades em relação às necessidades básicas: alimentação, vivenda, água, saneamento, serviços médicos, educação e emprego.
	Halfdan Mahler é eleito Director Geral da OMS, cujo mandato impulsionou o trabalho comunitário (1973).
	O Informe Lalonde de Canadá, formula o conceito de determinantes não médicos da saúde (1974).
	Primeira Conferência da População (1974).
	A 28ª Assembleia Mundial da Saúde estabelece como prioridade a criação de Programas Nacionais de APS (1975).
	Conferência Internacional de Alma Ata (1978).
Década de 1980	Atenção Primária de Saúde Seletiva (1979).
	Saúde para todos.
	A OMS põe em marcha um Programa de luta contra a infeção por VIH/AIDS.
	Expansão da APS seletiva e dos programas verticais.
	Conferência da população (México 1983).
	Carta de Ottawa (1986).
Década de 1990	Desenvolvimento sustentável (DS) (1987) ^{iv}
	Conceito de desenvolvimento humano (DH) ^v .
	O Banco Mundial assinalou a necessidade de combater a pobreza e investir em saúde.
	A reforma do setor da saúde promove um pacote básico de serviços de saúde.
	Algumas reformas de saúde fortalecem a APS em Cuba e Costa Rica.
	Mudança do papel do Estado.
	Cimeira a favor da Infância (NY, 1990).
Cimeira da Terra (RJ, 1992).	

^{iv}O conceito de desenvolvimento sustentável (DS) surgiu na década de 1980, durante a *World Commission on Environment and Development* presidida pela então Primeira Ministra Norueguesa, Gro Harlem Brundtland e Mansour Khalid do Sudão. A comissão era composta por ONGs e cientistas de diversas origens, foi criada pela Comissão Mundial sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, da Organização das Nações Unidas, em 1983, tendo produzido o chamado Relatório Brundtland que foi apresentado em abril de 1987. Entendido na época como "o desenvolvimento económico e social que atenda as necessidades da geração atual sem comprometer a habilidade das gerações futuras atenderem a suas próprias necessidades" (BRUNTLAND, 1987), o conceito sobre DS, sofreu alterações importantes e atualmente procura buscar o equilíbrio entre o que é *socialmente desejável, economicamente viável e ecologicamente sustentável*, sendo usualmente descrito em função da chamada "triple bottomline", que congrega as dimensões ambiental, social, e económica.

^vDH - processo de ampliação das escolhas das pessoas para que elas tenham capacidades e oportunidades para serem aquilo que desejam ser. Sua abordagem procura olhar diretamente para as pessoas, suas oportunidades e capacidades. De acordo a ONU, o DH embasa em três pilares: saúde, educação e renda.

	Conferência sobre a População e Saúde Reprodutiva (Cairo, 1994).
	Erradicação da Pólio nas Américas.
Década de 2000	Comissão sobre Macroeconomia e Saúde.
	Renovação da APS nas Américas.
	Expansão da pandemia de infecção por VIH/AIDS.
	Criação do Fundo Global da Luta contra a AIDS, a Malária e a Tuberculose.
	Estabelecimento de GAVI ^{vi} .
	Enfoque na equidade em matéria de saúde.
	A saúde é considerada um bem da saúde pública global.
	Objectivos de Desenvolvimento do Millenium.
	Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde.
	Carta de Bangkok (2005).

Fonte: OPS, 2007

Tais ações devem ser desenvolvidas num contexto de (g) integração ao sistema nacional de saúde, (h) estreita cooperação dos setores sociais e económicos, (i) redistribuição dos recursos disponíveis para os desassistidos, (j) eficiente organização do sistema dos serviços e das ações básicas, secundárias e terciárias de saúde em termos de suficiência e qualidade, (k) maior participação e controle pela sociedade.

O Movimento de Promoção da Saúde

Na década de 1960 iniciou-se um amplo debate que relançou a determinação económica e social da saúde, abrindo caminho para a busca de uma abordagem que preconizava uma reorientação da atenção à saúde centrada predominantemente no controle da enfermidade (FERREIRA; BUSS, 2002; BRASIL, 2001). De acordo a STARFIELD (2002), esse debate ficou evidenciado, a partir dos anos 1970, no âuge da crise instalada em vários países do mundo devido aos custos elevados e crescentes da atenção médica e da expansão de tecnologias caras para o diagnóstico e tratamento das doenças, sem trazer benefícios à saúde das populações. Com o surgimento do Movimento de Promoção da Saúde (MPS) no Canadá, começa-se a valorizar o debate sobre a importância epidemiológica dos estilos de vida e ambiente na fundamentação do processo saúde doença. CARVALHO (2007), destaca três das várias correntes que protagonizaram o moderno MPS e que criticavam o *modelo biomédico hegemónicoflexneriano*: A primeira protagonizada pelo documento *A New Perspective*

^{vi}GAVI Alliance - é uma parceria de sujeitos públicos e privados com o objetivo de salvar as vidas de crianças e proteger a saúde da população humana, melhorando o acesso à imunização em países pobres. Foi fundada em Janeiro de 2000 pela Fundação Bill e Melinda Gates.

on the Health of Canadians, ou “*Informe Lalonde*” que propunha uma mudança do foco das ações sanitárias, atuando para a mudança do comportamento das pessoas em relação aos estilos de vida. O documento define quatro componentes do campo da saúde – biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde (LALONDE, 1974), que ao mesmo tempo se constituem em campos importantes de intervenção das políticas dos governos. As intervenções no meio ambiente foram denominadas Proteção da saúde; as dirigidas aos sistemas de saúde de Prevenção e as que faziam menção aos estilos de vida, de Promoção da saúde (WESTPHAL, 2006). O documento criticava o sistema de saúde de Canadá baseado no modelo flexneriano, no qual, a maior parte dos gastos e investimentos em saúde eram dirigidos para as tecnologias médicas e nos recursos hospitalares, dando menos importância às principais causas das enfermidades e mortes que tinham suas origens noutros três componentes: biologia humana, meio ambiente e estilos de vida (LALONDE, 1974; VALLA, 1999). O MPS foi ganhando amplitude internacional^{vii} com a definição dos elementos essenciais que garantem a saúde humana, como a paz, educação, saneamento, justiça social, equidade, habitação, salários dignos e o papel ativo da comunidade na melhoria da qualidade de vida e saúde, indicando ainda aos governos a importância de se desenvolver políticas públicas que melhorassem essas condições. Esses eram os fundamentos da segunda corrente, a “Nova Promoção da Saúde”. A “Promoção da Saúde da População” é a corrente voltada para gerir desenvolvimento e riqueza porque estes condicionam a saúde, as relações sociais e o bem estar das pessoas (LALONDE, 1974).

A Promoção da saúde preconiza uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes e representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações do mundo inteiro (BUSS, 2000a). Com o propósito de engajar os governos neste processo, e procurando desenvolver estratégias para reduzir as iniquidades sociais entre os diversos países, a OMS e o UNICEF realizaram a I Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde em Alma-Ata, em 1978 . A Declaração de Alma-Ata incorporou a determinação

^{vii} O movimento da promoção da saúde (MPS) ganhou maior amplitude com as Cartas e Declarações produzidas nas várias Conferências Internacionais realizadas sobre a Promoção de Saúde: Conferência Ottawa (1986); Conferência de Adelaide (1988); Conferência de Sundsvall (1991); Conferência de Bogotá (1992); Conferência de Jacarta (1997); Conferência de México (2000); Conferência de Bangkok (2005).

social e econômica nas condições de saúde das nações e reafirmou a saúde como direito fundamental de todos os cidadãos. A atenção primária à saúde passou a ser considerada estratégia relevante para se alcançar a meta lançada na 30ª Assembléia Mundial da Saúde de 1977, que consagrava “*saúde para todos no ano 2000*” visando desenvolvimento social e econômico (WHO, 1978). LACERDA (2010:14), salienta que o documento orientava ações intersetoriais, responsabilizando os governos pela promoção e proteção da saúde dos povos, apelando ao direito à participação dos vários atores (com destaque à população) e setores no processo de planejamento das ações de saúde.

A expressão se afirmou como compromisso dos países membros das Nações Unidas, mas segundo observa GIUGLIANI (2011), logicamente que não estavam criadas as condições sustentáveis para que os países periféricos pudessem atingir tais metas.

O caso da África Subsaariana era dramático nesse sentido, pois, na década de 80, muitos países estavam se tornando independentes, e não tinham uma adequada estruturação e afirmação como nação. O pior dos fatos é que instalaram-se governos autoritários e surgiram mais guerras devastadoras que impossibilitaram implementar as políticas subscritas em Alma-Ata (GIUGLIANI 2011:29).

A promoção da saúde parte do conceito positivo e ampliado de saúde como produção social e tem por finalidade a busca da autonomia dos indivíduos e grupos, ou seja, a capacidade de viver a vida, e a necessidade da equidade social, isto é, a distribuição equitativa dessa capacidade entre os indivíduos e grupos (CARVALHO, 2004). AKERMAN, MENDES e BÓGUS (2004), partem do entendimento de que:

Promover a saúde é promover a vida. É compartilhar possibilidades para que todos possam viver seus potenciais de forma plena. É perceber a interdependência entre indivíduos, organizações e grupos populacionais e os conflitos decorrentes desta interação. É reconhecer que a cooperação, solidariedade e transparência, como práticas sociais correntes entre os sujeitos, precisam ser urgentemente resgatadas. Promover a saúde é uma imposição de circunstâncias, tais que apontam para a necessidade imperiosa de novos caminhos éticos para a sociedade.

Da Atenção Primária à Saúde à Atenção Primária Seletiva

Autores afirmam que apesar da repercussão que a APS teve a nível mundial, surgiram movimentos opositoristas na sua implantação que defendiam uma Atenção Primária Seletiva (APSe), de caráter mais restritivo, que no final resultou na substituição da concepção de Alma-Ata. Os protagonistas desta nova política são algumas instituições e organizações como o Banco Mundial, Fundação Ford e outras

agências americanas responsáveis pelo desenvolvimento internacional (CUETO, 2004). Essa nova concepção se pautava na crítica de que a proposta de Alma-Ata era muito ampla, idealizada, e que a meta social de “Saúde para Todos no ano 2000” seria uma utopia.

Nesse contexto, o propósito inicial da atenção primária à saúde que previa maior abrangências da atenção sanitária à populações, envolvendo a intersectorialidade e a participação social, converteu-se em política focalizada, com interesses na relação custo-efetividade, o que veio a ser conhecido como a “*política pobre para os pobres*” (LACERDA, 2010:15). A APSe consistiria, assim, na implantação de programas verticais que visavam desenvolver um pacote de intervenções técnicas na saúde para o controle de doenças, como o acompanhamento do crescimento das crianças para combater a desnutrição, a rehidratação oral para evitar a desidratação por gastroenterites, o estímulo ao aleitamento materno e a imunização para evitar as doenças infecciosas. O modelo priorizava as ações de saúde focalizadas e de baixo custo, evidenciando, assim, a restrição por parte dessas organizações em investir com recursos técnicos e financeiros no desenvolvimento social e econômico dos povos nos países periféricos. Ao longo das décadas de 1980 e 1990, a APSe ganhou espaço político no mundo e mesmo na Unicef, que passou a aderir à proposta (CUETO, 2004).

Conceitos e caracterização da Atenção Primária à Saúde

Existem diferenças no emprego do termo atenção primária à saúde (APS), e segundo a literatura, sua interpretação assume quatro formas de entendimento: (1) um programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços que é denominado em inglês por *selective primary care*; (2) um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população, denominada *primary care*; (3) programa abrangente ou integral, como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde conforme proposto em Alma-Ata para enfrentar necessidades individuais e coletivas, denominada por *comprehensive primary health care*; (4) filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde (GIOVANELLA et al., 2012:576).

Considera-se que a linha filosófica mais adotada no mundo é a representada no terceiro ponto, segundo a qual, as ações na atenção primária são orientadas para a comunidade, sendo impreterível conhecer suas necessidades sociais e de saúde, obviamente valorizando a família. Segundo STARFIELD (2002:46), existem quatro atributos que se inter-relacionam, e são fundamentais para a organização dos serviços nesse nível de atenção do sistema, a saber:

- Porta de entrada no sistema de saúde: Deve ser o primeiro recurso a ser buscado pelo paciente, de fácil acesso para todos, permitindo o primeiro contato da medicina com o paciente.
- Longitudinalidade: mantém-se o seu vínculo serviço-paciente ao longo do tempo de vida, garantindo serviços mais eficientes.
- Integralidade: o nível primário é responsável por todos os problemas inerentes à saúde do paciente, ainda que parte deles tenham solução em outros níveis. O nível primário coopera com outros serviços de saúde, a comunidade e outros setores.
- Coordenação das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas.

A Atenção Primária à Saúde remete-nos à ideia de uma atenção não especializada, de baixa densidade tecnológica, em unidades de saúde descentralizadas, enquanto porta de entrada dos usuários a um sistema hierarquizado, segundo diferentes níveis de complexidade tecnológica. Para os países periféricos, a APS é representada por programas seletivos, focalizados de baixa resolutividade, com limitação de oferta, destinados a grupos populacionais de baixa renda, sem garantia de acesso aos outros níveis de atenção e que incorporam tecnologia de baixa densidade tecnológica (GUSSO e LOPES, 2012: 29; DAWSON, 1920). Já em vários países europeus e no Canadá, a APS refere-se, de modo geral, aos serviços ambulatoriais de primeiro contato, independentemente da concepção do modelo assistencial e do modo de organização do sistema de saúde do país, uma vez que a atenção ambulatorial de primeiro nível é prestada nesses países com grande variação de configurações institucionais, seja em sua estrutura organizacional e financiamento ou nos serviços oferecidos (MENDES, 2001; LAVRAS, 2011; CONILL, 2008; BARRENECHEA, TRUJILLO e CHORNY, 1990; GIOVANELLA, 2006).

Segundo a Declaração de Alma-Ata, a OMS (1978) define a APS como:

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

No Brasil, os cuidados dispensados na Atenção Básica não são simples, são complexos e precisam dar conta das necessidades de saúde da população, em nível individual e/ou coletivo, de forma que as ações influam na saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade. A ação inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade. Para isso, é necessário que o trabalho seja realizado em equipe. O desenvolvimento do trabalho em equipe não se constitui em um processo simples, pois que as mudanças ocorridas na modernidade, a globalização das doenças, das práticas em saúde e dos hábitos de vida cotidiana exigem que cada profissional se atualize constantemente para que possa efetivamente atuar em um projeto que envolva uma equipe (BRASIL, 2011).

FAUSTO & MATTA (2007) mostram que a atenção primária à saúde propõe a reorganização e a adequação das práticas de saúde à realidade da população em uma dada unidade territorial, definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias. Essas ações e serviços de saúde devem garantir: a promoção da saúde, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a prevenção e a responsabilização pela saúde da população, com ações permanentes de vigilância em saúde.

Em GIOVANELLA et al. (2012: 576), a APS é vista como:

atenção ambulatorial de primeiro nível, isto é, os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, de fácil acesso, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns, e resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população são em geral denominados de serviços de atenção primária.

No Brasil, a Portaria Nº 648 GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), define Atenção Básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a).

As denotações existentes em relação ao sentido dos termos utilizados, básico ou primários, são entendidas às vezes como elementar, mínimo (ARIANA, 2010), ou como simples, primitivo (RESTA, 1989). O essencial é que representem cuidados que sirvam como, “porta de acesso” ao sistema de saúde, assentes na universalidade, continuidade e integralidade, sendo prestados aos cidadãos em contexto familiar e comunitário e tendo por missão satisfazer a maioria das necessidades de saúde (STARFIELD, 2002:46; USA, 1996). No Brasil, no âmbito da organização estrutural do SUS, além dos centros de saúde, considera-se também as unidades de pronto atendimento (UPA) – “porta de acesso” ao sistema de saúde.

Várias estratégias são adotadas pelos governos para implementar APS nos seus sistemas de saúde. Existem denominações de Programas que são amplamente conhecidas como “médico de família”, “medicina de família”, “medicina de família e comunidade”, “programa de saúde de família”, entre outros. A Medicina de Família e a Medicina Comunitária representam o mesmo campo de ação, ou seja, APS. No entanto, a Medicina de Família traz uma diferença, que é o fato de ter como pressuposto o foco da atenção na família e seu espaço singular, que é o domicílio. Na Europa a APS é regulamentada através de consensos estabelecidos pela Sociedade Europeia de Clínica Geral/Medicina Familiar e pela Organização Regional Europeia da Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA, 2002). O médico generalista é referenciado como profissional médico de primeiro contato e ator principal da AP na maior parte dos países da EU (GIOVANELLA, 2006;SALTMAN; RICO; BOERMA, 2005). A carência

de generalistas tem como consequência a procura, pelo público, de especialistas para suprir as necessidades de saúde de nível primário (BODENHEIMER e GRUMBACH, 2007).

PERRY et al. (2005) considera que no Sistema de Saúde de Portugal, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) se assentam na estratégia de reconfiguração dos centros de saúde (CS) e a implementação das unidades de saúde familiar (USF), nas quais o enfermeiro é considerado um elemento central das equipas multiprofissionais. Esses autores enaltecem o papel da família nos cuidados.

Na América Latina, verifica-se que em Cuba, há mais de 30 anos, a APS é regulada por um sistema de policlínicas na qual trabalham médicos e enfermeiras da família que atendem as necessidades de mais de 95% da população. A partir de 2008 essas instituições aumentaram o leque de serviços, que antes eram realizados em hospitais, tais como a reabilitação, a radiologia, ecografia, endoscopia, planeamento familiar, urgências odontológicas, atenção aos diabéticos e aos idosos (BULLETIN OF WHO, 2008: 327).

O Brasil criou a Estratégia ou Programa de Saúde de Família (PSF), que busca garantir a implementação das ações da APS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro desta estratégia foram criadas as Equipes de Saúde da Família (ESF) que realizam atividades inerentes à atenção básica em unidade básica de saúde (UBS). Cada equipe deve ser constituída no mínimo, por médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2011).

Os Agentes Comunitários de Saúde

A missão da OMS enviada à China na década de 1970 elaborou um reporte sobre as ações que eram desenvolvidas nesta região no âmbito da melhoria da saúde das comunidades rurais. Eram ações coordenadas por responsáveis pela saúde nas comunidades, designados por "médicos descalços". Entre essas ações destacam-se a organização da comunidade local; atenção aos anciãos; organização do povo para cuidar da saúde ambiental e cuidados preventivos e tratamentos, incluindo o uso de ervas medicinais. Esses profissionais promoviam também campanhas de sensibilização para

substituir os velhos costumes e mobilizar a comunidade para o movimento de massas contra pestes; a limpeza das casas, quintais e ruas; orientação de hábitos higiênicos; manutenção e uso da água potável; construção de unidades rurais de saúde e o controle da limpeza de locais públicos.

A experiência chinesa e o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde estabeleceram as bases para importantes movimentos de convergência (BRASIL, 2001), na conformação do novo paradigma em saúde formalizado na Conferência de Alma-Ata, como se referiu.

Observa-se que ainda em meados do séc. XX no Brasil já se sentia a necessidade da inclusão de pessoas das comunidades em equipes, para auxiliar o desenvolvimento das práticas de saúde e aproximar a cultura e o conhecimento da população dos saberes dos profissionais da saúde. Assim sendo, desenvolveram-se programas com objetivo de estender as atividades de assistência à saúde em áreas do país que ainda não tinham os serviços de atenção básica. Foram surgindo os postos de saúde operados por profissionais médicos e enfermeiros, auxiliados por agentes de saúde que seriam recrutados na própria comunidade, prestando assistência às famílias e aos indivíduos nos locais de residência. Alguns desses agentes ou eram cuidadores que assistiam as pessoas com atos curativos, injeções, uso de ervas e cuidado aos idosos ou estavam vinculados a escolas, associações na comunidade ou instituições religiosas que prestavam atendimento na área da saúde, tais como a Pastoral da Criança e as Dioceses, e recebiam treinamento para realizar atividades de grupos de educação em saúde voltados para a mulher, gestantes, crianças menores de cinco anos, hipertensos e diabéticos (SILVA, 2001; SILVA e DALMASO, 2002; DAVID, 2001).

O século XX foi decisivo na implantação da APS nos Serviços de Saúde de vários países. A par do que acontecia na Europa e nas Américas no geral, no Brasil, esse movimento incluía diversos programas verticais, focalizados e de extensão de cobertura das ações de saúde que operavam na lógica da atenção primária seletiva voltada para populações sem acesso a bens e serviços públicos de saúde, nos quais atuavam os agentes de saúde como “*visitadoressanitários*” (SILVA e DALMASO, 2006). Esse fato dá-nos a compreender melhor a origem histórica e política das atribuições dos ACS.

LACERDA (2010), enfatiza que várias experiências de reorganização do modelo assistencial no SUS embasadas na atenção primária foram desenvolvidas em nível local e com caráter de programas focalizados e voltados para a população mais carente. Em

algumas dessas experiências há evidências da participação de agentes de saúde, dos quais são destacados o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que mais tarde vieram a ser institucionalizados como políticas públicas de saúde, na década de 1990.

Na origem do PACS, deve-se destacar a experiência desenvolvida no Estado do Ceará em 1987, no qual as ações dos agentes de saúde permitiram uma redução significativa da mortalidade infantil, assim como outras iniciativas que ocorreram um pouco por todo o Brasil, realizadas por esses trabalhadores (SILVA e DALMASO, 2006).

RAMOS (2007) constata que até então esse trabalhador tinha a designação de – *”agente de saúde”*, mas com a institucionalização do programa foi agregado o termo – *”comunitário”*.

Vários autores afirmam ainda que os ACS foram idealizados para contribuir, prioritariamente, com a superação da falta de acesso da população aos serviços formais de saúde, na diminuição da carência de informações da população sobre a proteção da sua saúde e na adequação das limitações existentes nos trabalhos educativos realizados pelos profissionais das unidades de saúde. As primeiras ações que contaram com o envolvimento dos ACS foram desenvolvidos nas regiões mais pobres, principalmente no Norte e Nordeste, num quadro de persistência de altos índices de morbidade e mortalidade entre a população, com ênfase em crianças e mulheres. Assim, em 1979, com o apoio do UNICEF, passaram a ser realizadas ações de atenção à saúde no Estado do Maranhão, e em 1987 um programa similar, que utilizava agentes de saúde, foi implantado no Ceará com a denominação de programa de agentes de saúde. Este programa constituiu-se na primeira iniciativa oficial de implantação de agentes de saúde como estratégia do governo, em âmbito estadual. Pelos resultados positivos alcançados, o programa tornou-se de âmbito nacional, em 1991, passando o Ministério da Saúde a denomina-lo - Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde e posteriormente Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Pretendia-se expandir as ações básicas de saúde, visando reduzir a mortalidade nos grupos referidos (ANDRADE, 1998; VIANA e DAL POZ, 1998; CARVALHO, 2002; BELO HORIZONTE, 2006).

Em 1994, surgiram as primeiras equipes do PSF, que incorporaram e ampliaram a atuação dos ACS e a oferta de mais serviços à população, visando o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS. As práticas de saúde deixaram de ser centradas apenas na intervenção médica e passaram a

contar com a participação da comunidade (SILVA e DALMASO, 2006; MOROSINI, CORBO e GUIMARÃES, 2007).

O ACS é um profissional que exerce o papel de “elo” entre a equipe de saúde e a comunidade, devendo residir na área de atuação da equipe e vivenciar o cotidiano das famílias/indivíduo/comunidade com mais intensidade em relação aos outros profissionais. É capacitado para reunir informações de saúde sobre a comunidade e deve ter condição de dedicar oito horas por dia ao seu trabalho. Realiza visitas domiciliares na área adscrita, produzindo dados capazes de dimensionar os principais problemas de saúde de sua comunidade. De acordo a Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011, a esses profissionais cabe cadastrar todas as pessoas do território, mantendo esses cadastros sempre atualizados e orientando as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis. Devem acompanhá-las, por meio de visitas domiciliárias e ações educativas individuais e coletivas, buscando sempre a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS. Devem desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês ou, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade, em número maior. A eles cabe “o acompanhamento das condicionalidades dos programas sociais implantados pelos Governos Federal, Estadual e Municipal de acordo com o planejamento da equipe”. O ACS também é responsável por cobrir toda a população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família.

2.4 Resultados e evidência na literatura

Há evidência considerável quando se fala dos benefícios da aplicação da estratégia da APS nos sistemas de saúde. Vários autores têm ressaltado que em igualdade de condições, os países com sistemas de saúde com uma sólida orientação na APS, geralmente podem obter melhores resultados em saúde, são mais equitativos, mais eficientes, com custos mais baixos e obtêm maior satisfação dos usuários em relação aos sistemas de saúde com deficiente APS ou inexistente (BAICKER; CHANDRA, 2004; MACINKO; GUANAIS; MARINHO, 2006).

Muitos autores são unânimes em afirmar que os indivíduos acompanhados por longo tempo, em cuidados primários, para a solução das suas necessidades de saúde têm demonstrado maior satisfação, melhor conformidade com as indicações médicas, menos

hospitalizações e menor utilização de serviços de emergência (ROSENBLATT et al. 2000; WEISS & BLUSTEIN, 1996). Consideram ainda que uma abordagem sólida da APS pode garantir maior eficiência dos serviços, graças a economia do tempo das consultas, ao uso reduzido de exames laboratoriais e a gastos mais reduzidos da atenção à saúde no geral (FORREST; STARFIELD, 1998; RADDISH; HORN; SHARKEY, 1999).

Os sistemas de saúde orientados na base da equidade, capitalizam economias para definir metas no sentido de melhorar a cobertura da população mais pobre e para capacitar os grupos vulneráveis a desempenhar um papel mais ativo nas questões da saúde (GWATKIN; BHUIYA; VICTORA, 2004). Em muitos lugares, esse papel é também exercido pelos Agentes Comunitários de Saúde e de acordo ao exposto anteriormente esse profissional é uma figura muito importante para os sistemas de saúde, pois ele exerce a função de promover o vínculo, o elo, por mediar e aproximar a comunidade e serviço local de saúde. Seu envolvimento com a comunidade pressupõe uma troca para construção e reconstrução de laços afetivos e fortalecimento do acesso aos serviços de saúde. ACS é reconhecidamente um trabalhador que exerce um papel importante na organização das ações de saúde, na promoção do cuidado, na conscientização da população para o autocuidado e na defesa da vida. É o elemento essencial na gestão de informações seguras para fazer permanecer a qualidade de vida dos indivíduos atendidos na sua microárea de atuação (GRISOTTI; PATRÍCIO, 2006).

2.5 Referências

ANGOLA. **Constituição (2010).Lei Constitucional da República de Angola.** Diário da República nº 23, I Série. Luanda, Fevereiro de 2010.

AGUIAR, R.A.T. de. **A universidade e as políticas de educação permanente para estratégia saúde da família: uma estudo de caso.** [Tese de Doutorado]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação; 2010. 216p. Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2654.pdf>. Acesso em 01 de Abr. 2014.

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C.M. **É possível avaliar um imperativo Ético?** *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 9, n. 3, p. 605-615, 2004.

ADRIANA, C. et al. (org).**Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: Aderaldo & Rothschild,2.a ed. 2010

ANDRADE, F.M. **O programa de saúde da família no Ceará.** Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora Ltda, 1ª ed.; Dezembro 1998.

BOTAZZO C, FREITAS S.F.T. (org.). **Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas.** São Paulo: Editora da UNESP, 1. ed. 1998.

BRUNDTLAN, Comissão. “Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento: o nosso futuro comum. Universidade de Oxford. Nova Iorque, 1987. Disponível em: <http://eubios.info/BetCD/Bt14.doc>. Acesso em 8 de Out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos.** Rio de Janeiro, 2001.

BRASIL,Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006a. (Série A – Normas e Manuais Técnicos – Série Pactos pela Saúde)

BRASIL.Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011 **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)** Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n 204, p 55, 24 out 2011 Seção 1, pt1.

BELO HORIZONTE, SMSA. Secretaria Municipal de Saúde. **A Atenção básica de saúde em Belo Horizonte:** recomendações para a organização local. Mai 2006.

BUSS, P.M. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000a.

BARRENECHEA JJ, TRUJILLO E, CHORNY A. **El proceso SPT/2000 y sus implicaciones para la orientación de la planificación y administración de los sistemas de servicios de salud.** Bogotá: Editorial Universidad de Antioquia; 1990.

BODENHEIMER, T.; GRUMBACH, K. **Improving primary care : strategies and tools for a better practice**. New York : Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2007.

BAICKER K, CHANDRA A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Aff (Millwood)* 2004, Suppl Web Exclusives:W4-184-97.

CUETO M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*, v. 94, n.11, p. 1864-74, 2004.

CASAS JA. La experiencia de SPT en la región de las Américas: Implantación de los programas. Renovación de salud para todos. Washington, DC: PAHO, 1996.

CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec. 2. ed. 2007.

CARVALHO, A.I. et al. **Concepts and approaches in the evaluation of health promotion**. *Ciencia e Saúde Coletiva*. v. 9, n. 3, p. 521-529, 2004.

CUETO M. The **Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care**. *American Journal Public Health*. v. 94, n. 11, p. 1864-74, 2004 nov.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. S7-S27, 2008.

CARVALHO, V.L.M. A prática do Agente Comunitário de Saúde: um estudo sobre sua dinâmica social no município de Itapeverica da Serra [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2002.

DAWSON, B. **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services**. London: His Majesty's Stationery Office, 1920. Disponível em: <<http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>>. Acesso em 08 Nov. 2013.

DAVID, H.M.S.L. **Sentir saúde: a religiosidade como categoria metodológica no trabalho de educação em saúde junto às classes populares**. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.

FERREIRA, J.R.; BUSS, P.M. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. In: Ministério da Saúde, organizador. *As cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 2002; p. 7-17.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**. In: *Modelos de Atenção e a Saúde da Família*. Rio de Janeiro; EPSJV FIOCRUZ, 2007.

FORREST, C.B.; STARFIELD, B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal Public Health*, v. 88, n. 9, p. 1330-6, 1998.

GWATKIN DR, BHUIYA A, VICTORA CG. Making health systems more equitable. *Lancet*, v. 364, n. 9441, p. 1273-80, 2004.

GIUGLIANI, C . **Agentes comunitários de saúde : efetividade no Brasil e processo de implantação em Angola.** Tese (doutorado).Porto Alegre (BR-RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; 2011. 243 f.

GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2. ed, 2012. 1100p.

GIOVANELLA L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 951-963, mai, 2006.

GRISOTTI,M.; Patrício, Z.M.A **Saúde Coletiva entre discursos e práticas: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde do município de Florianópolis.** Florianópolis: EdUFSC, 2006. 159 p.

GUSSO G, LPOES JMC. (org). **Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática.** Porto Alegre: Artmed, v. 2, p. 28-50, 2012.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians: a working document.**Ottawa: Government of Canada, 1974. 77 p.

LACERDA, A. **Redes de apoio social no Sistema da Dádiva: um novo olhar sobre a integralidade do cuidado no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde.** Tese [doutorado]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2010.

LAVRAS, C. **Atenção primária à Saúde e a organização de Reds regionais de Atenção à Saúde no Brasil.** *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, out./dez. 2011. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>. Acesso em 24/05/14.

MILSTEIN B, HOMER J, HIRSCH G. **Analyzing national health reform strategies with a dynamic simulation model.** *Am J Public Health*, v. 100, n. 5, p. 811-9, 2010.

MENDES, E. V. **A Evolução Histórica da Prática Médica: Suas Implicações no Ensino, na Pesquisa e na Tecnologia Médicas.** Belo Horizonte: PUC-MG/FINEP, 1985. 124 p.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS.** Salvador: Casa da Qualidade Editora; 2001.

MOROSINI VM, CORBO AA, GUIMARÃES CC. **O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional.** *Rev. Trabalho, Educação e Saúde*, v. 5, n. 2, p. 261-280, 2007.

MACINKO J, GUANAIS F, MARINHO F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990–2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Análisis de la situación de salud y sus tendencias en las Américas por subregión, 1980–1998. *Boletín Epidemiológico 20 años*, v. 20, n. 01, 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

OLIVEIRA, M.S. **Processo de Descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Health conditions in the Americas 1965–1968. Washington, DC PAHO/WHO, 1970.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Gestión descentralizada de recursos humanos de salud en la reforma sectorial. In: Brito P, Campos F, Novick M, editors. *Gestión de Recursos Humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades*. Washington, DC: PAHO, 1996.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. La transición hacia un nuevo siglo de salud en las Américas: Informe anual de la Directora. Washington, DC: PAHO, 2003.

PERRY C et al. **The nurse practitioner in primary care: alleviating problems of access?** In: *British Journal of Nursing*. v. 14, n. 5, p. 255-259, 2005.

ROSEN, G. **Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1980. 401 p.

RODRÍGUEZ–GARCÍA R, GOLDMAN A. La conexión Salud-Desarrollo. Washington, DC: PAHO, 1996.

RAMOS, T. **Entrevista**. *Rev. Trabalho, Educação e Saúde*. v. 5, n. 2, p. 329-37, 2007 Jul.

ROSENBLATT RA, WRIGHT GE, BALDWIN LM, CHAN L, CLITHEROW P, CHEN FM, et al. The effect of the doctor–patient relationship on emergency department use among the elderly. *American Journal Public Health*, v. 90, n. 1, p. 97-102, 2000.

RADDISH, M.; HORN, S.D.; SHARKEY, P.D. Continuity of care: is it cost effective? *American Journal of Managed Care*, v. 5, n. 6, p. 727-34, 1999.

SCLIAR, M. **História do conceito de saúde**. In: *Physis – Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STARFIELD B. **Reinventing primary care: lessons from Canada for the United States.** *Health Aff (Millwood)*, v. 29, n. 5, p. 1030-6, 2010.

STARR, P. **La transformación social de La Medicina em los Estados Unidos de América.** México D.F: Fondo de Cultura Económica, 1991. 537p.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: Editora Hucitec, 1998

SALTMAN, R.; RICO, A.; BOERMA, W. **Primary care in the driver's seat?** Berkshire: Open University Press; 2005.

SILVA, J.A. da. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente de comunidade?** [Tese Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, 2001.

SILVA, J.A. da.; DALMASO, A.S.W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 217p.

SILVA, J.A. da.; DALMASO, A.S.W. **Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006; 240p.

TESTA, M.R. et al. (org). **Planejamento e programação em Saúde: um enfoque estratégico.** Cortez Editora. SP, 1989.

USA. Institute of Medicine — Primary care : America's health in a new era. Washington DC : National Academies Press, 1996.

VALLA, V.V. **Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização.** Cad. Saúde Pública. v.15, n. 2, p. 7-14. 1999.

VIANA, A.L.D.; Dal Poz, M.R. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis, Ver Saúde Coletiva.* v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata.** In: International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata: World Health Organization; 1978. 91p.

WESTPHAL, M.F. **Promoção da saúde e prevenção de doenças.** In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz; 2006.

WONCA/OMS. *A Definição Européia de Medicina Geral e Familiar.* Wonca Europa, Barcelona, Espanha, 2002.

WHO. BULLETIN OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION BOLETÍN DE LA OMS. v. 86, n. 5, p. 327-329, May 2008. Disponível em

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2647439/pdf/08-030508.pdf>. Acesso em 12/06/2014

WEISS LJ, BLUSTEIN J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *American Journal Public Health*, v. 86, n. 12, p. 1742-7, 1996.

III – Terceira Parte

3. ARTIGO

Implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no âmbito dos Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas

3.1 Resumo

O presente artigo descreve a construção de um Projeto que tem por objetivo implantar/implementar um Programa de Agentes Comunitários de Saúde em quatro unidades básicas de saúde dos Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas (SSFAA), no contexto de reorganização da Atenção Primária em curso, apoiando-se na metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES). O Plano de Ação concebido evidencia dois momentos fundamentais, o estratégico e o técnico, cujo desenvolvimento foi favorecido pelo envolvimento dos atores de nível central, intermédio e de base, da hierarquia das Forças Armadas Angolanas (FAA). Do ponto de vista estratégico buscou-se a construção das condições políticas para a viabilização do Projeto com o envolvimento de diferentes atores da cadeia de comando das FAA. Do ponto de vista da construção técnica, foram realizadas oficinas que permitiram a formação de 15 formadores dos ACS e 61 ACS dos quais 23 assumiram as responsabilidades das 23 microáreas criadas para as quatro unidades selecionadas neste Projeto. As atividades dos ACS se iniciaram com a realização do mapeamento das microáreas e o cadastramento dos militares e familiares destes. Prevê-se até o ano de 2015 a implementação de todas as ações previstas no Projeto, incluindo a avaliação final do processo e o seu impacto nas comunidades em estudo. As quatro unidades selecionadas são da Região Militar Sul: 60^a Brigada de Infantaria Motorizada (BIM), 61^a BIM, Regimento Aéreo de Caças do Lubango e a Base Naval do Namibe, contando com uma população militar de 4.484 pessoas, entre oficiais, sargentos e praças. É um projeto em andamento que tem merecido o apoio institucional do Órgão Central de Saúde das FAA e da Estrutura Central das FAA, do Comando da Região Militar Sul e dos profissionais dos SSFAA.

Palavras-chave: Atenção Primária; Agentes Comunitários; Planejamento Estratégico Situacional.

Abstract

This article analyzes the development of a project which aims to deploy/implement a program of Community Health Workers in four basic health units of health services of the Angolan Armed Forces, in the context of strengthening primary care, supported by the Situational Strategic Planning methodology. The Action Plan designed and highlights two key moments, strategic coach, whose development was favored by the involvement of factors at the central level, intermediate and base of the hierarchy of the FAA. Workshops that allowed the training of 15 trainers of Community Health Workers and 61 Community Health Workers of which 23 have assumed the responsibilities of 8 microareas created for the four selected units in this project were conducted. The activities of the ACS began with the completion of the mapping of the micro areas and the registration of the military and their relatives. It is anticipated by the year 2015 the implementation of all actions under the Project, including the final evaluation of the process and its impact on the communities under study. The four units are selected from the South Military Region are: 60th Motorized Infantry Brigade, 61st MIB, Fighter Air Regiment of Lubango and Namibe Naval Base, with a military population of 4,484 people including officers, sergeants and soldiers. It is an ongoing project that has received institutional support from the central health agency of the Angolan Armed Forces and the central structure of the Angolan Armed Forces, the command of the Southern Military Region and Professional Health Services of the Angolan Armed Forces.

Keywords: Primary Care; Community Agents; Situational Strategic Planning.

3.2 Introdução

Angola atravessa um período importante da sua história, marcado pelo alinhamento do seu mosaico sócio-político, econômico e cultural, depois de séculos de uma vivência amarga iniciada desde a era dos lendários reis que marcaram a história de resistência à ocupação estrangeira, passando pelo período caracterizado pela influência desastrosa do fenómeno da guerra fria, até a mais recente epopeia representada pela guerra civil, que teve o final em 2002, e que trouxe consigo um balanço extremamente negativo (OMS, 2005; ANGOLA, 2005), e cujas consequências determinam ainda, nos dias de hoje, o status social da maioria dos angolanos. Um olhar sobre os indicadores demográficos do país permite compreender a necessidade de uma sociedade que tem muito que trabalhar para conquistar o seu desenvolvimento humano.

3.2.1 O Contexto de Angola

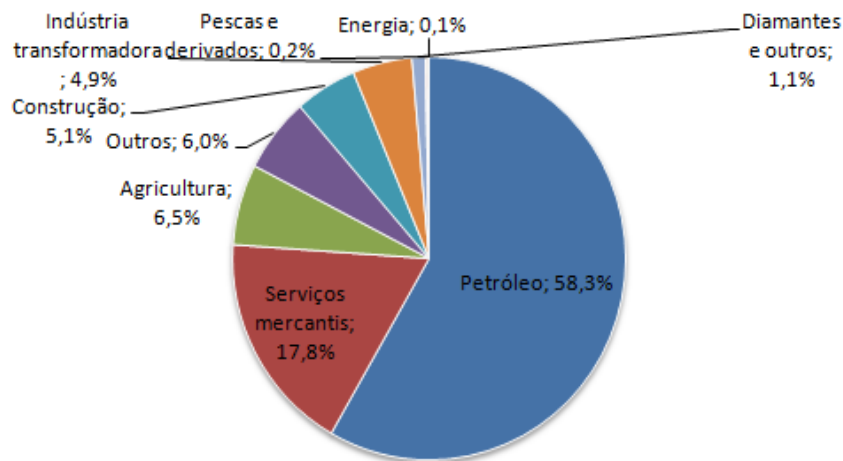
A República de Angola situa-se na costa ocidental da África Austral ao sul do Equador, tem uma extensão geográfica de 1.240.700 Km². É limitado a norte com o Congo Brazaville e a RDC, a nordeste com a RDC, a sudeste com a Zâmbia e a sul com a Namíbia. A oeste é banhada pelo oceano Atlântico. Sua população é estimada em 18.565.269 habitantes^{viii}. O país é dividido em 18 províncias, 166 municípios e 530 comunas (ANGOLA, 2005a). No quadro político-administrativo, com o processo de descentralização pretende-se conferir maior capacidade de intervenção aos órgãos municipais apresentando um protagonismo significativo na planificação e implementação das ações do nível local relativamente aos setores de saúde, educação, comércio, terras, transportes, agricultura, habitação, obras públicas, urbanismo e turismo (ANGOLA, 2007).

Considerado o segundo maior produtor de petróleo da África Subsaariana e o quarto maior produtor mundial de diamantes, o País tem uma economia crescente, na qual o petróleo e seus derivados representam 88% das exportações e 54% do PIB do país. A figura seguinte ilustra claramente o predomínio do setor petrolífero no PIB angolano. Em 2010 o PIB foi de US\$ 82,5 bilhões, com crescimento médio ao redor dos

^{viii}Instituto Nacional de Estatística de Angola (INEA), Junho 2013. O País realizou o novo Censo Demográfico de 16 a 31 de Maio de 2014, cujos resultados ainda não publicados. O penúltimo Censo data de 1970^{wo}, antes da Independência em 1975.

3% entre 2009 e 2011, e previsões de alcançar taxas acima de 6% no período 2012-2015 (GLA, 2011).

Fig. 1: Composição Setorial do PIB angolano em 2008.



Fonte: Boletim de Estatísticas do OGE, 2008

O Rendimento Nacional Bruto (RNB) percapita foi de US\$ 4.812 em 2012, mas paradoxalmente os índices de rendimento da população são muito baixos. Existem evidentes discrepâncias na distribuição do rendimento nacional. De acordo o Banco Mundial, o país situa-se no grupo dos países com IDH^{ix} baixo (0,508), ocupando a 148^a posição no ranking mundial, numa lista de 173 países (PNUD, 2013:149), e um IG^x de 0,55 (UNICE/ANGOLA, 2010: 10).

Destacam-se como fatores constrangedores em Angola, uma economia dependente da importação de alimentos do exterior, embora se começa a registar alguns avanços da produção nacional, e o fato de mais de 60% da população viver abaixo da linha de pobreza, dos quais 37% em pobreza extrema, sobrevivendo do setor informal e do mercado paralelo (SANTOS, 2001). O nível de pobreza da população é refletido pelo deficiente acesso à alimentação, água potável, a falta de saneamento básico, educação e saúde precárias, deficiente fornecimento de energia eléctrica e outros determinantes sociais básicos. Há um índice elevado de desemprego e baixo nível de

^{ix}Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) - avalia a qualidade de vida e o desenvolvimento económico das sociedades, considerando três parâmetros: Saúde, Educação e Renda. Varia entre 0 e 1, revelando que quanto maior a proximidade de 1, mais desenvolvido é o país.

^xÍndice Gini (IG) - expressa a desigualdade na distribuição da renda e vai de 0 a 1. O 0 é a perfeita igualdade e 1 a extrema desigualdade.

escolarização, mais acentuada nas mulheres em zonas rurais, que representam mais de 50% da população^{xi}.

A guerra civil deixou por herança vastas áreas agriculturáveis comprometidas pela existência de minas terrestres. Em decorrência, a agricultura foi reduzida ao padrão de autossustentabilidade. De acordo com o Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) 2013-2017, o prognóstico de crescimento decorre da perspectiva de aceleração da actividade económica e do desenvolvimento territorial, induzida pelos investimentos públicos na infraestrutura económica e social, que têm garantido o relançamento da agricultura, da indústria e dos serviços para a diversificação da economia do país, propiciando o aumento do emprego e a crescente substituição da importação dos bens básicos de consumo da população – um processo que deverá contar também com uma maior inclusão do sector privado(ANGOLA, 2012; ANGOLA, 2014).

A Situação da saúde

De um modo geral, a saúde em Angola ainda carece demasiadamente de melhorias. Os principais entraves para o seu melhoramento consistem na deficiente identificação qualitativa dos verdadeiros problemas de saúde da população e como coordenar essas informações com as políticas públicas. O quadro epidemiológico de Angola é ainda dominado por doenças transmissíveis (OLIVEIRA, 2010:185; BUNGO, 2002:4), e as que mais afetam a população (a Tuberculose, a Malária, a Tripanossomíase, o Sarampo, o Tétano Neonatal e HIV/AIDS), a saúde pública ainda está muito distante de alcançar os objetivos desejados. Nos últimos anos emergiu maior preocupação com as doenças não transmissíveis (a Hipertensão Arterial, as Diabetes, as Doenças Cancerosas, as Doenças Mentais e Traumatismos resultantes de causas externas), que têm contribuído para o aumento do fardo das doenças, das incapacidades e das mortes prematuras, o que acarreta novas preocupações e responsabilidades para o poder público (BOLETIM OPLOP, N°38). As doenças de mais fácil controle como Diabetes e Hipertensão são mais perigosas na população de baixa renda, devido ao alto custo dos tratamentos, sendo uma necessidade de ampliação de políticas públicas de saúde. Existem elevadas taxas de pessoas infectadas pela cólera e endemia de febre-amarela, além da preocupante disseminação do VIH/AIDS (BOLETIM OPLOP, N°38).

^{xi}Resultados do Inquérito de Indicadores Múltiplos (MICS – 2001), produzido pelo INEA sob coordenação do UNICEF.

Com uma esperança de vida à nascença avaliada em 56 anos, Angola é ainda um dos países com os piores indicadores de saúde no mundo, embora atualmente ter-se registrado algumas melhorias, em relação ao período que se seguiu logo após o fim da guerra civil (ANGOLA, 2012).

De acordo o Programa do Governo de Angola 2012 – 2017, o último censo populacional em Angola realizou-se em 1970. Não se tendo realizado desde então qualquer outro censo populacional, por conseguinte, não se conhecem com objetividade e exatidão os principais indicadores demográficos do País. Apresentamos a seguir alguns indicadores segundo o Inquérito sobre o Bem Estar da População (IBEP) realizado no período 2007-2009 e do Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP) de 2010.

Tab. 1: Indicadores Demográficos – Angola

Indicadores	IBEP 2008-2009			FNUAP 2010	
	Fem	Masc	Total	Fem	Masc
Expectativa de vida ao nascer (anos)	49	47	48	58,2	55,6
Incidência da pobreza(%)	---	---	36,6	---	---
População em risco de pobreza multidimensional (%)	---	---	10,7	10,7 / 27,5	
Taxa de analfabetismo - (população com 15 ou mais anos de idade que não sabe ler e escrever)	43	17,2	34,4	50,1	32,8
Taxa de fecundidade total	---	---	6,4	---	---
Taxa de fertilidade na adolescência (Nº de nascimentos por 1000 com 15-19 anos)	---	---	123,7	104,5	
Taxa de mortalidade materna (óbitos maternos em cada 100 mil nascidos vivos)	---	---	400-450	---	---
Taxa de mortalidade materna - IDH	---	---	1400	786	
Taxa de mortalidade infantil por 1000 nascidos vivos (crianças 0 - 4 anos)	204	183	194	116	138
Taxa de mortalidade em adultos 15-60 anos de idade em 1000 habitantes	---	---	---	314	
Taxa de prevalência de VIH/AIDS	---	---	2,1	---	---
Acesso aos serviços de saúde (%)	---	---	---	44,6	

Fonte: Programa do Governo de Angola 2012 – 2017

As causas de mortes por doenças transmissíveis, ainda são responsáveis por mais de 50% dos óbitos registrados na população geral(ANGOLA, 2012). Devido à precariedade das condições de saneamento do meio ambiente e ao número ainda insuficiente de unidades de saúde, a Malária continua a ser o principal problema de saúde no país e a primeira causa de mortes, adoecimentos e absentéismos no trabalho e

na escola. Anualmente, a doença mata, em média, uma criança a cada 60 segundos, e 600 mil pessoas em todo o mundo, sendo que 90% dessas mortes ocorrem em África, e na sua maioria em crianças menores de cinco anos. Em Angola, a doença representa cerca de 35% da demanda de cuidados curativos, 20% de internamentos hospitalares, 40% das mortes perinatais e 25% de mortalidade materna. Além disso, a Malária contribui para o ciclo de pobreza e limitação do desenvolvimento econômico, causando uma perda anual de 9,2 milhões de euros em produtividade e custos de saúde no continente (ANGOLA, 2011). A desnutrição afeta grande parte das crianças menores de 5 anos, sendo uma das causas associadas de morte em 2 de cada 3 óbitos deste grupo de idade.

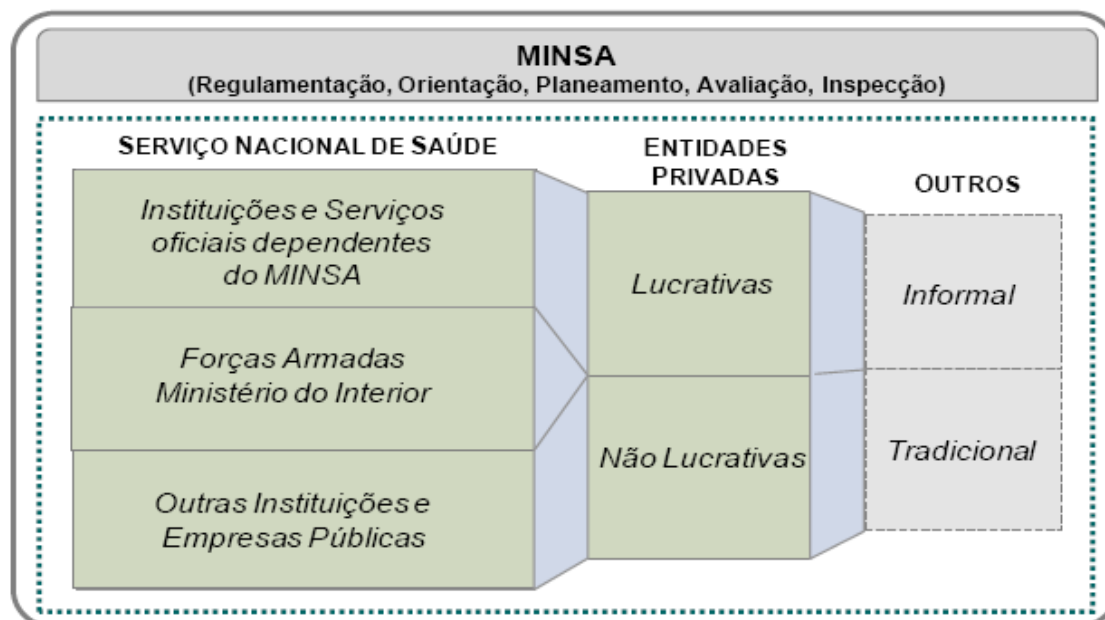
Existe um reduzido número de médicos no país, 8 por 100 mil habitantes. Os médicos não estão adequadamente preparados para diagnósticos menos comuns, o que leva a índices distorcidos e, conseqüentemente, aumenta as dificuldades de identificar os problemas nacionais. Diagnósticos precoces e equivocados são os principais responsáveis pelo tratamento inadequado para muitos que conseguem o atendimento (BOLETIM OPLOP, Nº38). Insere-se nesse diapasão a baixa qualificação de pessoal administrativo e técnico e também o problema das assimetrias na distribuição dos profissionais no qual, a maioria se concentra nas capitais provinciais ou na capital do país. São ainda apontados problemas nas redes de transporte, comunicação e demais infraestruturas, insuficientes recursos financeiros e déficit de um sistema de informação que possa subsidiar com dados confiáveis a formulação de políticas (OLIVEIRA, ARTMANN, 2009:).

Atualmente os serviços sociais básicos tendem para a melhoria em termos de quantidade e abrangência consubstanciados na (re) construção e equipamento de infraestruturas da saúde e a formação de técnicos, assim como a disponibilidade de serviços, medicamentos e insumos, comparado ao período passado de guerra civil.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS)

O Ministério da Saúde (MINSa) é órgão do governo responsável pela regulamentação, orientação, planejamento, avaliação e inspeção da saúde no País. Também é responsável pela formulação e controlo da Política Nacional de Saúde (PNS). O SNS é composto por Serviço Nacional de Saúde, entidades privadas e outros.

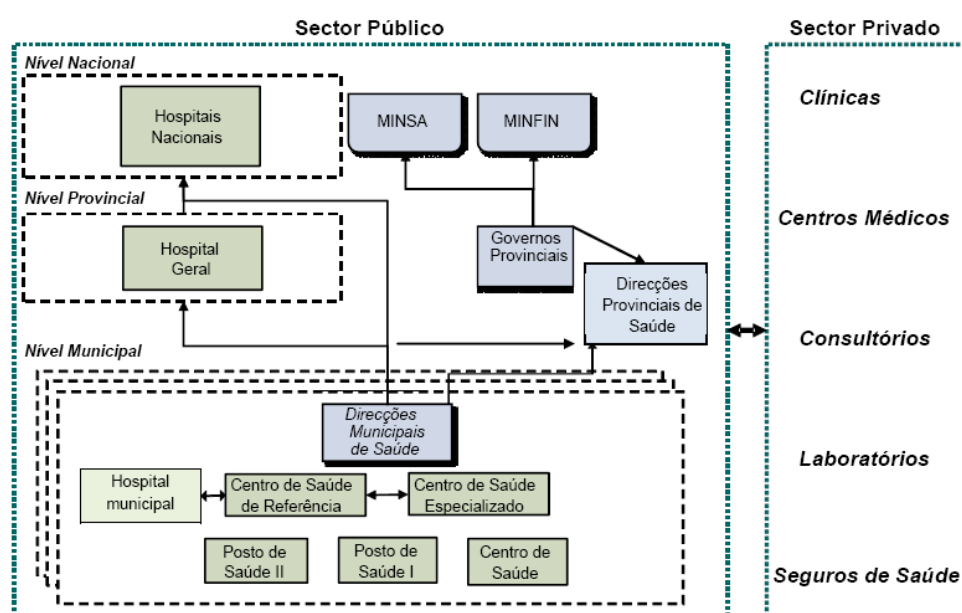
Fig. 2 – Composição do Sistema Nacional de Saúde de Angola



Fonte: MINSa, PNDS 2012 – 20125

Existem três níveis hierarquizados de administração sanitária coordenados pelo MINSa, como se pode ver no diagrama abaixo:

Fig. 3: Coordenação do SNS



Fonte: MINSa, PNDS 2012 – 20125

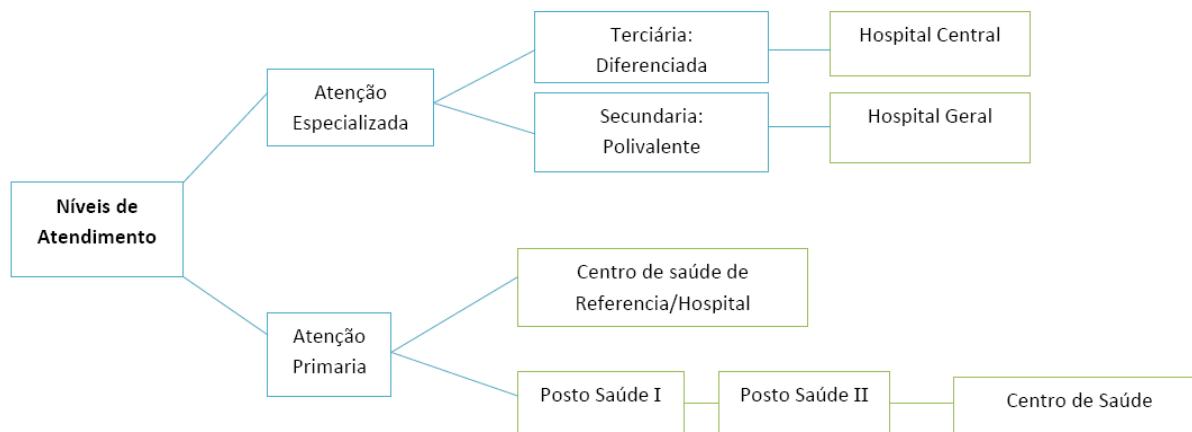
1. O nível Central integra os Gabinetes do Ministro e Secretário de Estado, Órgãos de Apoio e Órgãos Executivos Centrais, em articulação com os outros organismos intrasectoriais e intersectoriais.
2. O nível Provincial integra as Direcções Provinciais de Saúde (DPS) que dependem administrativamente dos Governos Provinciais e metodologicamente do nível central do MINSA, em articulação com outros organismos intrasectoriais e intersectoriais.
3. O nível Municipal integra as Repartições Municipais de Saúde (RMS) que são parte integrante da Administração Municipal, dependem metodologicamente do MINSA, através da DPS, em articulação com os outros organismos intrasectoriais e intersectoriais. A este nível, as RMS constituem a autoridade sanitária máxima.

Estima-se que cerca de 40% da população angolana têm acesso aos serviços de saúde, oferecidos por três setores principais: público, privado e de medicina tradicional (ANGOLA, 2010). O público corresponde ao serviço nacional de saúde, que é o principal responsável pela atenção à saúde da população, porém, vive inúmeras dificuldades partilhadas com os demais prestadores, em relação à quantidade e qualidade de serviços oferecidos, apesar de alguns progressos que se vão registrando no período pós guerra. O privado é mais visível nos principais centros urbanos e tem os custos dos serviços que limitam a acessibilidade da maioria da população. O setor privado não lucrativo, essencialmente ligado às entidades religiosas e ONG's, tende a direcionar os seus serviços para as camadas mais desfavorecidas e vulneráveis das áreas suburbanas e rurais, com foco em ações de prevenção. A fraqueza dos órgãos de fiscalização e controlo favorece a existência de um sector privado informal de prestação de cuidados em condições irregulares e frequentemente servidos por pessoas sem a mínima qualificação. A medicina tradicional, ainda em estado embrionário de organização, tem muita adesão da população pobre e desfavorecida, que é a maioria no país. A carência da legislação, de estudos científicos e a não integração da medicina tradicional no SNS, assim como a falta de cooperação com os outros prestadores de serviços de saúde, leva a que os valores positivos desse importante setor não sejam aproveitados da maneira mais eficiente (ANGOLA, 2012). No SNS distinguem-se três níveis de prestação de serviços de saúde:

1. Primeiro nível oferece serviços de baixa complexidade (postos de saúde, centros de saúde, hospitais municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos).

2. Segundo nível oferece serviços de complexidade intermédia (hospitais gerais e monovalentes).
3. Nível terciário com serviços de alta complexidade (hospitais centrais e hospitais especializados).

Fig.4: Hierarquização da atenção à de saúde no SNS



Fonte: MINSA, PNDS 2012 – 20125

Apesar do processo de reforma sanitária estar em curso, o SNS ainda é caracterizado por um modelo hegemónico de medicina voltada para interesse assistencial à doença em seus aspectos individual e biológico, centrados na atenção secundária e terciária, ou seja, nas especialidades médicas, próprio do modelo neoliberal-capitalista, do tipo flexneriano, que não atende às reais necessidades e preocupações sociais da população. A hegemonia dos hospitais sobre o sistema de saúde decorre da sofisticação tecnológica e da gestão de situações clínicas complexas e do facto de entre os seus profissionais se encontrar a “élite” médica, com relacionamentos políticos privilegiados. Esta última característica explica a resistência às mudanças que afectam os interesses destas instituições (MCKEE; HEALY, 2000).

No período que se seguiu a independência de 1975 a 1992, viveu-se uma experiência de um Estado cujo “planejamento era centralizado”, o que era um instrumento de gestão e meio para se alcançar o desenvolvimento socioeconómico do País, que, no entanto, revelou-se ineficiente. O SNS observava os princípios de universalidade e gratuidade dos cuidados de saúde (medicina socializada), que eram exclusivamente prestados pelo Estado. Com a mudança do modelo de desenvolvimento baseado na economia de mercado, emergiu o processo de reformas do Estado, no qual

se engloba a desconcentração e descentralização de toda a administração pública incluindo o setor da saúde, que deu abertura à iniciativa privada, a partir de 1992. A regulamentação sobre a presença privada no SNS ocorreu com a aprovação da Lei 21-B/92 de 28 de Agosto de 1992, e assim o Estado deixou de ter exclusividade na prestação dos serviços ou cuidados de saúde (ANGOLA, 1992a). Essa inclusão proporcionou nova dinâmica na prestação dos serviços de saúde às populações.

O Plano Estratégico do Governo (2004-2009) e o Plano Nacional de Desenvolvimento (2013-2017) objetivam promover de forma sustentada o estado sanitário da população angolana, assegurar a longevidade da população, apoiando os grupos sociais mais desfavorecidos e contribuir para o combate à pobreza (ANGOLA, 2012). Segundo OLIVEIRA (2010), é nesta perspectiva que o MINSA incrementou serviços de baixo custo, que têm sido oferecidos às comunidades através da rede fixa dos serviços públicos, ONG's e Igrejas, assim como das equipas móveis que assistem grupos populacionais vulneráveis sem acesso aos serviços de saúde e ações que visam melhorar a participação comunitária.

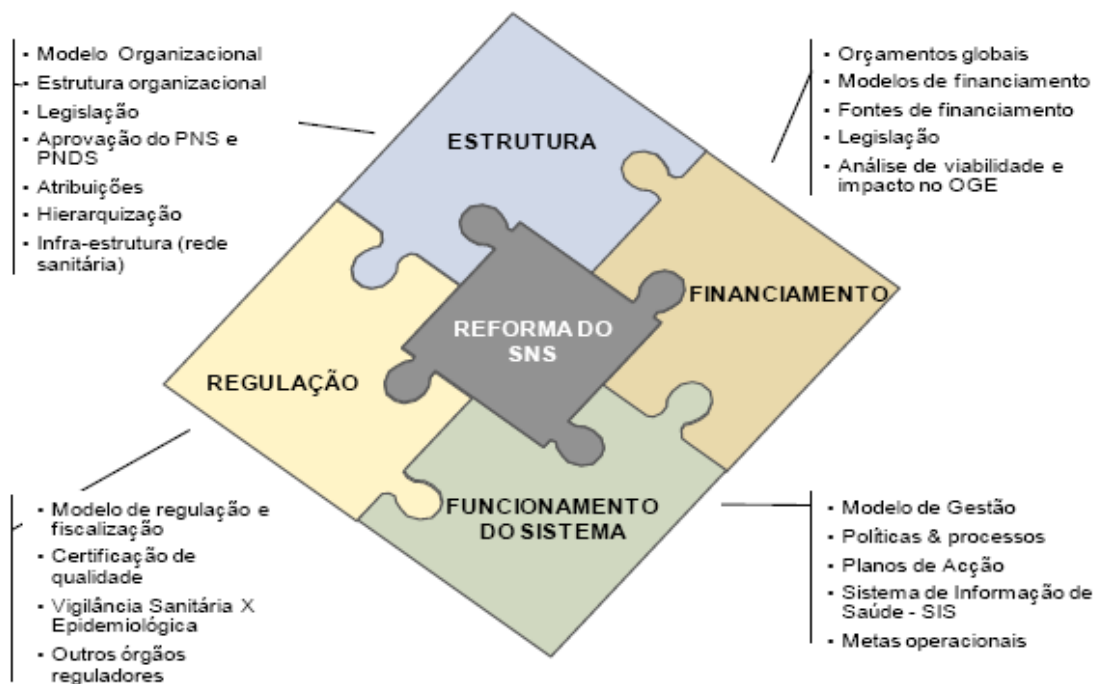
Essas atividades integram o processo de revitalização dos Serviços Municipais de Saúde (SMS), que engloba reformas estruturais em todo o território nacional, justificando assim a necessidade de reorientação do Sistema de Saúde de Angola (SSA), que o Governo está a desenvolver apostando na estratégia da descentralização e municipalização dos serviços, primando pelo fortalecimento da atenção primária, que é uma tendência mundial adoptada pelos países que possuem sistemas de saúde evoluídos. A municipalização é um processo estruturante e integrativo que iniciou em 2007 e concebe objectivos tais como: garantir a descentralização do Setor da Saúde, permitir a coordenação institucional, criar o Conselho Municipal de Auscultação e Concertação Social, e apoiar a Administração Local na apreciação e tomada de medidas de natureza política, económica e social, no âmbito da saúde, no território do respectivo Município (ANGOLA, 2008b, ANGOLA, 2008c).

De acordo o PNDS, a reforma do SNS assenta em quatro pilares: Estrutura, Financiamento, Regulação e Funcionamento do Sistema. Esses pilares são associados de forma matricial aos pontos fulcrais da reforma (Fig. 5) para criar sinergias e promover uma estrutura inclusiva, que considere a maioria dos grupos de interesse envolvidos no processo de reforma do SNS (PNDS 2012 - 2025).

A Política Nacional de Saúde (Decreto 262/10), enquadra no contexto do SNS um conjunto de obrigações e compromissos com organizações internacionais, tais como a

ONU, da União Africana, do NEPAD, da SADC e da CPLP, com os quais fixa orientações e estratégias que vêm sendo implementadas no país, consubstanciados à criação de planos integrados de desenvolvimento e combate a pobreza, a exemplo dos

Fig. 5: Os pilares da reforma do Sistema Nacional de Saúde



Fonte: MINSA, PNDS 2012 – 20125

PNDS^{xii}, PPDS, PMDS e Planos Operacionais, que estão sendo desenvolvidos para proporcionar soluções nos diferentes níveis do Setor da Saúde, face aos atuais problemas que enfrenta o SNS: a) cobertura sanitária ainda insuficiente, b) APS bastante débil, c) sistema de referência e contrarreferência não funcional, d) recursos humanos e técnicos de saúde de reduzida expressão quantitativa e qualitativa e má distribuição dos médicos nas áreas rurais e periurbanas, e) má gestão em saúde e dos recursos, f) insuficiência de recursos financeiros e inadequação do modelo de financiamento, h) melhoria dos determinantes/ condicionantes da saúde que resultam da intervenção multidisciplinar e multissetorial (ANGOLA, 2012).

^{xii}O Despacho Presidencial 84/11 (prorrogado a 1 de Abril de 2013) cria o Grupo Técnico Multissetorial para a Elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012-2025. A luz desse despacho, elaboram-se Os Planos Provinciais de Desenvolvimento Sanitário (PPDS) e os Planos Municipais de Desenvolvimento Sanitário (PMDS).

Os principais desafios do setor da saúde segundo o PNDS, consistem em aumentar a Esperança de Vida à nascença, melhorar o IDH e o alcance dos Objetivos do Milénio; reduzir a mortalidade materna, infantil e infantojuvenil, bem como a morbilidade e mortalidade no quadro nosológico nacional; melhorar a organização, a gestão e o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde, através da afectação dos recursos necessários e a adopção de normas e procedimentos que aumentem a eficiência e a qualidade das respostas do SNS; melhorar a prestação de cuidados de saúde com qualidade nas vertentes de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, reforçando a articulação entre a atenção primária e os cuidados hospitalares; participar na transformação dos determinantes sociais da saúde e promover as parcerias nacionais e internacionais em prol da redução da mortalidade materna e infantil e dos programas de combate às grandes endemias; operacionalizar a prestação de cuidados de saúde a nível comunitário e em cada um dos três níveis da pirâmide sanitária, respondendo às expectativas da população; adequar os recursos humanos aos objetivos e metas e adoptar novas tecnologias de saúde; capacitar os indivíduos, famílias e comunidades para a promoção e protecção da saúde; acompanhar e avaliar o desempenho do sector, através do SIS e estudos especiais (ANGOLA, 2012).

O financiamento da Saúde

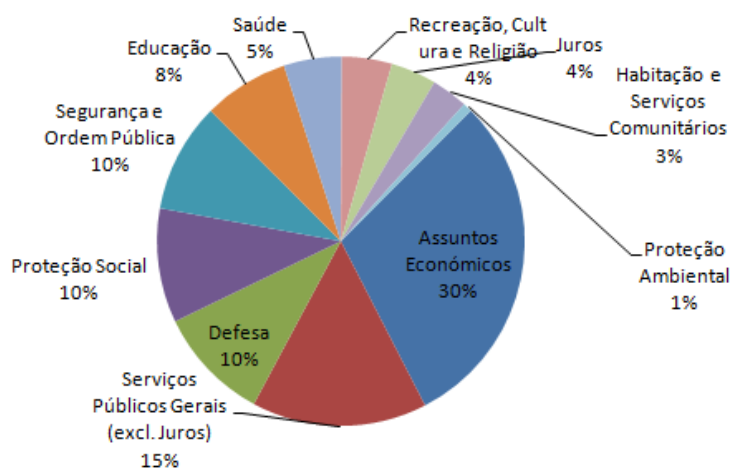
O Governo é o maior financiador do sistema público de saúde. De acordo com a Lei de Base do SNS^{xiii}, compete ao Estado, seja por via do Orçamento Geral de Estado (OGE), seja pela mobilização e coordenação da ajuda externa, suportar a maior parte dos custos de implementação da saúde. No seu artigo 27, essa Lei abre também a possibilidade dos terceiros e dos cidadãos participarem nos custos da saúde, mantendo o sistema de saúde tendencialmente gratuito.

Segundo o estudo das Contas Nacionais de Saúde, realizado com o apoio da OMS em 2008, o financiamento público corresponde a 65,2% das despesas totais em Saúde, seguido das contribuições das famílias com 22,5%, as empresas públicas e privadas com 8,9% e os parceiros internacionais com 3,4%. Ao longo da última década, os recursos financeiros públicos não se pautaram pela sua regularidade. A percentagem do OGE alocada à função saúde subiu de 4,65% em 2006, para 8,38% em 2009, ao passo que em

^{xiii} A Lei de Base do SNS é a Lei n°21-B/92 de 28 de Agosto que regula a Política Nacional de Saúde.

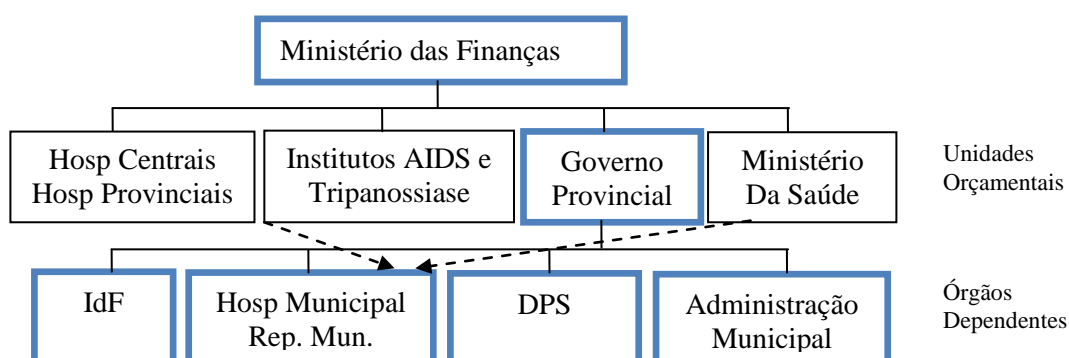
2010 e 2011 essa percentagem baixou para 5,02% (ANGOLA, 2012). Pode-se compreender que o setor saúde é dos menos cotados em termos do OGE no ano económico de 2008, situação ainda prevalente na atualidade (Fig. 6). Com o processo de descentralização do setor da saúde, os fundos alocados para este setor passaram a ser geridos pelos municípios que terão a responsabilidade de garantir a atenção à saúde das populações. Neste âmbito, como mostra o diagrama 7 estes fundos são disponibilizados pelo Ministério das Finanças aos Governos Provinciais, contrariamente ao que se verificava anteriormente, quando os fundos eram disponibilizados pelo Ministério das Finanças para o MINSA e deste para as Delegações Provinciais de Saúde.

Fig. 6: Estrutura da Despesa do Estado por Função, em 2008



Fonte: Boletim de Estatísticas do OGE, 2008

Fig. 7: Fluxo de afetação de recursos financeiros do OGE para a Saúde



A perspectiva, segundo o Plano Estratégico de Desenvolvimento - Estratégia Angola 2025, é a de fazer evoluir o modelo de financiamento, de uma situação com

largo domínio do setor público e da ajuda internacional, para uma situação de pluralidade de fontes de financiamento, em que, todavia, os cuidados primários de saúde permaneçam largamente financiados por recursos públicos. Para os cuidados terciários, a introdução de comparticipações e de outros modelos de financiamento terá de ser efetuada de forma seletiva e gradual, de maneira a proteger os grupos mais desfavorecidos e vulneráveis, em especial as mulheres e crianças, garantindo, ao mesmo tempo, que o sistema de afetação dos recursos por níveis de cuidados seja equitativo e sustentável, mantendo-se o equilíbrio adequado entre os componentes de cuidados de promoção, prevenção tratamento e reabilitação(ANGOLA, 2012). No setor privado, são as famílias que financiam os custos sanitários através de pagamentos directos ou por via de seguros privados, e também pelas empresas públicas ou privadas.

O financiamento dos SSFAA é feito através de fundos alocados a partir do OGE para o setor da Defesa e Segurança. Dos programas de saúde existentes nos Serviços apenas o Programa do VIH/AIDS, tem apoios da parceria estabelecida com o Instituto Nacional de Luta contra a SIDA e uma parceria americana através da Drew-University.

A logística de medicamentos e gastáveis

O aprovisionamento de medicamentos e outros meios médicos é assegurado pela central de compras e aprovisionamento de medicamentos e meios médicos, criada ao abrigo do Decreto Presidencial nº 34/11, de 14 de Fevereiro de 2011. Contudo, o sector farmacêutico necessita de uma abordagem global, integrada, para a resolução dos seus principais problemas, nomeadamente: (i) a promoção da produção local de medicamentos; (ii) a construção do Laboratório Nacional de Controlo de Qualidade; (iii) a adopção da Lista Nacional de Medicamentos Essenciais (LNME); (iv) a elaboração do Formulário Nacional de Medicamentos e dos Guias Terapêuticos, como ferramentas importantes no apoio ao uso racional de medicamentos e (v) o enquadramento técnico e legal dos medicamentos tradicionais (ANGOLA, 2012).

A Integração dos SSFAA no SNS

Os Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas fazem parte do Sistema Nacional de Saúde de Angola e têm como objectivo garantir a atenção integral à saúde a todos os usuários do Sistema de Segurança Social das FAA. Os SSFAA são um

subsistema que abarca no seu conjunto forças e meios que são distribuídos de forma organizada, para promover e proteger a saúde dos militares e dependentes, garantir a atenção à saúde (primária, secundária e terciária), de acordo com a especificidade e o nível que se enquadram as instituições que compõem a sua rede sanitária.

Estima-se em mais de cinco milhões os usuários dos SSFAA, representados por militares em efetivo serviço, reformados e reservistas, antigos combatentes e veteranos da Pátria e os familiares de todos os citados. Também beneficiam dos SSFAA as populações circunvizinhas às Unidades Militares, zonas de difícil acesso assim como em áreas fronteiriças com ausência de cobertura sanitária do Ministério da Saúde.

Os recursos humanos têm a seguinte composição: 306 médicos, sendo 172 especialistas, 126 licenciados em várias áreas, 2.025 técnicos médios de enfermagem, 225 técnicos médios de laboratório, 24 técnicos médios de farmácia, 1943 técnicos básicos de enfermagem e 2659 sanitários, perfazendo um total de 7.529 militares. O seu quadro de pessoal possui ainda médicos expatriados contratados, médicos e outros técnicos superiores de saúde civis nacionais contratados.

Além de cumprirem missões meramente militares, em fases de guerra, os SSFAA também cumprem em tempo de paz, missões de interesse público sincronizando as suas ações com o Ministério da Saúde e o Sistema Nacional de Protecção Civil (SNPC), especialmente na vertente epidemiológica que versa sobre a disseminação de ameaças e riscos externos e internos, no combate às epidemias, no apoio imediato em caso de desastres de grandes proporções e impacto sociais, assim como a sua participação nas campanhas de imunização (ANGOLA, 2002). Outra tarefa não menos importante dos SSFAA são as ações assistenciais que prestam às populações civis localizadas próximo às Unidades Militares e às populações que vivem em zonas de difícil acesso, assim como em áreas fronteiriças com ausência de cobertura sanitária do MINSA, como atrás se referiu.

Estão instituídos nos SSFAA os Programas de Saúde que constituem um importante instrumento para o combate e controlo das doenças endémicas e epidémicas entre os efectivos militares, já que as doenças alvo desses programas apresentam as mais altas taxas de morbidade e mortalidade entre a população militar, como se refere nos indicadores globais do país. Porém, estes programas não são financiados e por conseguinte não funcionam na sua plenitude. São os programas da ...Das conclusões e recomendações da 8ª Reunião Metodológica dos SS do Exército, realizado em Agosto

de 2013,concluiu-se que “*Continua a registrar-se aumento da morbi-mortalidade por causas preveníveis sendo a Tuberculose, HIV/SIDA, HTA e Diabetes Mellitus as mais preocupantes, pelo que há necessidade de fortalecimento da assistência primária no âmbito das Unidades*”.

Organização dos SSFAA

As Forças Armadas Angolanas constituem um Órgão do Ministério da Defesa Nacional que garantem a segurança e soberania do Estado, a inviolabilidade de todo o território nacional e a manutenção da paz, estruturalmente constituído por um Estado Maior General, os três Ramos das FAA – a saber, o Exército, a Força Aérea e Marinha e as Regiões Militares, Aéreas ou Navais.

O Estado Maior General (EMG) é o nível central e estratégico, comandado por um General de Exército – O Chefe do Estado Maior General das FAA, e integra várias Direções de Armas e Serviços incluindo a Direção dos Serviços da Saúde (DSS/EMG). Essa Direção constitui o órgão do EMG que define, nos limites da Lei, as políticas de saúde a implementar nas FAA de forma a mantê-las saudáveis e operacionais do ponto de vista do bem-estar dos seus beneficiários. Portanto, é o órgão que dirige o subsistema de saúde militar. Os órgãos da estrutura da Saúde Militar – (Fig. nº3), relacionam-se hierarquicamente respeitando os níveis de autoridade hierárquica, funcional e técnica estabelecida nas disposições e normas das FAA. A DSS/EMG é coordenada por um Oficial General que dirige técnica e metodologicamente os Serviços de Saúde dos três Ramos das FAA, assim como outros órgãos de subordinação central (OSC)^{xiv}. No nível tático encontram-se os três Ramos e cada um possui uma DSS que coordena a saúde nesse nível. Funcionalmente esses Ramos exercem a sua influência directa na organização dos serviços das Regiões, que representam o nível operacional. Neste nível, existem as Repartições de Saúde que dirigem as atividades de saúde e a rede sanitária, ou seja, os hospitais, enfermarias e postos médicos das unidades localizadas nesta Região. É nessas Regiões onde se encontram as Divisões ou unidades equivalentes constituídas por Brigadas, Bases ou Regimentos que são as unidades do nível de base. Por conseguinte, toda a abordagem que pretendemos fazer irá incidir nestas unidades de

^{xiv} OSC – são todas as estruturas, órgãos e serviços que dependem directamente dos Órgãos de nível Central como o Estado Maior General das FAA e os Comandos dos Ramos (Exército, Força Aérea e Marinha de Guerra).

base, que são as estruturas onde se encontram as comunidades militares e onde as ações da atenção primária devem encontrar o seu maior espaço.

Os SSFAA acompanham o processo em curso de reforma do SNS, orientado na regionalização e municipalização dos serviços na base do fortalecimento da APS. Está sendo ampliado do escopo das suas atividades em período de paz, observando-se a formação e qualificação dos seus profissionais, a criação e o desenvolvimento de novos projetos e programas de saúde. Os serviços possuem – Planos estratégicos de desenvolvimento que contemplam projetos de estudos sobre a criação de infra-estruturas como o Centro Militar de Higiene e Epidemiologia, o Centro de Investigação e Ensino de Medicina Tropical, a Escola Prática de Saúde, o Batalhão de Apoio Médico, uma nova Rede Hospitalar e o Desenvolvimento da Telemedicina e Ensino Virtual a Distância.

A Rede Sanitária dos SSFAA

Os Serviços estão implantados em todas as Regiões do País e estão estruturados desdeo – nível mais básico, até – ao mais diferenciado de prestação de cuidados, que é exercida por meio de duas componentes (ANGOLA, S/D):

- 1) A componente operacional ou móvel: integra o conjunto de forças e meios nas Unidades Militares (Brigadas, Regimentos, Batalhões, Companhias e Pelotões), tendo como unidade sanitária o Posto Médico e Posto de Socorro, que garantem a atenção primária.
- 2) A componente territorial ou fixa, que é constituída por Hospitais e Enfermarias Militares Regionais, assim como as Clínicas dos Ramos que proporcionam ações da atenção secundária, ou seja, oferecem serviços de assistência qualificada e especializada com a componente cirúrgica. Grande parte destas instituições ainda cobrem cuidados da atenção primária.

Faz parte da componente fixa – o Hospital Militar Principal/Instituto Superior, localizada na capital do país, com capacidade de 400 camas; É a unidade sanitária mais diferenciada de nível terciário e serve de referência para todas as especialidades clínicas assim como os serviços complementares de alta complexidade.

- 3) A saúde militar conta também com uma Junta Médica que serve de recurso para o encaminhamento dos doentes para o exterior do País, quando é esgotada a capacidade dos recursos dos serviços.

A Companhia Médica da Brigada

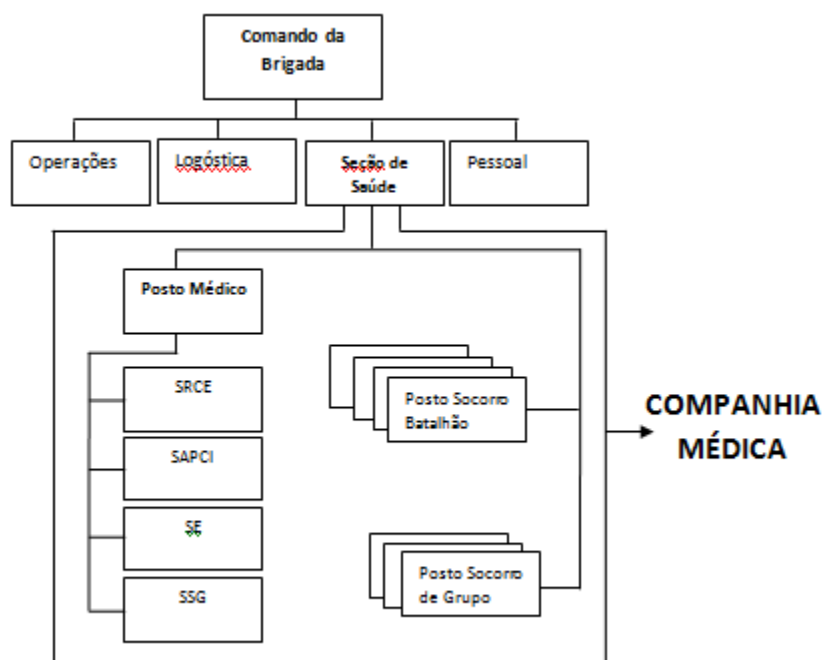
É considerada a unidade básica dos SSFAA, que é encarregada de garantir a atenção primária à saúde das tropas tanto em situação de paz como em situação de guerra. Está integrada à Brigada, quando se trata do Ramo – Exército, e às unidades equivalentes seja aéreas – FAN, ou navais – MGA, servindo como primeiro escalão funcional das unidades de saúde nas Forças Armadas, cuja missão fundamental consiste na aproximação efectiva das ações de saúde aos militares e seus familiares. Tem um papel determinante na preparação sanitária das tropas, na organização e controlo das medidas higiénico-sanitárias e antiepidémicas, tais como a educação para saúde, controlo do saneamento básico, o controlo da higiene da água e dos alimentos, das casernas, o controlo dos animais, a vacinação, a promoção de estilos de vida saudáveis, bem como no diagnóstico e tratamento precoce das doenças e traumatismos. A Companhia Médica tem na sua composição 144 efetivos, dos quais 37 compõem o Posto Médico, conforme tabela abaixo.

Tab. 2: Composição da Companhia Médica da Brigada

Área	Pessoal
Seção dos Serviços de Saúde	4
Posto Médico	37
Posto de socorro do Batalhão	76
Posto de socorro dos Grupos de Artilharia	27
Total	144

A Companhia Médica é parte integrante da Seção de Saúde da Brigada. Esta Seção, juntamente com outros serviços de logística, operações, pessoal, etc., e armas, fazem parte do Comando desta unidade militar.

Fig. 8:Enquadramento da Companhia Médica na Brigada



O Posto Médico da Brigada (Tab. 3), é a principal unidade de prestação de serviços de saúde no nível de atenção primária, e é a unidade de referência do Agente Comunitário de Saúde (ANGOLA, S/D).

Tabela 3: Composição orgânica do pessoal do Posto Médico da Brigada

Categoria	Quantidade
Médico	1
Odontologista	1
Licenciado em Enfermagem	2
Técnico Médio de Enfermagem	8
Técnico Básico de Enfermagem	4
Técnico Básico de Farmácia	1
Sanitário	4
Maqueiro	2
Outros	14
Total	37

As Brigadas possuem 3-4 Postos de Socorro de Batalhão, tendo cada Batalhão 28 profissionais. O Batalhão subdivide-se em 3 companhias e cada uma tem 3 pelotões. Cada companhia deve possuir 1 Sanitário Maior e 4 sanitários por pelotão. Também na sua estrutura a Brigada conta com 3 grupos de artilharia.

Tabela 4: Composição orgânica do pessoal do Posto de Socorro do Batalhão

Categoria	Quantidade
Enfermeiros	4
Sanitários Maior	4
Sanitários	16
Condutor auto	4
Total	28

Tabela 5: Composição orgânica do pessoal do Posto de Socorro dos Grupos

Categoria	Quantidade
Enfermeiros	3
Sanitários	12
Atiradores Sanitários	3
Condutores auto	3
Total	18

PRESSUPOSTOS

O subsistema de saúde das FAA depara-se com problemas de ordem estrutural já que na concepção da sua criação, ocorrida em tempo de guerra, o seu objeto fundamental era o combatente ferido que deveria ser resgatado do campo da batalha, recuperado de forma a restabelecer a sua condição física e moral para retornar às suas atividades ou passado a uma comissão de peritagem que determinava a sua incapacidade. No momento atual de paz, a doutrina de trabalho é diferente, e embora busque preservar a sua natureza, alterou-se substancialmente o figurino da missão dos SSFAA ao convergirem com os objetivos do Sistema Nacional de Saúde como um todo, na qual cabe promover a saúde, prevenir as doenças aos indivíduos ou populações saudáveis e prestar assistência médica. Para isso, há que desenvolver ou melhorar competências e adequar cada vez mais as estruturas, imprimindo novas dinâmicas do processo de trabalho em saúde.

A atenção integral à saúde é o foco principal, segundo a qual a promoção da saúde tem um papel de destaque por constituir um dos pilares da atenção primária, considerando-se a linha filosófica de trabalho, essencial, seguida pelos sistemas de saúde mais evoluídos do mundo. A promoção da saúde em Angola é ainda um desafio para o sistema de saúde, já que é uma componente notadamente negligenciada e sem investimentos significativos. A própria condição de vida é permanentemente ameaçada se considerarmos a precariedade de situações de toda espécie – ambiente, alimentação, moradia, emprego, etc., que coloca em risco a vida das populações. Obviamente que também o fenómeno da guerra trouxe essas dificuldades como consequências, daí o desafio atribuído às gerações atuais e futuras de buscar soluções para esses problemas e promover o desenvolvimento do País.

No âmbito da reorganização da Atenção Primária à Saúde - APS, é importante incorporar a ideia de promoção da saúde tanto do ponto de vista individual como de grupos específicos e das populações em geral. As ações que promovem a saúde das comunidades podem ser exercidas por pessoas treinadas que não sejam necessariamente profissionais de saúde, desde que esse exercício seja monitorado e avaliado. As ações de promoção visam proporcionar maior qualidade de vida das pessoas, e se forem exercidas em parceria com a comunidade, haverá maior adesão e melhores resultados.

A histórica necessidade de descentralizar as ações de saúde dos centros hospitalares para as unidades periféricas, criando maior responsabilização destas unidades para com a população adstrita, favorece maior aproximação entre as comunidades e o sistema de saúde, sendo esse vínculo estabelecido com a atividade das equipes de saúde – com destaque para a figura dos agentes comunitários de saúde – ACS. Esse profissional, como acontece em vários países, cumpre um papel importante de apoiar o sistema de saúde e servir de elo de ligação entre a equipe de saúde e as famílias e comunidade, e também participa do desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e assistência nas comunidades (STARFIELD, 2020).

Nas unidades básicas de saúde militar a prática das ações de promoção da saúde é quase inexistente, e a introdução da figura do ACS poderá gerar frutos importantes no sentido de incorporar uma visão promotora de saúde no âmbito da comunidade militar. A promoção da saúde exige o engajamento não só dos serviços de saúde e de seus profissionais, mas também a participação de todos os atores envolvidos na saúde do militar e de suas famílias, ou seja, aqueles que têm um papel importante para o

acondicionamento dos *determinantes sociais da saúde* (DSS)^{xv} nos quartéis e outros locais onde residem os militares, lembrando os órgãos que compõem a estrutura dos comandos dos três níveis hierárquicos das FAA^{xvi} e sem esquecer, o próprio Estado. Nesse contexto, o ACS poderá desempenhar um papel de articulador, de promotor ou conselheiro.

O funcionamento deficiente da APS tem resultado no aumento da morbidade e da mortalidade na comunidade militar. Por conseguinte, nossa hipótese é que o incremento de ações de promoção da saúde pelos ACS junto às comunidades militares e seus próximos, é factível e viável sendo possível contribuir no melhoramento da sua qualidade de vida e conseqüentemente na redução da morbi-mortalidade. O progressivo melhoramento da qualidade de vida das comunidades, observado durante a vivência com os ACS enquadrados em equipes de saúde de família em UBS pertencentes aos Distritos Sanitários da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, é realmente um dos motivadores que influenciou a concepção desse Projeto.

O objetivo deste artigo é descrever a trajetória de implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde em quatro unidades de atenção primária que fazem parte do dispositivo sanitário dos SSFAA.

3.3 Metodologia

Para atender os objectivos desse Projeto de intervenção, considerou-se o uso do método do Planejamento Estratégico Situacional – PES. Trata-se de uma abordagem qualitativa desenvolvida por Carlos Matus^{xvii}, voltada para o enfrentamento de problemas de ordem social complexa (MATUS, 1991, 1993). O actual estado da situação de saúde em Angola, caracterizado por elevadas taxas de morbi e mortalidade, pode ser considerado um problema grave e complexo. A busca de mecanismos para

^{xv}DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Englobam a alimentação, o vestuário, o transporte, a acomodação, a moradia, o lazer, o saneamento, a educação, a água potável, as hortas comunitárias, a coleta seletiva de resíduos, e etc. (CNDSS, 2006).

^{xvi}A estrutura organizacional das FAA, integra 3 níveis hierárquicos de Comando: o Estado Maior General, os Ramos (Exército, Força Aérea e Marinha de Guerra) e as Regiões que podem ser Militares/Aéreas/Marítimas, de acordo com o respectivo Ramo. Na sua composição, cada nível possui além da área da saúde, órgãos de armas e serviços como operações, planejamento, pessoal e quadros, finanças, logística, engenharia, armamento e técnica, educação patriótica, saúde, guerra psicológica, inteligência, saúde, entre outros, que garantem as condições de promoção da saúde, ou seja os determinantes sociais.

^{xvii}Carlos Matus, de nacionalidade Chilena, ex- ministro da Economia do governo de Salvador Allende no período de 1970-73, autor do PES.

contribuir na redução ou minimizar este quadro é também um exercício complexo, por exemplo implementar este Projeto nas FAA, ou seja em um contexto militar no qual a cultura normativa de tomada de decisão é vertical. Por conseguinte a planificação de acções para enfrentar tal complexidade de situações requer o uso de modelos de planeamento adequados capazes de espelhar essa complexidade. O modelo de PES, responde esta exigência já que permite orientar, no nosso caso, o investigador no momento da acção diante de qualquer situação complexa.

A escolha desse método justifica-se na medida em que a implantação do Projeto acontece num cenário complexo, de conflitos, de dificuldades e de indefinições, onde não se tem o controle de todas as variáveis, ou seja, não existe governabilidade sobre todos os recursos necessários para a implantação do Projeto, sejam eles humanos, materiais, financeiros, políticos etc. Nocasos do método tradicional de planeamento não seria viável porque ele é determinista e não dá a possibilidade de negociação política, que foi o forte da nossa atuação.

Consideramos também que a introdução do PACS nos serviços de saúde das FAA seja um processo complexo, porque condiciona uma certa reestruturação dos próprios serviços. Porém, as mudanças nem sempre são bem-vindas e há que escolher estratégias para que essas mudanças sejam aceites ou implementadas, sobretudo quando se trata de um benefício comum da sociedade ou para uma comunidade. Em situações desta natureza, o uso do método tradicional de planeamento, por si só, é inadequado para analisar ou abordar sistemas complexos. Interpretando o PES, LIDA (1993) admite que o método procura dar solução a esse dilema por admitir flexibilidade política e se adapta às constantes mudanças e exigências das situações. O método não separa as funções de planeamento das de execução, pois não opera com “receitas” prontas, mas realiza análises situacionais para orientar o dirigente no momento da ação.

Uma das principais distinções do PES com relação ao planeamento tradicional consiste na ênfase da importância dos fatores que circundam e estão inerentes à organização à qual é direcionado o planeamento, isto é, o plano estratégico não está fechado em si e sim influenciado por vários fatores fora de seu controle, o que leva à necessidade de uma vinculação à atividade de monitoramento do desenvolvimento do plano para que o mesmo, caso necessário, se adapte à situação atual em que se encontra (TEIXEIRA, 2001). No desenvolvimento do Projeto teve-se em consideração os quatro momentos fundamentais: o momento explicativo, o momento normativo, o momento

estratégico e o momento tático-operacional (MELLEIRO; TRONCHIN; CIAMPONE, 2005, apud MATUS, 1993). Foram identificados os pontos críticos que constituem os problemas fundamentais existentes nos Serviços, na base dos quais se desenhou um Plano Geral de Ações que contempla a parte da negociação política e a parte técnica e operacional. Foram realizados encontros, reuniões seminários ou oficinas para sensibilização dos gestores e profissionais, assim como a capacitação de formadores e os Agentes Comunitários de Saúde.

Seleção das Unidades e população

Para a seleção das áreas de implantação do Projeto, utilizou-se o método de seleção livre por intenção, por haver maior governabilidade sobre os recursos disponibilizados, menores custos, e facilidades logísticas. A Região Militar Sul – RMS, foi a que cumpriu melhor esses critérios, sendo, portanto escolhida. Outro motivo foi porque esta Região tem Unidades Militares dos três Ramos da FAA, a saber o Exército, a Força Aérea e a Marinha. O nosso propósito era o de contemplar unidades que pertencessem a esses três ramos mencionados. Como se pode ver nos dois mapas seguintes, essa Região cobre um espaço territorial de Angola que inclui as Províncias da Huíla, Namibe, Cunene e Cuando Cubango, possuindo um comando localizado na cidade do Lubango, capital da Huíla.

Fig. 9: Mapa de Angola



Fonte: Wikipedia, 2013

Fig. 10: Mapa das Regiões Militares



Fonte: DSS/EMGFAA, 2013

Nas FAA, uma Região Militar^{xviii} abrange um espaço geográfico delimitado, com dependência administrativa e operacional de um Comando que possui várias armas e serviços incluindo os Serviços de Saúde. Regiões de Ramos diferentes podem localizar-se no mesmo espaço geográfico, mas apesar de equivalentes, têm comandos independentes.

Para este Projeto contou-se trabalhar com uma população de 4.484 pessoas pertencentes a quatro unidades/comunidades militares, sendo as seguintes:

- 60^a Brigada de Infantaria Motorizada (BIM) pertencente à 6^a Divisão do Exército (DE) - Região Militar Sul (RMS);
- 61^a BIM pertencente à 6^a DE da RMS;
- Regimento Aéreo de Caças (RAC) do Lubango pertencente à Força Aérea Nacional (FAN) - Região Aérea Sul (RAS);
- Base Naval do Namibe (BN) pertencente a Marinha de Guerra Angolana (MGA) - Região Naval Sul (RNS).

As características de cada unidade de estudo afiguram-se no Apêndice 1. Os atores sociais^{xix} (Quadro 2), considerados importantes para este Projeto estão mencionados de acordo os níveis hierárquicos.

Quadro 2: Atores principais do Projeto de acordo o nível hierárquico

Nível		Entidade
Central	EMGFAA	Chefe do Estado Maior General das FAA
		Chefe da Direção Principal de Preparação de Tropas e Ensino
		Chefe da Direção Principal de Pessoal e Quadro
		Chefe da Direção Principal de Planeamento e Organização
		Chefe da Direção Principal de Finanças
		Comandantes dos Ramos das FAA
	DSS/EMG	Chefe da DSS/EMG
		Chefes das Repartições da DSS/EMG
		Chefes da DSS/Ramos
		Chefes da DSS/Ramos
		2 Mestrados
Base	Regiões	Chefe da RSS da RMS

^{xviii} Existem 6 Regiões Militares distribuídas no espaço geográfico de Angola: Região Militar Norte, Região Militar Cabinda, Região Militar Luanda, Região Militar Centro, Região Militar Leste e Região Militar Sul.

^{xix} Ator social – pessoa, grupo ou organização que participa de algum “jogo social”, que possui um projeto político, controla algum recurso relevante, acumula forças no seu decorrer e possui capacidade de produzir fatos capazes de viabilizar seu projeto.

	Comandantes das RMS/RAS/RNS
	Formadores
	ACS

O contexto das unidades militares e seus efetivos

As condições dos militares nos quartéis, de forma geral, são consideradas menos saudáveis porquanto não há uma acomodação satisfatória nas unidades, agravada à relativa exposição dos efetivos militares às condições meteorológicas, ou seja, do frio, chuva e calor. Na sua maioria, as unidades deparam-se com graves problemas de saneamento básico e por conseguinte não se dá tratamento adequado dos resíduos sólidos e líquidos, que são as fontes de multiplicação dos vetores de transmissão das doenças infecciosas que dominam o quadro epidemiológico geral.

A detecção precoce das doenças no âmbito da comunidade militar é bastante deficiente, assim como o funcionamento dos Programas de Saúde no nível de Atenção Primária. Como consequência dessas situações, verifica-se o aumento do número de evacuações dos doentes para as unidades centrais e em condições patológicas avançadas.

Esses fatos pressupõem a necessidade de intervenções que busquem soluções no sentido de reverter esse estado de situação. Embora o papel do Estado seja significativo para amenizar os problemas existentes, tomando como ponto de partida a sua intervenção nos determinantes sociais, é importante referir que própria comunidade militar, e os Comandos das FAA, devem participar no acondicionamento condigno das tropas nas unidades militares e priorizar maiores investimentos para a saúde no âmbito da formação dos seus profissionais e a criação de infraestruturas.

3.4 Resultados e discussão

O desenho do Plano Geral de Ações (Apêndice 2), daria o corpo deste Projeto, articulado com ações de âmbito estratégico e a parte técnica, cujo cronograma de execução (Apêndice 3) prevê um horizonte temporal de 4-5 anos. A distinção feita das diferentes partes deste Plano é apenas uma questão didática, porque os momentos técnico e político aparecem sempre indissociáveis.

3.4.1 Viabilização política do Projeto

O programa de formação de quadros levado a cabo pelo governo de Angola tem dado passos significativos na preparação de profissionais angolanos para as diversas áreas do saber, inseridos nos mais variados níveis de ensino, o que tem servido como condição e força motriz na perspectiva da sua participação mais ativa, qualificada, inovadora e científica do processo de desenvolvimento da sociedade angolana.

Vale realçar, neste contexto, o convênio de cooperação cultural e científica, denominado PROANGOLA^{xx}, que possibilitou a nossa formação pós-graduada no Brasil e a realização de estágio em serviços na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

A conjugação desses dois momentos importantes facilitou um entendimento mais substanciado da necessidade de idealizar um Projeto que pudesse contribuir para o processo de reorganização dos Serviços de Saúde das SSFAA, em particular no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Antes de o autor ser submetido ao processo de seleção para o Programa de Mestrado Profissional, a ideia do Projeto havia sido submetida às autoridades angolanas competentes para avaliar sua pertinência. Esse encaminhamento foi dirigido à Direção de Serviços de Saúde das FAA – DSSFAA, que tratou de vincular o Projeto ao órgão supremo das FAA – o Estado Maior General das FAA (EMGFAA).

O foco principal das reuniões realizadas com os vários setores das FAA foi a apresentação do Projeto, procurando-se sempre evidenciar a importância do mesmo e buscar o entendimento dos distintos atores, principalmente, em se tratando de uma inovação nos Serviços de Saúde Militares e que pode contribuir para o seu desenvolvimento. Nos encontros realizados com o Chefe da DSS/EMGFAA, além da preocupação com a abordagem mais detalhada do Projeto, sobretudo no que tange aos objetivos a alcançar e sua repercussão, ou seja, o impacto do PACS na saúde das tropas, foi importante também a discussão relativa à viabilidade do Projeto. Nesse âmbito, impunha-se a condição da sustentabilidade do Projeto que de início não foi garantida pelo Chefe dos SSFAA, embora houvesse todo o apoio moral e institucional. Estrategicamente, foi necessário estabelecer diligências até o mais alto nível da hierarquia militar, tendo-se remetido em 07/03/13 ao CDSS/EMGFAA uma

^{xx} ProAngola é sigla de de um Convênio de Cooperação acadêmica entre a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e a Direção dos Serviços de Saúde do Estado Maior General das Forças Armadas Angolanas, decorrente de um Acordo de Cooperação Cultural e Científica, entre a República Federativa do Brasil e a República de Angola - Divisão de Atos Internacionais, DECRETO N° 99.558, de 05 de Outubro de 1990.

exposição/solicitação na base da qual se lavrou o Ofício N° 353/5.01/DSS/GC/EMG/13 de 27/03/13, que foi deferido pela autoridade máxima das FAA, o Chefe do Estado Maior General das Forças Armadas Angolanas (CEMGFAA), como consta em Nota N° 01808/GAB. CEMGFAA/00.35/03/2013 (Anexo 1). Este desfecho, teoricamente, garantia que estavam criadas as condições para a operacionalização do Projeto.

Turnock defende que:

”Os decisores políticos são actores essenciais não só porque controlam variáveis importantes como os recursos, mas, porque os serviços de saúde pública, pela sua natureza, dependem do poder político. A natureza política da Saúde Pública propicia conflitualidades com o poder político de que dependem os seus serviços, quando estes identificam necessidades de saúde e tornam, desta forma, os indivíduos e as comunidades mais conscientes dessas mesmas necessidades”¹³.

A par do esforço empreendido na busca do financiamento, foi necessário divulgar o Projeto para mais atores e, sobretudo os gestores e outros responsáveis dos Serviços. Em 08/03/13 foi realizada uma apresentação ampliada de esclarecimento da qual participou o *staff* principal dos SSFAA. Expandiu-se essa ação para outras áreas do EMGFAA, das Direções de Saúde dos Ramos, dos Comandos das RMS/RAS/RNS e suas Repartições de Saúde assim como nas próprias Unidades selecionadas do estudo. A divulgação constituiu uma oportunidade ímpar, que permitiu informar os atores para se prevenir de possíveis constrangimentos no momento da nossa intervenção direta no local. Foram tomadas as providências necessárias com relação à informação aos Comandantes dos Ramos e conseqüentemente aos Comandantes das Regiões, quem foram ordenados para dar o apoio necessário à operacionalização das ações nas respetivas unidades. Foi relevante o fato de o Projeto ter sido divulgado em rede nacional do programa radiofónico das FAA, “*a vóz do combatente*”.

Quanto a RMS/RAS/RNS, foi no mês de Maio de 2013 que se realizou o primeiro contato com os Comandantes e Chefes das Repartições de Saúde, durante o qual foi apresentado o Projeto, realçando-se a sua importância e as vantagens da sua implementação. A receptividade foi positiva, tendo-se criando uma expectativa de efetiva colaboração desses Comandantes na implementação do Projeto. Com os Chefes das Repartições de Saúde trabalhou-se na seleção dos integrantes do grupo dos 15 oficiais que foi capacitado como formadores dos ACS.

Uma das situações preocupantes do nosso Projeto é que paragrande parte dos profissionais, mesmo aqueles do nível estratégico – a DSS/EMGFAA, a apropriação dos

conceitos sobre a APS é bastante heterogéneo, assim como o entendimento sobre o ACS. Em função, disso e na perspectiva de aproximar o entendimento destes conceitos procurou-se realizar ações de formação por meio de encontros e oficinas ou seminários para aprofundar a discussão destes conceitos.

3.4.2 Viabilização financeira do Projeto

Com a elaboração do Plano Orçamental do projeto aprovado superiormente, a execução das operações contidas no Plano Geral de Ações ficou dependendo da liberação dos recursos que foram sendo repassados de forma faseada. Várias dificuldades marcaram o momento de liberação desses recursos para o cumprimento das fases do Projeto, ou seja, para as ações de formação ou capacitação dos Oficiais, dos formadores dos ACS, dos ACS e para a implementação das atividades destes. Dos vários contatos feitos com o Órgão de Finanças do EMG, havia indisponibilidade financeira justificada como consequência da crise financeira global ressentida pelo Ministério das Finanças. Este fato influenciou negativamente a prossecução das ações do Projeto, não permitindo às vezes o cumprimento dos *timings* estabelecidos, pelo que as vezes foi necessário buscar outras alternativas de financiamentos. Para isso, MATUS (1991), ao fundamentar os princípios do PES deixa bem claro considerando que “nenhum autor detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na situação”. Portanto o cenário de atuação vai-se modificando em função da dinâmica do processo, uma vez que está garantida uma maior governabilidade na atuação do ator.

Ainda assim foram disponibilizados 59,7% do total de recursos solicitados que serviram para a aquisição dos meios técnicos e logísticos que têm sido utilizados para as ações de formação e para cobrir outros encargos inerentes à implantação do Projeto, como a reprodução dos instrumentos de trabalho, a mobilidade para as Unidades, etc.

3.4.3-Viabilização técnica do Projeto

Para coordenar todo o processo de definição dos aspectos técnicos relacionados à implantação do Projeto, foi criado um grupo de trabalho, constituído por oficiais superiores e responsáveis de algumas Repartições da DSS/EMGFAA e da RMS (Anexo 2). Esse grupo definiu as seguintes tarefas:

- Elaborar um Plano de Trabalho do grupo;
- Selecionar as unidades militares a serem incluídas no Projeto;
- Selecionar os formadores dos ACS;
- Monitorar e avaliar o cumprimento do Plano de Ação;
- Acompanhar a realização as oficinas de sensibilização e capacitação dos profissionais envolvidos na implementação do Projeto – Oficiais, Formadores e ACS;
- Tratar de todo processo administrativo relacionado ao Projeto.

Principais problemas identificados que constituíram os nós críticos para o Projeto:

- Deficiente conhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre o entendimento da APSe pouca divulgação dos seus princípios doutrinários nos serviços
- Inexistência no SNS dos Agentes Comunitários de Saúde
- Aprovação do Projeto pela chefia das FAA e autorização para a sua implementação.
- Necessidade de formação e capacitação dos profissionais em matéria de APS
- Necessidade de criar ACS nos SSFAA
- Necessidade de recursos materiais e financeiros para viabilizar o Projeto sobre o PACS

O grupo de trabalho definiu ainda as ações principais (Anexo 2) a serem realizadas no âmbito da atividade de campo. Na discussão, levou-se em consideração a situação sócio-sanitária do País e em particular dos SSFAA e procurou-se enquadrar ações ligadas às práticas da APS e de preparação dos ACS para atuar neste âmbito nas quatro unidades selecionadas, tendo-se gerado o Plano de Ação, cujo grau de execução é refletido no quadro seguinte. As atividades contidas nos itens 8,9,13 e 17 não foram ainda cumpridas; as dos itens 5, 10,11 e 14 –foram cumpridas parcialmente, e todas as outras, totalmente cumpridas.

Quadro 3: Operacionalização do Plano de Ação

Atividade	Responsável	Participantes	Período	Recursos		Resultados
				Humanos	Materiais	
1.Preparar oficina sobre APS	Grupo de trabalho	Mestrandos e Prof.UFMG	Até Maio/13	Grupo de trabalho	Recursos disponibilizados	Realizado
2.Preparar oficina de formação de formadores do ACS	Grupo de trabalho	Mestrandos e Prof.UFMG	Até Maio/13	Grupo de trabalho	Recursos disponibilizados	Realizado
3.Realizar oficina sobre APS	Professores da UFMG	Oficiais seniores dos SSFAA	3-4 Jun/13	2 Prof.UFMG 2 Mestrandos	Computador , Data Show e material de consumo para oficina	Realizada em Luanda
4.Realizar oficinas de formação de formadores do ACS	Professores da UFMG	Profissionais da saúde das unidades: 60ª BIM, 61ª BIM, Reg. Aéreo de Caças do Lubango e Base Naval do Namibe)	6-7 Jun/13 e	2 Prof.UFMG 2 Mestrandos	Computador , Data Show e material de consumo para oficina	Realizada a 1ª oficina na RMSul
5.Preparar instrumentos de trabalho do ACS	Mestrando	Grupo de trabalho	Até 10/12/2013	Prof. Orientador e Mestrando	Bibliografia disponível	Elaborados: -ficha de cadastro do militar -ficha de cadastro da família do militar -ficha de registro de doentes TBC, HTA, Diabetes e Gestante - ficha de relatório -Apostila para o ACS
6.Realizar a primeira oficina de capacitação dos ACS	Mestrandos	Profissionais seleccionados das Unidades	Fev/14	2 Mestrandos	Computador , Data Show e material de consumo para oficina	ACS capacitados: -60ª BIM : 19 -61ª BIM : 29 -RACL : 6 -BNN : 7
7.Realizar a segunda oficina de capacitação dos ACS	Mestrandos	Profissionais seleccionados das Unidades	Jun/14	2 Mestrandos	Computador , Data Show e material de consumo para oficina	ACS capacitados: -60ª BIM : 19 -61ª BIM : 29 -RACL : 6 -BNN : 7
8.Realizar a terceira oficina de capacitação dos ACS	Mestrandos	Profissionais seleccionados das Unidades	Out/14	Formadores	Computador , Data Show e material de consumo para oficina	Por realizar
9.Realizar a quarta oficina de capacitação dos ACS	Mestrandos	Profissionais seleccionados das Unidades	Fev/15	Formadores	Computador , Data Show e material de consumo para oficina	Por realizar

10.Implementar os trabalhos do ACS	Mestrandos	ACS	A partir Maio/14	ACS	Instrumentos do ACS	Em curso o mapeamento das microáreas e o cadastramento dos militares e familiares
11.Fazer o monitoramento e avaliação dos trabalhos do ACS	Mestrandos	Grupo de trabalho	A partir do início dos trabalhos 2014	Mestrando Supervisor	Guia de monitoramento e avaliação	Atividade contínua
12.Fazer avaliação inicial	Mestrando	Mestrando	2014	Mestrando	Instrumentos disponíveis	Realizado
13. Fazer análise e avaliação final do Projeto	Mestrando	Mestrando	2015	Mestrando	Instrumentos disponíveis	Por realizar
14. Elaborar relatórios	Grupo de trabalho	2 Mestrandos	2013-2015	2 Mestrandos	Disponíveis	Elaborado o relatório da 1ª fase de formação
15.Fazer a redação da Dissertação	Mestrando	Mestrando	2013-2014	Mestrando	Disponíveis	Realizado
16.Qualificar o Projeto	Mestrando	Mestrando	Nov/13	Mestrando	Disponíveis	Projeto qualificado
17.Defender a Dissertação	Mestrando	Mestrando	Agosto/14	Mestrando	Disponíveis	Em curso

Formação/capacitação dos profissionais

Algumas indagações estiveram na base da formulação deste Projecto:

- *Que papel os agentes comunitários militares iriam desempenhar no meio militar?*
- *Que atribuições e perfil de competências teriam para o sucesso do seu trabalho?*
- *Como prepará-los para o desenvolvimento das ações?*

A inclusão neste Projeto de um processo de formação e capacitação através de oficinas/seminários, encontros ou outras formas, visou precisamente responder às questões levantadas, sendo este um dos passos mais importantes do nosso trabalho. As ações de formação foram dirigidas à grupos específicos. Numa primeira fase realizaram-se duas oficinas orientados pelos professores orientadores do Projeto. Uma, de capacitação dos Oficiais Seniores^{xxi} dos Serviços (Anexo 3), em matéria de APS, foi realizada em Luanda, numa das dependências da DSS/EMG, e congregou 18 dos 32 oficiais convocados, além de convidados. Essa oficina teve, como objetivo, refletir e

^{xxi}Oficiais Seniores são oficiais gerais e superiores dos SSFAA que exercem cargos de chefia das Direções de Saúde do EMG e dos 3 Ramos

sensibilizar os oficiais sobre o papel e a importância que a APS deveria merecer nos Serviços, procurando promover a conscientização e o envolvimento destes na compreensão da necessidade de uma mudança gradativa e da modificação de atitudes no âmbito do processo de trabalho, destacando o papel do ACS para as ações que ele viria a desenvolver nas UBS. A oficina trouxe outra discussão relevante sobre o sistema de informação da APS que constitui um outro Projeto que está sendo desenvolvido em paralelo a este. Essa oficina ocorreu em dois dias e entre os participantes estavam profissionais de várias categorias como médicos, farmacêuticos, educadores sociais e estatísticos, ostentando os graus militares de oficiais gerais, superiores, capitães e também civis. Não participaram os oficiais da DSS/Exército, que é um ramo com maior representatividade de efetivos militares. Essa ausência, neste momento, foi percebida com preocupação e motivou encontros posteriores.

A oficina de capacitação de formadores dos ACS abordou os temas sobre o papel do ACS na APS, atividades desenvolvidas pelo ACS, instrumentos de trabalho do ACS (cadastramento e visita domiciliar) e a construção do roteiro de visita domiciliar. A oficina contou com a participação de 15 profissionais pertencentes às quatro unidades selecionadas e foi realizada entre 05 e 07 de Junho de 2013, na cidade de Lubango (Anexo 3). As condições de participação eram as seguintes: ter nível de escolaridade igual ou superior à 12^a classe, ser profissional de saúde, ter interesse em participar. Os mesmos poderiam ser oficiais que desempenhavam cargos de chefia nas seções dos serviços de saúde das unidades, ser estatísticos das repartições de saúde ou enfermeiros das unidades militares, ostentando os postos de oficiais superiores, capitães, tenentes, subalternos e sargentos, ou ser civil. Foram administradas aulas teórico-práticas, expositivas, com participação ativa e livre, abrindo-se espaço para uma discussão aberta e questionamentos. Usou-se a técnica de círculo que permitia maior interação dos participantes. Essa técnica foi bem acolhida pela maioria que a considerou inédita. Também se usou a técnica de grupos na discussão de diferentes aspectos sobre os temas abordados, sugerindo-se propostas que eram analisadas pela turma.

Na concepção deste projeto, foi relevante a análise e avaliação dos meios que seriam utilizados para se alcançar os seus objetivos. Além dos meios de apoio adquiridos para as ações de formação, um fator preponderante desta contenda era o homem, sem o qual se torna impossível realizar qualquer sonho. Nosso fôlego assegurou-se na questão de que os Serviços possuem um número considerável de profissionais de base, os sanitários sem curso técnico que notavelmente se tornaram um

excedente desocupado, após o final do conflito armado. Sendo pessoal vinculado aos SSFAA como efetivos em ativo, pensamos que eles seriam uma aposta segura para os propósitos deste Projeto, estando dispensada a preocupação de recrutar ou enquadrar novos elementos para este fim. Foi por isso que propomos a esses profissionais que fossem treinados e capacitados para assumir o papel de ACS.

Definiu-se a formação dos ACS a partir da selecção dos sanitários que pertencem à Companhia Médica da Brigada, particularmente aqueles enquadrados nos Postos de Socorro dos Batalhões, podendo o processo ser flexível para outros profissionais que se mostrassem interessados, como os assistentes sociais e promotores da educação patriótica. Essa selecção foi posterior à avaliação que os chefes do Postos Médicos efetuaram aos candidatos, considerando os seguintes critérios: (a) ser militar da microárea onde irá exercer a função de ACS, (b) ter um nível mínimo de escolaridade a 8ª classe, (c) ter a motivação para aprender a prestar bem alguns serviços de saúde para a comunidade, (d) ser responsável, (e) ter comprometimento com a unidade, (f) ser disciplinado, atencioso e comunicativo.

Realizaram-se duas das quatro fases de formação dos ACS (Quadro 8), tendo-se cumprido um total de 128 horas de aulas realizadas nas quatro unidades, considerando oito horas por cada dia de aula .

Quadro 8: Formação dos ACS nas 4 Unidades de estudo

<i>Unidade</i>	<i>1ª Fase</i>	<i>2ª Fase</i>	<i>3ª Fase</i>	<i>4ª Fase</i>
60ª BIM	02 e 03 Fevereiro/14	12 e 13 Junho/14	Out-14	Fev-15
A 61ª BIM	05 e 06 Fevereiro/14	16 e 17 Junho/14	Idem	Idem
Regimento Aéreo de Caças do Lubango	10 e 11 Fevereiro/14	18 e 19 Junho/14	Idem	Idem
Base Naval do Namibe	13 e 14 Fevereiro/14	22 e 23 Junho/14	Idem	Idem

Essas oficinas centraram-se na preparação dos ACS para o uso dos instrumentos de trabalho - o cadastramento, a visita domiciliar e o seu roteiro. As formações realizaram-se nos respectivos comandos das unidades, usando-se a mesma metodologia das formações anteriores. As imagens nº 1-4 ilustram alguns momentos das ações de formação realizadas nas Unidades. Na tabela 6 pode-se observar um total de 61 ACS formados, dos quais 23 já exercem as atividades nas respectivas unidades. Foram

distribuídos os instrumentos de trabalho para cada ACS, nomeadamente, o Manual do ACS, as fichas de cadastramento e outro material para o sistema de informação. Registrou-se muita aderência de técnicos interessados em exercer a atividade dos ACS sobretudo nas unidades do Exército (Anexo 3).

Tab. 6: ACS formados e selecionados de acordo as 4 Unidades

<i>Unidade</i>	<i>ACS formados</i>	<i>ACS selecionados</i>
60ª BIM	19	9
61ª BIM	29	9
RAC do Lubango	6	3
BN Namibe	7	2
Total	61	23

Figura 11 - Momentos das ações de formação



Imag.1: 61BIM – Tchamutete



Imag.2: RAC - Lubango



Imag.3: Comando RMS



Imag.4: DSS/EMGFAA

As principais atribuições dos ACS militares definidas pelo grupo de trabalho constam do Apêndice 4.

Delimitação da microárea

A par dos modelos teóricos convencionados para cada sistema de saúde, é fundamental a inclusão de dois componentes importantes quando se quer uma verdadeira evolução do próprio sistema de saúde, que são o planejamento local e a participação social (MENDES, 1994:221). Os atores sociais desse Projeto foram referidos acima. O planejamento local passa pela definição de um local que é o cenário, ou seja, a área de atuação, em que os problemas de saúde se confrontam com os serviços prestados e onde necessidades cobram ações. A área de atuação do ACS, a Microárea - é um espaço delimitado com a lógica da homogeneidade socioeconômica-sanitária (CORBO, 2007; SANTOS, 2006).

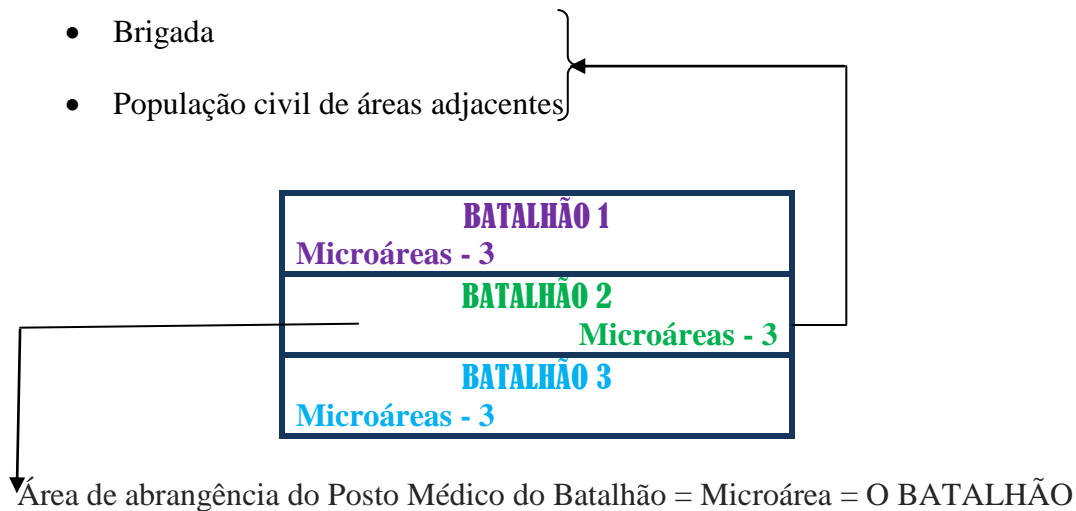
Para este Projeto convencionou-se considerar por Microárea - o espaço territorial de jurisdição do ACS onde se circunscrevem o Batalhão mais os domicílios de militares que possuem famílias, pertencentes a esse Batalhão. Cada ACS terá um parâmetro de cobertura de 250 – 700 militares, mais os familiares. Para as quatro Unidades foram estruturadas 23 microáreas e selecionados igual número de ACS (Tab. 9). No Posto Médico do Batalhão foi indicado um supervisor que coordena a atividade dos ACS. Na fig. 11 estão representadas as subunidades principais de uma Brigada e as áreas de abrangência adotadas para esse estudo com as respectivas microáreas. No Anexo 5 , encontramos o perfil do pessoal técnico que compõe a Companhia Médica da Brigada.

Segundo a experiência brasileira, a ESF na sua área de abrangência comporta sob sua responsabilidade de 2.400 a 4500 pessoas, sendo que cada ACS é responsável pelo acompanhamento de uma microárea, onde residem de 400 a 750 pessoas na zona urbana, em média 150 a 80 famílias e de 280 a 320 quando se trata de zona rural, sendo em média 80 famílias (BRASIL, 2009). No nosso caso, tratando-se de Brigada, é a Companhia Médica da Brigada - CMB, a unidade responsável pela APS (ANGOLA, 2012) à população militar da Brigada estimada em 1500 a 2500 efetivos. Na sua composição a CMB deve ter 144 profissionais (Anexo 4), dos quais 37 pertencem ao Posto Médico da Brigada (Anexo 4). A área de abrangência da equipe de saúde da CMB não se limita apenas ao território da Brigada, mas se estende às áreas adjacentes da população civil onde muitas vezes residem os familiares desses militares.

Fig. 12 - Esquema de uma BRIGADA

Área de abrangência da equipa da Companhia Médica:

- Brigada
- População civil de áreas adjacentes



Tab. 7: Distribuição das Microáreas e ACS por unidades de estudo

UNIDADE	60ªBIM			61ªBIM			RAC – Lubango			BN – Namibe		
	Matala		Tchamutete									
	Pessoas	Nº ACS	Microárea	Pessoas	Nº ACS	Microár	Pessoas	Nº ACS	Microár	Pessoas	Nº ACS	Microár
1º Batalhão	704	3	1	550	3	1	-	-	-	-	-	-
2º Batalhão	704	3	1	477	3	1	-	-	-	-	-	-
3º Batalhão	705	3	1	513	3	1	-	-	-	-	-	-
Outra	-	-	-	-	-	-	600	3	1	231	2	1
Total	2113	9	9	1540	9	9	600	3	3	231	2	2
Total geral de pessoas				4.484								
Total geral do N de Microáreas				23								
Total geral de ACS				23								

Operacionalização das ações dos ACS

Durante o processo de formação, os ACS foram instruídos a elaborar um plano de trabalho mensal, que deve ser cumprido de forma obrigatória e produzir um relatório

a ser encaminhado para o chefes das equipes ou supervisores. A seguir a essa formação, iniciou-se a fase do mapeamento das microáreas, e o início o processo de cadastramento do pessoal que somente teve início em Junho de 2014, contrariamente ao previsto, devido à realização do censo populacional e habitacional que ocorreu em toda extensão territorial do País, inviabilizando, no mês de Maio, a continuidade de execução das ações do Projeto nas unidades selecionadas. Nas fichas de cadastramento, faz-se um levantamento de dados individuais e coletivos que serão lançados em uma Base de Dados para posterior análise, já que é do interesse do Projeto conhecer a situação sanitária das microáreas e as condições de vida dos militares e das famílias que vão ser acompanhados, o que permitirá posteriormente definir os problemas prioritários de saúde dessas áreas e auxiliar os Comandantes na tomada de medidas.

A partir do mês de Outubro de 2014, inicia-se o cumprimento do plano de visitas domiciliares para o acompanhamento dos militares e suas famílias. Outra tarefa importante será o início das ações de promoção e prevenção centradas, numa primeira fase, em ações educativas que têm como objetivo contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população militar, por meio do exercício do diálogo com as comunidades militares e do saber escutar que devem ser qualidades do ACS militar para permitir a construção do conhecimento sobre a saúde, aos seus assistidos. O saber ensinar não é para qualquer um, é pois uma virtude que segundo o educador brasileiro Paulo Freire, “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção” (FREIRE, 1996).

São igualmente atividades do ACS a serem desenvolvidas: o registro adequado das atividades realizadas e o registro de outros dados relevantes mediante preenchimento dos modelos disponíveis que irão sustentar o Sistema de Informação do Módulo PACS.

3.5 Perspectivas e considerações finais

Pretende-se dar continuidade a este Projeto fazendo-se um estudo da percepção dos responsáveis, gestores e coordenadores dos SSFAA e usuários sobre o grau de conhecimento que têm acerca do Projeto, avaliar o grau de concordância ou discordância e avaliar os resultados iniciais do Projeto. Os parâmetros para essa avaliação ainda estão em construção. A partir dessas avaliações espera-se a expansão do

Projeto para as restantes cinco Regiões Militares, cobrindo todas as unidades de atenção primária dos SSFAA.

O objetivo mais desafiador é transformar o Projeto em uma estratégia que seja incorporada aos Serviços de Saúde e que contribua para a melhoria da Atenção Primária à Saúde e das condições de vida e saúde da população angolana e em particular dos militares.

O uso do método do PES tem correspondido às expectativas, o que tem evidenciado uma larga vantagem no seu uso, já que nos deparamos diante de dificuldades de ordem política e material. Ainda assim, tem sido possível encontrar soluções alternativas. É importante considerar, a cada momento, as dificuldades e os problemas a serem superados e, é claro, as possibilidades de avanço. Neste sentido, o monitoramento e avaliação tem um papel importante, pois fornecem o subsídio necessário para a correção de rumos e o aperfeiçoamento da proposta.

Observamos que, em meio às dificuldades, é possível encontrar maneiras para superá-las, desde que haja abertura, vontade das partes e formas próprias de conduzir os processos. O PES é realmente um condutor por excelência para processos complexos, e este Projeto mostra-nos que pode sempre existir uma oportunidade de *transformar a utopia em realidade*, embora ela seja algo irreal, imaginária, mas também uma coisa idealizada, a qual queremos no presente ou no futuro.

A incorporação de ACS nos Serviços de Saúde é uma prática mundial que data desde o sec. XIX devido a sua importância por ser uma tecnologia importante que fortalece a aplicação das políticas da APS. Referindo-se ao processo de Revitalização dos Serviços de Saúde Primária em Angola para o alcance dos Objectivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados com a saúde, a Província de Luanda iniciou em 2007 o PACS em seis municípios com a coordenação da Direção Provincial de Saúde. Este projeto iniciou na comuna do Kikolo – município de Cacuaco, e mais tarde foi extensivo para outras localidades dos municípios de Cacuaco, Sambizanga, Kilamba Kiaxi, Samba e Viana. Em 2008 o Projeto reunia cerca de 1500 ACS. No encontro de balanço sobre a essa experiência de Luanda, realizado em 2008, ficou reconhecido o papel e a importância desses profissionais na manutenção da saúde e melhoramento da qualidade de vida das populações dessas áreas, tendo sido recomendado que o PACS ganhasse maior expressão no resto do país e em todo o Sistema Nacional de Saúde angolano

O Brasil tem já uma larga experiência desse modelo, que tem proporcionado grandes benefícios para o seu sistema de saúde e para a população em geral. De acordo com dados do Ministério da Saúde – Departamento de Atenção Básica, no mês de abril de 2011 existiam, no Brasil, 246.130 Agentes Comunitários de Saúde, atuando em 5.374 municípios, vinculados às equipes de saúde da família ou ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde que proporcionam uma cobertura potencial para mais de 120 milhões de brasileiros ao desenvolverem ações de promoção, prevenção, apoio à assistência e ações de vigilância em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (TESTA, 1992).

O trabalho do ACS na unidade militar é alvo de destaque, porque vai dar um impulso significativo, outra dinâmica no processo de trabalho dos serviços de saúde, e vai contribuir para melhorar a assistência aos militares e às populações, à comunidade militar no nível da atenção primária. O absenteísmo e abandono terapêutico dos doentes que se verificam no meio militar são males que podem ser minimizados com a intervenção dos ACS naqueles doentes crônicos que apresentam maus hábitos comportamentais, ou seja os alcoólatras, fumadores e/ou usuários de drogas. Essas ações podem ser realizadas pelos ACS ou em conjunto com os agentes sociais lá onde existirem, tanto nas unidades de saúde, quartéis e bairros como em residências adscritas à sua microárea. Na unidade militar esse profissional deve ser um vigilante permanente para alertar oportunamente o pessoal do Posto Médico sobre qualquer ocorrência ou alteração do estado de saúde das tropas. Essas ações de vigilância vão contribuir para a diminuição dos casos de Malária grave, mortes súbitas, os AVC, outras complicações de doenças cardiovasculares ou diabetes e outras situações negativas que se constatarem regularmente na comunidade militar.

O objetivo da criação do PACS nas unidades militares consiste fundamentalmente no fortalecimento da atenção primária, envolvendo ações de promoção da saúde através da educação à saúde, educação sanitária, o controle direto do militar através das ações de vigilância à saúde (epidemiológica, sanitária), acompanhamento e monitoramento das ações assistenciais e criação de confiança e vínculo entre os usuários e os Serviços de Saúde.

Se o ACS militar realizar o cadastramento e efetuar regularmente as visitas, será possível dizer que haverá um certo controle ou vigilância à saúde dos efetivos e não simplesmente a manutenção da situação de “abandono” em que se encontram. Acreditamos que muitos dos problemas existentes podem ser minimizados ou até

superados com as ações de promoção de saúde que os ACS deverão exercer, podendo-se evitar que militares que padecem de Diabetes, HTA, TBP, HIV/AIDS, Hepatites ou outras enfermidades, não conheçam o seu estado de saúde, pessoas que, mesmo sabendo do seu estado de saúde, sejam negligentes ao ponto de não se interessarem por sua saúde, ou aqueles que, conscientes das suas doenças como ITS por exemplo, tendam deliberadamente a propagá-las para outras pessoas.

Desenvolver este trabalho no meio militar, a princípio parecia algo irreal, quando juntamos todos os condicionalismos inerentes aos quartéis, nos quais encontramos outros padrões de organização da atividade dos homens e sobretudo as limitações próprias destas comunidades específicas. É um meio difícil de lidar, porque tudo que aí se realiza deve ter ordem do comandante, sobretudo no acesso à essas unidades ou a participação dos efetivos nos trabalhos. É claro que não nos sentimos “*paraquedistas*”, somos militares, e conhecemos as normas de funcionamento das unidades militares e isso foi uma grande vantagem para o Projeto, contando também com o fato de termos boas relações de aproximação com muitos dos comandantes encontrados nestas unidades, relações essas que foram semeadas durante vários anos, nas várias regiões onde juntos trabalhamos, em cumprimento do serviço militar.

Outro fator, é a predisposição ou interesse manifestado pelo pessoal em participar do Projeto, que segundo opinião dos atores (2013 - 2014), afirmam que esse Projeto é algo que deve ser abraçado porque irá facilitar o monitoramento e o acompanhamento da situação de saúde das nossas tropas [...] (informação verbal)^{xxii}.

O trabalho dos ACS, de maneira geral, costuma ser dependente do fator remuneratório, segundo a experiência da província de Luanda. Esta situação é reivindicada por estes profissionais, uma vez não estarem vinculados ao MINSA. No caso dos militares, não se verifica esta situação porque apesar de cumprirem ordens militares, estes são efetivos das Forças Armadas no ativo e possuem um salário.

^{xxii}Informação fornecida por muitos atores, entre gestores, formadores, comandantes das unidades, ACS formados, durante as seções de formação realizadas em 2013 e 2014.

3.6 Referências

ANGOLA. Ministério do Planeamento/PNUD: Objectivos do Desenvolvimento do Milénio, 2005. Disponível em <http://mirror.undp/org./angola/publications.htm>. Acesso em 14 Agosto 2012

ANGOLA. MAT/ PNUD. *Encontro Nacional sobre Administração Local em Angola*, Editora Nzila. Luanda - Angola. 2005a.

ANGOLA. Ministério da Administração do Território/Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento: Desconcentração e descentralização em Angola. v. II. Luanda: Ponto UM. Indústria Gráfica; 2007.

ANGOLA. Despacho N° 30 /CEMGFAA/2012: Sobre a aprovação da Normas de Execução Permanente da Companhia Médica de Brigada ou Unidade Equivalente. Abril, 2012.

ANGOLA. Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial: Plano Nacional de Desenvolvimento 2013-2017, Dez 2012. Disponível em <http://www.minfin.gv.ao/fsys/PND.pdf>. Acesso em 04/03/14.

ANGOLA. MINSÁ-DNSP. *Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde. para acelerar a redução da mortalidade materna infantil*. Luanda – Angola, Jan 2008b.

ANGOLA. MINSÁ. *Revitalização do Sistema Municipal de Saúde: para acelerar a redução da mortalidade materna infantil*. Luanda – Angola, Mar 2008c.

REPÚBLICA DE ANGOLA. Decreto-Lei N.º 38/02, Regulamento de Assistência Médica e Medicamentosa das FAA. Artigo I. Jul, 2002.

ANGOLA. Direção de Serviços de Saúde do Estado Maior General das Forças Armadas Angolanas. *Normas de Execução Permanente - Companhia Médica (Brigada ou UM equivalente)*. S/D.

REPÚBLICA DE ANGOLA. Lei n° 21-B/92, Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde, publicada no Diário de República n° 34, I Série de 28 de Agosto. Política Nacional da Saúde, 2009

ANGOLA. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde: por uma vida saudável para todos, 2010.

ANGOLA. Ministério da Saúde. Relatório sobre o Inquérito da Malária, 2011.

ANGOLA. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025. Luanda, v.2, 2012.

ANGOLA. Ministério das Finanças: Relatório de fundamentação do Orçamento Geral do Estado, 2014.

ANGOLA. Ministério do Planeamento e do Desenvolvimento Territorial: Plano Nacional de Desenvolvimento 2013-2017. Dez, 2012. Disponível em <http://www.minfin.gv.ao/fsys/PND.pdf>. Acesso em 04/03/14.

BUNGO, Francisco. **Estudo da prevalência da filariose bancroftiana e loana na Vila do Buco-Zau, norte de Angola**. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2002. 72 p.

BOLETIM Nº 38 DO OBSERVATÓRIO DOS PAÍSES DE LÍNGUA OFICIAL PORTUGUESA – OPLOP. Disponível em <http://www.oplop.uff.br/boletim/380/novos-balancos-da-situacao-da-saude-em-angola>. Acesso em 13/05/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica: O trabalho do Agente Comunitário de Saúde- Série F, Comunicação e Educação em Saúde. Brasília – DF, 2009. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf. Acesso em 13 mai. 2014.

Corbo AM D'Andrea. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 177-222

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia - Saberes Necessários à Prática Educativa** Editora Paz e Terra. Coleção Saberes. 1996 36ª Edição.

GABINETE LEGAL ANGOLA ADVOGADOS (GLA). Guia de Investimento: Angola. Jan. 2011. Disponível em: http://www.plmj.com/xms/files/Guias_Investimento/Guia_de_Investimento_em_Angola.pdf. Acesso em: 22 ago. 2013.

LIDA, Itiro. Planejamento Estratégico Situacional. São Paulo, Revista Produção, v. 3, n. 2, p. 113-125, 1993.

MCKEE M, HEALY, J. The role of the hospital in a changing environment. *Bulletin of the World Health Organization*, v.78, n. 6, p. 803-810, 2000.

MATUS, Carlos. O Plano como aposta. São Paulo em perspectiva. v. 5, n. 4, p. 28-42, out/dez. 1991.

MATU S, C. El plan como apuesta, Revista PES, n.2, p. 9-59,1993

MELLEIRO, M.M.; TRONCHIN, D.M.R; CIAMPONE, M.H.T.; **O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem**. Acta paul. Enferm, 2005.

MENDES, E.V. **Distrito sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994. 310 p.

OLIVEIRA, M.S. **Processo de Descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola** [Tese de Doutorado]. Rio do Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2010.

OLIVEIRA, M.S.; ARTMANN, E. **Regionalização dos serviços de saúde: desafios para o caso de Angola.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 751-760, abr. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estratégia da OMS de cooperação com os países: Angola, 2002-2005. 2005b. Disponível em http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/countries/angola_2002_2005_portuguese.pdf . Acesso em 14/Out/2013.

PNUD. Relatório do Desenvolvimento Humano 2013: a ascensão do sul. O progresso humano num mundo diversificado. One United Nations Plaza, New York, 2013. 210 p.

SANTOS, D. **Economia, democracia e justiça em Angola: o efêmero e o permanente.** *Estudos Afro-Asiáticos*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 99-133, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília:UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SANTOS, M.et al. **Território, territórios:** ensaios sobre o ordenamento territorial. 2 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

TEIXEIRA, C.F. Planejamento municipal em saúde. Salvador : ISC, 2001.

TESTA, M. Tendências em planejamento: pensar em saúde. Porto Alegre, 1992.

UNICEF/ANGOLA. Relatório Anual 2010: uma Angola melhor para todas as crianças, 2010. 23 p.

IV – Quarta Parte

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme observamos, existem algumas experiências sobre o funcionamento do PACS, seja por iniciativa das ONG`s que são os primeiros a introduzir essa experiência em Angola, concretamente na Província de Luanda ou por iniciativa de algumas Direcções Provincias de Saúde, no caso da Huíla, no qual durante as visitas que efetuamos em algumas localidades onde desenvolvemos o nosso Projeto, em Tchamutete por exemplo, encontramos esses profissionais que desenvolvem as suas atividades naquelas comunidades. Há evidências da existência de mais equipes dos ACS em outras localidades ou municípios pelo País afora.

Nas FAA, iniciamos uma experiência piloto e estamos em crer que o sucesso desse Projeto pode ser alavanca para a expansão do Programa em outras Regiões Militares conforme as nossas perspectivas. Estas iniciativas isoladas por si só mostram que de fato o Programa é importante, necessário e pode funcionar em contexto nacional.

Deve ser preocupação dos órgãos que tutelam a saúde no País em valorizar essas iniciativas, apoiando na formulação de políticas de âmbito nacional porque as evidências demonstram somente melhorias do desempenho dos próprios serviços de saúde e na melhoria da qualidade de vida das populações.

A realização deste Projeto tem um significado importante não só do ponto de vista individual do autor como também do ponto de vista institucional. Individual porque é um feito que atribui uma certa valorização e orgulho de ver materializado um sonho que se torna em realidade. Institucional porque a partir de então começa-se a falar do ACS nos serviços e a encarar a Atenção Primária à Saúde com outro olhar, porque é o ponto de partida para o melhoramento da atenção integral à saúde dos indivíduos.

É importante que a produção da informação que vai ser gerada por esses agentes através do Sistema de Informação que está sendo construído paralelamente a este Projeto, seja capaz de atrair os problemas reais dos militares e dos quartéis e servir os responsáveis no momento de tomada de decisão. Os profissionais deverão ser

constantemente atualizados para que possam exercer a sua atividade com maior qualidade e rigor, e fornecer dados confiáveis para alimentar o SI.

Em Angola, a disponibilidade de várias opções de serviços de saúde ou de informação de saúde é muito reduzida sobretudo nas localidades mais periféricas ou em unidades militares. Pensamos que mesmo valorizando o aspeto cultural das pessoas ou comunidades, é menos provável que haja rejeições em acolher esse profissional (o ACS), nas suas visitas domiciliárias, até porque os povos africanos são por natureza povos acolhedoras. Pretendemos que a informação da saúde seja repassada por este profissional, o que irá permitir maior relação de confiança entre a comunidade e ele assim como dele para com a equipe de saúde da sua área de trabalho. A experiência de trabalho dos ACS vinculados ao SUS – Brasil, indica que a medida em que o município aumenta o tamanho e se mune de mais equipamentos de saúde, percebe-se clara mudança na dinâmica do trabalho dos ACS, uma vez que a existência de mais ofertas de serviços como clínicas particulares, planos de saúde, acesso a mais informação, entre outros fenômenos sociais, dificultam o acesso do ACS na realização do seu trabalho, muitas vezes pela recusa a sua visita.

É importante que neste processo de reforma sanitária que está em curso no País, se começa a criar a cultura de valorizar da atenção primária começando com a formulação da legislação necessária e a implementação das estratégias definidas no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. Por outro lado, consideramos uma tarefa importante a conjugação de esforços entre as instituições do estado, as academias, para que seja estimulada a cultura da investigação científica sobre os problemas da sociedade angolana, e produzir uma informação com a qualidade necessária que possa servir de orientação aos gestores e responsáveis a todos os níveis no processo de tomada de decisão, e não somente acomodar-se ao atual estado do empirismo de funcionamento existente.

Para que mudanças relativas à concepção de promoção da saúde na APS aconteçam na sociedade angolana, impõe-se a necessidade da criação de momentos de diálogo com toda a equipe de saúde, para que haja reflexão, planejamento e avaliação quanto às ações de promoção a serem desenvolvidas. Para tanto, são necessários saberes teóricos e práticos referentes a promoção da saúde que subsidiem essas discussões, ou seja, um processo de capacitação dos atores do processo, tanto os profissionais como a comunidade, para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

APÊNDICES

1. Características das Unidades de Estudo
2. Plano Geral do Projeto
3. Cronograma
4. Atribuições dos ACS

Apêndice 1 – Características das Unidades de Estudo

Quadro nº1 – Características das Unidades de estudo

<i>Unidade Militar</i>	<i>Localização e características</i>	<i>Posto Médico</i>	<i>Outras informações</i>
60ª BIM	Município da Matala com 93065 km ² e cerca de 800.000 hab. Dista 181 Km do Lubango, tem clima subtropical quente. É o segundo centro comercial, depois do Lubango. Possui muitos recursos naturais com ênfase para os hídricos, agro-pecuários, florestais, rochas lateríticas e graníticas	Possui 1 Psicólogo Clínico (Chefe), 1 TME, 14 TBE, 16 IS e 33 Socorristas/Técnicos práticos. Presta assistência para um efetivo de 2113 militares, além de familiares destes	Nesta localidade existe ainda um Hospital e um Centro Médico Municipal para assistência à população civil.
A 61ª BIM	Comuna de Tchamutete (Município da Jamba), situa-se a 160 km da sede do Município e a 315 Km da cidade do Lubango. O município tem 2.798 km ² e cerca de 126.799 habitantes, essencialmente camponeses. É um dos pólos de desenvolvimento por excelência da Província da Huíla, dada as suas potencialidades em recursos minerais (ferro e ouro), florestais e hídricos e é caracterizado por um clima tropical húmido.	Tem 9 TMS, 8 Enfermeiros básicos, 6 Sanitários cursados e 38 Sanitários não cursados. A unidade presta assistência para um efetivo de 1540 militares, além de seus familiares.	Em Tchamutete existe um Centro de Saúde que atende a população civil e possui um PACS funcional.
Regimento Aéreo de Caças do Lubango	No perímetro do aeroporto da cidade do Lubango, um dos maiores centros urbanos de Angola. É a capital da província da Huíla, possui cerca de 1.325.000 habitantes. A principal fonte de renda para a população desta região é a atividade agropecuária. O turismo é outra fonte de receitas desta região, destacando-se a Fenda da Tundavala, uma paragem obrigatória dos visitantes e considerada a maior das 7 maravilhas naturais do país.	Tem um coletivo profissional composto de 12 técnicos de saúde que prestam assistência médica para um efetivo de 600 militares e famílias.	A cidade possui várias infraestruturas sanitárias que atendem a população geral, entre elas postos e centros de saúde distribuídos nos bairros, o hospital pediátrico, o hospital materno-infantil e o hospital geral
Base Naval do Namibe	Cidade do Namibe, a capital da Província com o mesmo nome. Tem 57.091 km ² , com cerca de 314 000 habitantes. É a região de Angola onde se localiza o Deserto do Namibe, onde se encontra a <i>Welwitschia Mirabilis</i> , uma espécie vegetal rara. A principal actividade da população é a pesca e a criação de gado.	Tem uma equipe de 12 profissionais de saúde. Aqui são assistidos 231 militares e familiares.	Outras unidades sanitárias encontradas nesta cidade são o hospital geral, o hospital materno-infantil e um hospital pediátrico que assistem a população geral.

Apêndice 2 – Plano Geral do Projeto

Quadro nº2 – Plano Geral do Projeto

	<i>Atividade</i>	<i>Período</i>
POLÍTICO-ESTRATÉGICO	1. Realizar o Estágio em Serviços na SMSA - BH	2010-2011
	2. Formulação da Ideia do Projeto e ingresso no Programa de Mestrado Prom Saúde e Prev. Violência	2012
	3. Encaminhar o Projeto ao CDSS/EMGFAA para sua aprovação	2012
	4. Solicitar a Autorização Superior (CEMGFAA) para a realização do Projeto	2012
	5. Solicitar os recursos para viabilização do Projeto	2013 e 2014
	6. Apresentar do Projeto aos oficiais da DSSEMGFAA	2013
	7. Realizar reuniões com o Chefe da DSSEMGFAA	2013
	8. Realizar reunião com o Chefe do Estado Maior General das FAA	2013
	9. Realizar reunião com o Chefe da DPPT/EMGFAA	2013
	10. Realizar reuniões com Oficiais da DPPT/EMGFAA	2013
	11. Realizar reuniões com Chefes de Repartições da DSS/EMGFAA(ROP, RMCH, RMP, RDGC, RPO, RF, Seção de Informática)	2013
	12. Realizar um encontro com responsáveis da Direção Provincial de Saúde de Luanda	2013
	13. Reuniões com Oficiais das Direções de Saúde dos Ramos (Exército, FAN, MGA)	2013
	14. Realizar contatos com Responsáveis da DF/EMGFAA	2013 e 2014
	15. Realizar reuniões com os Comandos da Região Militar Sul, Comando da Região Aérea Sul e Região Naval Sul para apresentação do Projeto	2013 e 2014
	16. Realizar encontros com os Comandos da 6ª Divisão, 60ª BIM, 61ª BIM, RAC, BNN	2013 e 2014
	17. Expedir ofícios explicativos aos Comandantes dos Ramos das FAA, sobre a necessidade de implementar o Projeto piloto do PACS em unidades da RMSul/RASul/RNSul	2013
	18. Elaborar Carta-convite para o orientador e co-orientador do Projeto endereçada ao Diretor da FMUFG	2013
	19. Expedir Ofício à Embaixada de Angola solicitando o visto de entrada em Angola do orientador e co-orientador no âmbito do Projeto	2013
	20. Realizar encontros com os Comandos da 6ª Divisão, 60ª BIM, 61ª BIM, RAC, BNN	2014
PARTE TÉCNICA	21. Criar o Grupo de trabalho	2013
	22. Elaborar o Plano Orçamental do Projeto e encaminhar para aprovação superior	2013
	23. Trabalhar na seleção das Unidades para o Projeto Piloto	2013
	24. Preparar as oficinas	2013
	25. Realizar as oficinas	2013 e 2014
	26. Iniciar as atividades do ACS	2014
	27. Fazer supervisão, monitoramento e avaliação	2014-2015
	28. Redação	2013 - 2015
	29. Qualificar o Projeto	2013
	30. Realizar a defesa da Dissertação	2014
	31. Publicação	A definir

Apêndice 4 – Atribuições dos ACS

Atribuições para o agente comunitário de saúde militar:

- Realizar o mapeamento da sua área de atuação;
- Orientar a comunidade para utilização adequada do Posto Médico da Unidade;
- Cadastrar todos efetivos militares e suas famílias na sua área de abrangência;
- Colher dados sobre saneamento e higiene, água, e tratamento do lixo;
- Realizar visita na caserna ou no domicílio acompanhar mensalmente os militares ou as famílias: Identificar e registrar todos os militares da unidade ou os membros da família do militar, doentes hipertensos, diabéticos, portadores de HIV/SIDA, tuberculose, e todas gestantes e crianças de militares de 0 a 6 anos;
- Registrar doenças de notificação obrigatória e de vigilância epidemiológica, óbitos e nascimentos;
- Participação no processo de planejamento e programação local, junto dos técnicos de saúde do Posto Médico da Unidade.

ANEXOS

1. Despacho do CEMGFAA
2. Grupo de Trabalho
Plano de Atividades do Grupo de Trabalho
3.
 - Programa de formação e capacitação
 - Convocatória dos Oficiais
 - Presenças dos Oficiais
 - Ofício para a Embaixada de Angola no Brasil
 - Ofício para FMUFMG
 - Presenças dos formadores
 - Presenças dos ACS - 60ª BIM
 - Presenças dos ACS - 61ª BIM
 - Presenças dos ACS – RAC
 - Presenças dos ACS – BNN
4. Composição da Companhia Médica da Brigada.
Composição do Posto Médico da Brigada.
5. Perfil profissional do pessoal que integra a Companhia Médica

ANEXO I

Despacho do CEMGFAA

*Alf. R. F. O.
Tom condicionalmente
retirado 21/3/13
J.M.*



FORÇAS ARMADAS ANGOLANAS
ESTADO-MAIOR GENERAL

GABINETE DO CHEFE DO ESTADO-MAIOR GENERAL

AO
CHEFE DA DSS/EMG
CHEFE DA DIRECÇÃO DE ADM. E
FINANÇAS DO EMG
LUANDA

NOTA Nº 01808 /GAB.CEMGFAA/00.35/03/2013

Os nossos melhores cumprimentos.

Incumbe-nos Sua Excelência General de Exército, CEMGFAA, de remeter a Nota nº 353/5.01/DSS/GC/EMG/13, datada de 27 de Março, procedente da Direcção dos Serviços de Saúde do EMG, em conformidade com o seu Despacho exarado a respeito, cujo teor se segue

DESPACHO:

AO
CHEFE DA DSS.EMG E DAF.EMG.
CIC: CHEFE DA DPPT.EMG E GIC.EMG
AUTORIZO.
ASS: O CEMGFAA
GEN.EXE.
27.03.13
..... Está Conforme.....

GABINETE DO CHEFE DO ESTADO-MAIOR GENERAL DAS FAA, EM
LUANDA, A 27 DE MARÇO DE 2013. -

JOSE MORAIS PALMO
TENENTE-GENERAL

CIC:
- CHEFE DA DPPT.EMG
- GIC.EMG

1080 02.04.13

UNIDADE
MILITARES

Alf. R. F. O.

ANEXO II

Quadro nº 4 – Composição do grupo de trabalho

<i>Nome</i>	<i>Cargo na DSS/EMGFAA</i>
1. Coronel Médico Miguel Gaspar	Chefe da Repartição do Planeamento e Organização
2. Coronel Médico Pascoal Folo	Chefe da Repartição de Operações
3. Coronel Médico Francisco Bungo	Chefe da Repartição de Medicina Preventiva
4. Coronel Médico Manuel Cadete Leite	Chefe da Repartição de Medicina Curativa e Hospitais
5. Coronel Médico Cajau	Chefe da Repartição de Saúde RM Sul
6. T/C Programador Francisco Antas	Chefe do Centro de Processamento de Dados
7. Civil Amílcar Sanchez	Chefe da Secção de Estatística
8. T/C Médico Alberto F. Macaia	Mestrando
9. T/C André J. M. Chimuco	Mestrando

Quadro nº5 – Plano de atividades do Grupo de trabalho

<i>Atividade</i>	<i>Responsável</i>	<i>Executor</i>	<i>Período</i>	<i>Resultado</i>
1. Realizar duas reuniões mensais do grupo de trabalho	Grupo de trabalho	Grupo de trabalho	de Permanente	12 reuniões realizadas
2. Trabalhar com as DSS/Ramos para a selecção das Unidades	Grupo de trabalho	2 Mestrandos	Fevereiro/13	1. Seleccionadas as unidades: 60ª Brigada 61ª Brigada RAC – Lubango BN – Namibe 2. Feitas consultas com os chefes das Repartições de Saúde da RM Sul
3. Dar tratamento das questões administrativas, protocolares inerentes ao Projeto	Grupo de trabalho	Grupo de trabalho	de Permanente	Elaborado Dossier para aprovação do CEMGFAA Elaborados ofícios para Comandantes do Ramos Elaborados ofícios para Embaixada de Angola no Brasil e para Faculdade de Medicina da UFMG
4. Elaborar o Plano de Ação do Projeto	Grupo de trabalho	Grupo de trabalho	de Junho/13	Plano de Ação elaborado
5. Fazer a aquisição do material necessário para a realização das oficinas	Grupo de trabalho	2 Mestrandos	Fev – Mar 2013	Material adquirido
6. Trabalhar na selecção dos formadores dos ACS	Grupo de trabalho	2 mestrandos	Maio/13	1. Deslocou-se à cidade do Lubango onde se fez a selecção dos 15 formandos
7. Elaboração dos instrumentos de trabalho do ACS	Grupo de trabalho	2 mestrandos	Até Junho/14	1. Elaboração da ficha de cadastro do militar 2. Elaboração da ficha de cadastro da família do militar 3. Elaboração da ficha de registo de doentes TBC, HÁ, Diabetes e Gestante 4. Elaboração da ficha de relatório
8. Fazer avaliação da 1ª fase de atividade de campo	Grupo de trabalho	2 mestrandos	Junho/13	Produziu-se um relatório de avaliação
9. Monitorar e avaliar a execução do Plano	Grupo de trabalho	Grupo de trabalho	de Permanente	Em curso

ANEXO III

Programa de formação e capacitação



PROGRAMA

DAS ATIVIDADES DE ORIENTAÇÃO DOS MESTRANDOS PARA O PROJETO PILOTO SOBRE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS FORÇAS ARMADAS ANGOLANAS

PROGRAMA

OFICINA DE CAPACITAÇÃO DOS OFICIAIS SENIORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE		
03/06/2013 – SEGUNDA FEIRA		
HORÁRIO	ATIVIDADE	ORIENTADOR
9H00	ABERTURA	TENENTE GENERAL MÉDICO AIRES AFRICANO – CHEFE DA DIRECÇÃO SS/FAA
9H30 – 11H20	TEMA: Importância da Atenção Primária à Saúde (APS), no contexto dos países com elevadas taxas de morbilidade e mortalidade	Prof. Dr. António Leite e Prof. Horácio Faria
Coffee break		
11H30 – 13H00	TEMA: Importância dos Sistemas de Informação em saúde, foco na qualidade de informação sobre a mortalidade	Prof. Horácio Faria
04/06/2013 – TERÇA FEIRA		
HORÁRIO	ATIVIDADE	ORIENTADOR
9H00 – 10H30	TEMA: O processo de trabalho em saúde	Prof. Horácio Faria
Coffee break		
10H40 – 12H10	TEMA: Gestão dos Serviços de Saúde, foco no trabalho em equipe	Prof. Dr. António Leite

**PROGRAMA DAS ATIVIDADES DE ORIENTAÇÃO DOS MESTRANDOS PARA O PROJETO PILOTO DE
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

foco no trabalho em equipe			
OFICINA DE FORMAÇÃO DE FORMADORES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SOBRE SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA APS			
05/06/2013 – QUARTA FEIRA			
Manhã	Discussão do papel do ACS na APS Atividades desenvolvidas pelo ACS A visita Domiciliar do ACS	DSS/EMGFAA	Prof. Horácio
Tarde	Construção do Roteiro de Visita Domiciliar do ACS		Alberto e Prof. Dr. Antônio
	Sistema de Informação da APS		Prof. Horácio e André Chimuco
06/06/2013 – QUINTA FEIRA			
Manhã e tarde	Capacitação para utilização do Roteiro de visita domiciliar do ACS	DSS/EMGFAA	Alberto e Prof. Dr. Antônio Prof. Horácio e André Chimuco
	Sistema de Informação da APS		
07/06/2013 – SEXTA FEIRA			
Manhã	Capacitação para utilização do Roteiro de visita domiciliar do ACS	DSS/EMGFAA	Prof. Antônio Leite e Alberto Macaia
	Sistema de Informação da APS		Prof. Horácio e André Chimuco

Convocatória dos Oficiais



Forças Armadas Angolanas
Estado Maior General
Ministério dos Serviços de Saúde

GABINETE DO CHEFE DA DIRECÇÃO

CONVOCATÓRIA N.º _____/Gah.Ch.DSS/EMGEAA/13


Realizando-se nos dias 03 e 04 de Junho de 2013, um Seminário (Programa anexa) no âmbito da Atenção Primária à Saúde a ser orientado por docentes da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais/Brasil (FMC/UMG), os Senhores **Dr. António Leite Radicchi** – Médico, Doutor em Medicina Preventiva, Professor do Internato em Saúde Coletiva e Saúde Ambiental do Departamento de Medicina Preventiva e Social e **Horácio Pereira de Faria** – Médico, Mestre em Medicina do Trabalho, Professor do Internato em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social.

São por este meio convocados (convidados) a participarem do referido Seminário a ter lugar na Sala de Reuniões da DSS/EMGEAA, os seguintes elementos:

1. Brigadeiro Médico Alberto de Almeida (CAATM)
2. Brigadeiro Médico Belchior da Silva (CAAM)
3. Brigadeiro Médico José Cunha (Director Geral do HMP/IS)
4. Brigadeiro Médico Carlos Sampaio (Chefe da DSS/EMF)
5. Brigadeiro Médico Armando Pinto (Chefe da DSS/PAN)
6. Contra Almirante Médico Carlos Saturnino (Chefe da DSS/MGA)
7. Brigadeiro Médico Mário Conde (Inspector Superior)
8. Coronel Jurista Apolinário Tvaristo (Auditor Chefe)
9. Coronel Médico Miguel Gaspar (Chefe da RPO)
10. Coronel Médico Pascoal Folo (Chefe da ROP)
11. Coronel Médico Francisco Bungo (Chefe da RMP/DSS/EMGEAA)
12. Coronel Médico Manuel Cadete (Chefe da RMCT/DSS/EMGEAA)
13. Coronel Médico Vuvu Agostinho (Chefe da RDGC/DSS/EMGEAA)
14. Coronel Médico Titânio Rolo (Repar. Prog. Assis. Psicol. e Social)
15. Coronel Economista Francisco Xavier (Chefe da RF/DSS/EMGEAA)
16. Coronel Médica Inês Primo (Presidente da JMM)
17. Coronel Médico Tavares Cândido (Chefe RS/GMT)
18. Coronel Médico Cláudio Nanda (Chefe da RPO da DSS/PAN)

19. Coronel Médica Maria de Graça Bela Neto (Chefe da RMP/DSS/FAN)
20. Capitão de Mar e Guerra Médico Fernando Chibia (Chefe da RMC/DSS/MGA)
21. Capitão de Mar e Guerra Isaac Agostinho (Coord. Prog. TBC)
22. Coronel Médico Aurélio (Chefe da RMC/DSS/FAN)
23. Capitão de Mar e Guerra Bernadete (Chefe da RMP/DSS/MGA)
24. Ten. Coronel Farmacêutico Francisco Quintas (Chefe da RLM/DSSEMGA)
25. Ten. Coronel Farmacêutico Fernando Kuatoco (Chefe LPQF)
26. Ten. Coronel Médico Muanza Lopes (Coord. Prog. Malária)
27. Ten. Coronel Adelina Siquilili (Coord. Prog HIV/SIDA)
28. Ten. Coronel Programador Francisco Antas (Chefe do CPD)
29. Ten. Coronel Médico Fernando Paixão (Chefe da RMP/DSS/EME)
30. Ten. Coronel Médico Hermenegildo Soque (Chefe da RPO/DSS/EME)
31. Capitão de Fragata Ildes Samaieta (Chefe da RPO/DSS/MGA)

Gabinete do Chefe da DSS/EMGFAA em Luanda, aos 20 de Maio de 2013

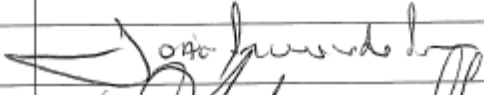
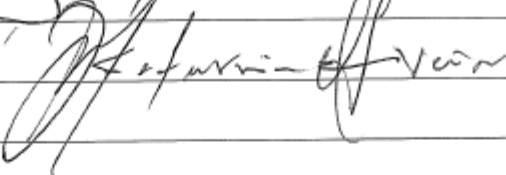
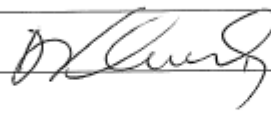

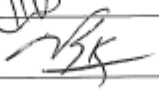
O Chefe da DSS/EMG/FAA

Aires do Espírito Santo Africano
"Tenente General – Médico"


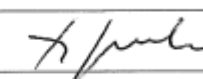

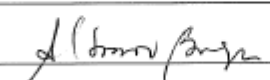
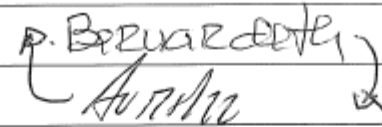
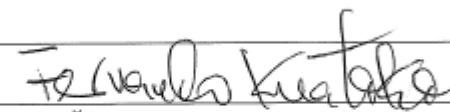
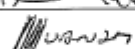
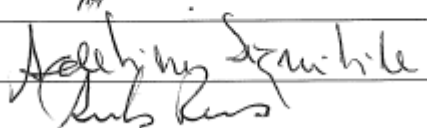
Presenças dos Oficiais Seniores dos SSFAA

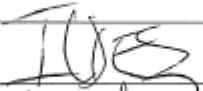
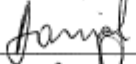
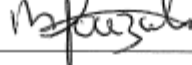
SEMINÁRIO SOBRE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

LISTA DE PRESENÇA

DATA: 03.06.13 – SEGUNDA FEIRA

NOME	ASSINATURA
1. Brigadeiro Médico José Cunha (Director Geral do HMP/IS)	
2. Brigadeiro Médico Mário Conde (Inspector Superior)	
3. Brigadeiro Médico Carlos Sampaio (Chefe da DSS/EME)	
4. Brigadeiro Médico Armando Pinto (Chefe da DSS/FAN)	
5. Contra Almirante Médico Carlos Saturnino (Chefe da DSS/MGA)	
6. Coronel Jurista Apolinário Evaristo (Auditor Chefe)	
7. Coronel Médico Miguel Gaspar (Chefe da RPO)	
8. Coronel Médico Pascoal Folo (Chefe da ROP)	
9. Coronel Médico Francisco Bungo (Chefe da RMP/DSSEMGFAA)	
10. Coronel Médico Manuel Cadete (Chefe da RMCH/DSSEMGFAA)	
11. Coronel Médico Vuvu Agostinho (Chefe da RDGC/DSSEMGFAA)	
12. Coronel Médico Joaquim Gaspar Mendes (Inspeção)	

13. Coronel Médico Hilário Rolo (Chefe R.A.P.G.C.C.)	
14. Coronel Economista Francisco Xavier (Chefe da RF/DSSEMGFAA)	
15. Coronel Médica Inês Primo (Presidente da JMM)	
16. Coronel Médico Tavares Cândido (Chefe RS/GML)	
17. Coronel Médico Cláudio Nunda (Chefe da RPO da DSS/FAN) representante RPO	
18. Coronel Médica Maria de Graça Bela Neto (Chefe da RMP/DSS/FAN)	
19. Capitão de Mar e Guerra Médico Fernando Chibia (Chefe da RMC/DSS/MGA)	
20. Capitão de Mar e Guerra Isaac Agostinho (Coord. Prog. TBC)	
21. Coronel Médico Aurélio (Chefe da RMC/DSS/FAN)	
22. Capitão de Mar e Guerra Bernadete (Chefe da RMP/DSS/MGA)	
23. Ten. Coronel Farmacêutico Francisco Quintas (Chefe da RLM/DSSEMGFAA)	
24. Ten. Coronel Farmacêutico Fernando Kuatoco (Chefe LPQF)	
25. Ten. Coronel Médico Muanza Lopes (Coord. Prog. Malária)	
26. Ten. Coronel Adelina Siquilili (Coord. Prog HIV/SIDA)	
27. Ten. Coronel Programador Francisco Antas (Chefe do CPD)	
28. Ten. Coronel Médico Fernando Paixão (Chefe da RMP/DSS/EME)	

29. Ten. Coronel Médico Hermenegildo Soque (Chefe da RPO/DSS/EME)	
30. Capitão de Fragata Ildes Samaieta (Chefe da RPO/DSS/MGA)	
31. Capitão Pinto Daniel (RMCH)	
32. Amílcar Sanchez (Centro de Estatística/DSSEMG)	

Ofício para a Embaixada de Angola no Brasil



**Forças Armadas Angolanas
Estado Maior General
Direcção dos Serviços de Saúde**

Ao
Exmo. Senhor Adido da Defesa da
Embaixada da República de Angola
no Brasil

BRASÍLIA

V/Referência	V/Comunicação	N/Referência	N/Comunicação
	2426	14.08/RPC/DSS/EMG/FAA	08/05/2013

ASSUNTO: SOLICITAÇÃO DE APOIO PARA VISTOS

No quadro da cooperação entre a Direcção dos Serviços de Saúde/EMGFAA e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), a DSS/EMGFAA tem a necessidade de promover o Seminário de capacitação de formadores dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enquadrado no curso de Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina da UFMG, onde estão inseridos dois oficiais desta Direcção.

Por esta razão, solicitamos o apoio da Chancelaria, na obtenção dos vistos para os Senhores Professores da UFMG nomeadamente:

1. **António Leite Radicchi**, portador do passaporte N° FH853696, expedido por SR/DPE/MG, aos 26/04/2013, com prazo de validade até 25/04/2018.
2. **Horácio Pereira de Faria**, portador do passaporte N° FB879946, expedido por SR/DPE/MG, aos 04/10/2010, com prazo de validade até 03/10/2015.

Procedimentos administrativos estão em curso para garantir a vinda dos professores à Angola a partir de 30/05/2013 até 10/06/2013

Sem outro assunto de momento, queiram aceitar as nossas cordiais saudações.

Atenciosamente

O Chefe da DSS/EMG/FAA

 Aires do Espírito Santo Africano
 "Tenente General – Médico"

Ofício para FMUFG



**Forças Armadas Angolanas
Estado Maior General
Direcção dos Serviços de Saúde**

Ao
Exmo. Senhor Diretor da Faculdade
de Medicina da UFMG/Brasil

Belo Horizonte

V/Referência

V/Comunicação

N/Referência

N/Comunicação

2425/1608/RPO/DSS/EMG/FAA

08/05/2013

ASSUNTO: ORIENTAÇÃO DO PROJECTO PILOTO SOBRE A IMPLANTAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DAS FORÇAS ARMADAS ANGOLANAS

No quadro da cooperação entre a Direcção dos Serviços de Saúde/EMGFAA e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), estão em formação no curso de Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina da UFMG, dois oficiais desta Direcção, cujo Programa de estudo prevê a realização de trabalho de campo em Angola, enquadrado no processo de recolha de dados para elaboração das respectivas Dissertações de Mestrado.

Vimos pela presente solicitar a deslocação à Angola, no período de 30/05/2013 à 10/06/2013, os professores **António Leite Radicchi** e **Horácio Pereira de Faria**, orientador e co-orientador deste estudo, pertencentes ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da UFMG, com o seguinte objetivo:

1. Fazer a supervisão do trabalho de campo dos dois mestrandos.
2. Ministar o seminário de capacitação para formadores de Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
3. Trocar experiência com os profissionais dos Serviços de Saúde das FAA sobre o quadro organizacional em serviços de saúde.
4. Lançar as bases metodológicas para o enquadramento dos resultados da investigação em curso no Sistema de Planeamento e Organização dos Serviços de Saúde das Forças Armadas Angolanas.

Os encargos financeiros relativos aos bilhetes de passagem e hospedagem serão suportados pela nossa Instituição.

Sem outro assunto de momento, queiram aceitar as nossas cordiais saudações.

Atenciosamente

O Chefe da DSS/EMG/FAA

[Assinatura]
Aires do Espírito Santo Africano
"Tenente General - Médico"

Presenças dos formadores

FORÇAS ARMADAS ANGOLANAS



EXÉRCITO

COMANDO DA REGIÃO MILITAR SUL

REPARTIÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

LISTA DE PRESENÇA AO SEMINÁRIO DE FORMAÇÃO DE FORMADORES DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SISTEMA DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

N/O	Patente	Nome completo	Unidade Militar	Função	Contacto
01	1.º S/D	Francisco Correia Pedro	RSS/AMSul	Amareuse da Rssaúde	924353727
02	Capitão	Marcelino Edsoni Pedro	60.ª Brigada	CHefe dos Serviços de Saúde	923529590
03	maestre	Manuel António	RSS/RMS	Comdte do Ptao H. A. Epid.	923698848
04	Sub-Atte	José Paula	R.S.S./RMS	of. Recup. Exped. das P. Ch. farmacaut.	933627657
05	Civil	Julieta D. G. da S. Manuel	HMA Sul	Estatística	923817979
06	C.V.L	Pinto Manuel Casamento Augusto	HMA Sul	Estatística	93A767468
07	1.º S/D	ANTÓNIO MARCELINO	R AG	CH. Secção M. Preventiva	923785805
08	1.º S/D	GERALDO CASSOMA DIANUZZI	R RC	CH ESTADÍSTICA E ARQUIVO	926675138

09	S/chefe	Fernando José Catimbo Naveira	B N Naveira	Chefe Adj de Enfermagem	923489315
10	Maj	Marcelino Soares de Natividade	Comando de Reg Arma sul	Oficial de Planejamento e Organização	996923792
11	Maj	José Petrus Mele Paulele	Rep. Saúde 6ª	Ch. de Rep. de Saúde Exercia	930292002
12	T-Cor	Tito Caspary	RSS-RMSul	Of. Plan. Organização	925319086
13	capitão	Alberto Antunes	RCS - RUSE	Oficial V/Mg. Epidemiologia	926009032
14	MAJOR	FRANCISCO JAMBA DOMINGOS	CHCS.Saúde	da 6ª Brigada	924321664
15	TENENTE	ÂNGELO NETO SIMÃO	6ª DIM	OFICIAL DE ESTATÍSTICA	934830556
16					
17					
18					
19					
20					

LUBANGO AOS 05 DE JUNHO DE 2013

O CHEFE DA MISSÃO

|** Tte - Coronel Médico**|

Presenças dos ACS - 60ª BIM

República de Angola
Forças Armadas Angolanas
Exército
Comandos da 60ª BIM Militarizada

Nº	NIP	Patente	Nome Completo	Função	Cidade	N.º de Telefone
01	46527793	Major	Juana Félix	Of. de Atendimento Médico	Comdo 69 N.º 100	949321430 915441983
02	46564693	Cp. 1.º	Marcos Tomasi Roberto	4.º de S. S. do 60.º B. M.	60.º B. M.	923529590
03	54620096	tenente	Foga Guedes coxa	ch. do Prognóstico	60.º B. M.	926481732
04	63009995	capitão	António Caminha	Enfermeiro	Batão Médico	937138886
05	79647403	TENENTE	Cruzado Domingo Cruzado	CH. C. S. S. S.	60.º B. M.	936802691
06	83748302	1.º Sargento Medicina	Agostinho Ambrósio	Enfermeiro	2.º Batão	925150770
07	100924804	2.º Sargento	Fernando Segundo Chitoni	Enfermeiro	2.º Bto	931357392
08	100921806	2.º S.º	Jorge José	Enfermeiro	1.º Bto	9911902038
09	61834302	2.º S.º	Jose Couesso Mampato	Enfermeiro	Cia Médica CH. D. O.	945477641
10	64775800	2.º S.º	Almeida João António	Sometario	Cia Médica CH. D. O.	942216732
11	44867494	1.º Cabo	Elias da Silva Saucedo	Estalístico Enfermeiro	Cia Médica 60.º B. M.	923569913
12	100924808	1.º Cabo	António Lima	SANITÁRIO	1.º B. M.	949773283
13	100933004	1.º Cabo	Firmino José	Enfermeiro	Cia Médica do 60.º B. M.	945792138
14	100924304	Soldado	José Carlos Casquil	Medicador	Bat. Médico	

Mwakafene

15	100924786	Soldado	Domingo Pedro Francisco	Sanitario	Cia Médica	928692569
16	100932835	Soldado	Erasto Shingwe	Sanitario	Cia Médica	987432444
17	100996724	Soldado	Capitán Manuel Bunga	Sanitario	Cia Médica	100996724
18	100904474	Soldado	Pedro José Inigo	Sanitario	Cia Médica	100904474
19	100980690	Soldado	Paulo Klandume Mwaikafene	Enfermeiro	Cia Médica	942202823
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						

Presenças dos ACS - 61ª BIM

- Relatório Nominal dos participantes
de Agentes Comunitários da 61ª Brigada Sólidos
- 1- 5562 2397 Major Francisco Jomba Domingo chefe S.S. Saúde 61ª B.
 - 2- tenente Francisco oficial de saúde pública da 61ª Brigada Cia Médica
 - 3- tenente Magalhães Pedro Brovo - oficial Ed. Patrulha 1º Batalhão
 - 4- tenente Paulo de Castro Jabelo, oficial Ed. Patrulha 1º Batalhão
 - 5- Sds. chefe - José Américo Jomba Mphipa Sds de aquecimento IMO.
 - 6- 1º Sds - David Lianenga Pedro + Chipukwa Enfermeiro Cia Médica
 - 7- 1º Sds - Francisco + Chizondo Mphio - Enfermeiro - Cia Médica
 - 8- Civil Adriano M Jomba - Enfermeiro - Centro de Saúde Com.
 - 9- 1º Sds Manuel Paulo Ndala - Major do 1º Batalhão
 - 10- 2º Sds Alberto Jomba Sochimbinda - Sanitário - DAA.
 - 11- 2º Sds Simão Fabiano INTcha - Sanitário - GAT.
 - 12- 1º Sds Elvário Humbinda José Enfermeiro - Cia Médica
 - 13- 1º Sds Francisco + Chivela Condutor da Cia Médica
 - 14- 1º Cabo Francisco + Jomba Sanitário - DAA
 - 15- Sds António (Hilde) Eduardo Honoroca Cia Médica - Sanitário
 - 16- Sds José Kapala Mundjonga - Sanitário Cia Médica
 - 17- Sds Augusto Vulombul - Sanitário - Cia Médica
 - 18- Sds - Francisco José Sanitário - DAA
 - 19- 2º Sds - António Simba + Chivela Sanitário GAT.
 - 20- Sds - Werner Jacinto José Velinho - Sanitário 1º Batalhão
 - 21- Sds - Nelson Adriano Moras - Condutor 1º Batalhão
 - 22- 2º Sds Juliano Chilume Capati 1º Batalhão Operações
 - 23- 1º Sds Paulo Domingo - Enfermeiro Cia Médica
 - 24- 1º Sds Domingo Francisco Capemba Cia Médica Sanitário
 - 25- 2º Sds Felício Kalipa - IMO
 - 26- 1º Cabo - Juliano Kahuilca Sanitário Cia Médica
 - 27- Sds - José Ferrando - Operador de rádio T.M.S.
 - 28- 1º Cabo - Aires - Reis Ferrando - Sanitário - Cia Médica
 - 29- Sds - Belchior Coningui + Chipia - DAA

NIP	PATENTE	NOME	PUNÇÃO	UNIDADE	CONTACTO
3190304	Tenente	Marelinha Figueira	chefe do Banco de Urgência	Regimento Aéreo de Engenharia	923968674
100981387	SUBTE	GUILHERME DOS SANTOS	CHEFE-DO CATV	" " "	924293157
1010049/92	2º chefe	Joaquim José de Fátima	chefe de hp de apoio	P.A.S	724806413
104917799	1º Ten	António Kossambar	T.B.d. de Transportes	RAC	9206180741
10020492	1º Ten	José Manuel Abastinho	chefe de manutenção	T.M.T	946965097
	T.O.C	Santa Alberto Miranda	Enfermeira da Saúde Militar	R.A.C	923691263
102937/98	2º Cabo	José Manuel	Enfermeiro	J.A.A	

BASE NAVAL - NAMIBE

17/06/14

NIP	PATENTE	NOME COMPLETO	PUNÇÃO	UNIDADE	CONTACTO
100100003	T.C.V	LEONARDO A. DA COSTA	CHEFE DA SECÇÃO DE ENFERMAGEM	BASE NAVAL NBC MGA	923947709
100996583	GMAR	Lousa dos Santos	Eduardo Greil	Base Naval do Namibe	931448255
100100003	1º Cabo	Fernando J. C. Napolitano	enf. do P. médico	B.N. Namibe	923489315
302683/92	Marinheiro	José Mauro J. Salvador	Sanitário	Base Naval do Namibe	941587377
100884468	Marinheiro	Alcino Diogo Chivala	Sanitário	Base Naval do Namibe	930499626
100138422	Marinheiro	Manuel Ernesto Almeida	Sanitário	Base Naval do Namibe	938710585
100984513	Marinheiro				

~~TELÉFONE~~

ANEXO IV

Tabela nº2 – Composição da Companhia Médica da Brigada

<i>Área</i>	<i>Pessoal</i>
Seção dos Serviços de Saúde	4
Posto Médico	37
Posto de socorro do Batalhão	76
Posto de socorro dos Grupos de Artilharia	27
Total	144

Fonte: Normas de Execução Permanente – Companhia Médica (Brigada ou UM Equivalente)

Tabela nº 3 – Composição do Posto Médico da Brigada

<i>Categoria</i>	<i>Nº</i>
Médico	1
Estomatologista	1
Licenciado Enfermagem	2
Técnico Médio de Enfermagem	8
Técnico Básico de Enfermagem	4
Técnico Básico de Farmácia	1
Sanitário	4
Maqueiro	2
Chefe Secção SG (Especialista Logística)	1
Cozinheiro	2
Empregado Lavadeira	2
Empregado Limpeza	2
Condutor de Auto	7
Total	37

Fonte: Normas de Execução Permanente – Companhia Médica (Brigada ou UM Equivalente)

ANEXO V

Quadro nº 8 – Perfil profissional do pessoal que integra a Companhia Médica

<i>Categoria</i>	<i>Especialidade</i>	<i>Condições</i>
Médico	Clínico Geral Licenciado em Medicina	Oficial das FAA, com Curso Militar
Estomatologista (Odontólogo)	Licenciado em Odontologia	Oficial das FAA, com Curso Militar
Técnico Superior de Enfermagem	Licenciado em enfermagem	Oficial das FAA, com Curso Militar
Técnico Médio de Saúde	Enfermagem, Farmácia, Laboratório, Fisioterapia, Estatística, Radiologia	Habilitações literárias 12ª Classe com Curso Médio de Saúde pelos Institutos de Saúde (4 anos), Oficial Subalterno das FAA, com Curso Militar
Técnico Básico de Saúde	Enfermagem	Habilitações literárias 9ª Classe com Curso Básico de Saúde pelas Escolas de Saúde (24 meses), Sargento das FAA, com Curso de Sargentos
Enfermeiro (Técnico Básico de Enfermagem)	Enfermagem	Habilitações literárias 9ª Classe, Curso Básico de Enfermagem pelas Escolas de Enfermagem (24 meses), com Curso de Sargentos
Sanitário Maior	Enfermagem	Habilitações literárias 9ª Classe, com formação pelas Escolas de Sanitários (12 meses) com conhecimentos de Saúde Pública, Sargento-chefe das FAA com curso militar de Sargentos
Sanitários	Enfermagem	Habilitações literárias 8ª Classe, com formação pelas Escolas de Sanitários (3 a 6 meses), Cabo das FAA
Atirador sanitário	Enfermagem	É um soldado de infantaria que se dá uma formação básica dos primeiros socorros
Condutores	Automóveis	Habilitações literárias 8ª Classe, com formação pelas Escolas de Condução Militares ou Cíveis, Cabo das FAA.
Cozinheiro	Gastronomia	Habilitações literárias 8ª Classe, com formação pelas Escolas de Logística, Soldado das FAA.
Lavadeiro	Lavandaria	Soldado das FAA.
Encarregado de Limpeza	Higiene	Soldado das FAA