



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Promoção da Saúde Materna e Neonatal nos limites da
Vulnerabilidade

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por

João Paulo Batalim Nunes

Instituto de Ciências da Saúde

Porto, novembro, 2021



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Promoção da Saúde Materna e Neonatal nos limites da
Vulnerabilidade

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por João Paulo Batalim Nunes

Sob orientação da Prof. Doutora Margarida Maria da Silva Vieira

Instituto de Ciências da Saúde

Porto, novembro, 2021

RESUMO

Enfrentar a mortalidade materna e neonatal no mundo e nos países desfavorecidos, em especial, é um imperativo que se acentua com a evidência de que as causas do problema são conhecidas e relativamente simples de enfrentar, nomeadamente no âmbito das funções dos profissionais de enfermagem.

A Mortalidade Materna e a Neonatal por um lado e, o estado de desenvolvimento dos países e das comunidades, por outro, são indicadores fundamentais na análise e conhecimento dos níveis de saúde dos povos, pois a sua estreita inter-relação, alimenta e favorece situações de pobreza que, por sua vez, se constituem como obstáculo ao próprio desenvolvimento.

As Nações Unidas e outras agências internacionais com responsabilidade na abordagem desta situação, desenvolveram, através da agenda dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, -ano 2000-, e dos Objetivos para um Desenvolvimento Sustentável, -ano 2015-, um esforço para parametrizar as diferentes intervenções dos Estados e das Organizações, em função de objetivos claros e interdependentes.

Angola, é um país da África austral, que apresenta valores muito elevados nos índices de mortes maternas e neonatais, de tal forma que sua magnitude tornou os esforços por encontrar vias de superação, uma prioridade nacional, assim definida pelo Estado Angolano.

O Centro Materno-Infantil N.ª Sr.ª da Graça, em Benguela, está integrado no universo da rede de unidades de saúde da Igreja Católica de Angola e localiza-se no seio da comunidade de um Bairro periférico de Benguela, numa Paróquia com cerca de 140.000 pessoas. Desenvolve desde há dez anos, um importante trabalho de promoção da saúde materna e neonatal, promovendo consultas de vigilância da gravidez, apoio ao parto e puerpério, pediatria, ginecologia e obstetrícia, atividades de promoção da saúde, em ambiente escolar e comunitário. Tem desde 2009, uma média de 800 partos e 1900 consultas de pré-natal, por ano.

Por ser considerado um Centro de referência, quanto à qualidade dos cuidados de saúde, com números reduzidos quanto à mortalidade materna e neonatal, foi integrado num projeto com apoio internacional, de reforço das competências das enfermeiras, parteiras e gestores, das unidades de saúde, da Igreja Católica nas Províncias de Benguela, Huambo e Bié e de elementos de unidades de saúde do Estado Angolano, nas mesmas Províncias.

O projeto Forvida – programa Obrigado Mãe, apoiou a adaptação do Centro, às necessidades em saúde materno-infantil, de uma população que vive nos limites da vulnerabilidade.

Utilizando uma estratégia de Estudo de Caso, estudámos o Centro, procurando conhecer as razões subjacentes à reduzida taxa de Mortalidade Materna e Neonatal. Foram explorados os fatores estruturais e processuais, bem como as ações de melhoria levadas a cabo e a dinâmica de permanente cooperação com instituições nacionais angolanas e internacionais.

Obtiveram-se, no final, resultados epidemiológicos da Mortalidade Materna e Neonatal, de **133/100.000** e **9/1.000**, respetivamente. Estes resultados são significativamente inferiores aos aceites pelas instâncias internacionais, 477/100.000 (RMM) e 29/1.000 (MN), em 2018.

A partir de 2018 e em função de alterações metodológicas no cálculo das estimativas, Angola passou a apresentar um valor de **241/100.000** (RMM) (UI:[167-346]) e de **29/1.000** (MN). (1)

Conclui-se que os resultados se ficam a dever à relevante consonância da atividade do CMI-NSG, com os Standards de qualidade para este tipo de unidades de saúde, definidos pela OMS, concretizados no modelo de gestão e na organização dos profissionais de enfermagem e médicos, do Centro, bem como na permanente ligação à comunidade envolvente.

Considera-se demonstrado, ter sido possível reduzir os indicadores de Mortalidade Materna e, Neonatal, no Centro, numa situação de vulnerabilidade social, com poucos recursos económicos.

Palavras-chave: Mortalidade materna, Mortalidade neonatal, Angola, Vulnerabilidade social, Gravidez.

ABSTRACT

Facing the maternal and newborn mortality in the world, and namely in the underprivileged countries, is an imperative emphasized by the evidence that the causes are known and relatively simple to face, namely within the scope of the functions of nursing professionals.

Maternal and Neonatal Mortality, on the one hand, and the state of development of countries and communities, on the other, are key indicators in the analysis and in the knowledge of people's health levels, since their close interrelationship, nurtures and promotes the poverty situations which, in turn, create an obstacle to their own development.

The United Nations and other international agencies with responsibility in addressing this situation, have developed, through the agenda of the Millennium Development Goals, - year 2000-, and the Goals for Sustainable Development, - year 2015-, an effort to parameterize the different interventions of States and Organizations, according to clear and interdependent objectives.

Angola is a country in Southern Africa with very high rates of maternal and neonatal deaths, in such a way that its magnitude, made the efforts needed to find ways to overcome it, one of the national priorities, as defined by the Angolan state.

The *Centro Materno-Infantil N^a Sr^a da Graça*, in Benguela, is a unit of the health centers network, of the Catholic Church of Angola and is located in a community of a peripheral neighborhood in Benguela, in a parish with approximately 140 000 inhabitants. For ten years, it has been carrying out important work to promote maternal and neonatal health, namely consultations on pregnancy surveillance, childbirth and postpartum support, pediatrics, gynecology and obstetrics, health promotion activities, in school and community settings. Since 2009, there have been an average of more than 800 births and 1900 prenatal consultations per year.

Being considered as a reference center, in terms of the quality of health care, with reduced number of maternal and neonatal mortality, it was integrated into a project with international support, to strengthen the skills of nurses, midwives and managers, in health units of the Catholic Church in Benguela, Huambo and Bié, and of the Angolan state in the referred Provinces.

Project Forvida - program "*Obrigado Mãe*" has supported the Center's adjustment to the needs of the maternal and child health of a population that lives within the limits of vulnerability.

Using a Case Study strategy, we have studied the Center, seeking to understand the reasons behind the reduced rate of Maternal and Neonatal mortality. The structural

and procedural factors were explored, as well as the improvement actions carried out and the dynamics of permanent cooperation with Angolan and, national and international institutions.

In the end, epidemiological results of Maternal and Neonatal Mortality of 133/100.000 and 9/1.000, respectively were obtained. These results are significantly lower than those accepted by international bodies, 477/100.000 (RMM) and 29/1.000 (NM), in 2018. From 2018 and due to methodological changes in the calculation of estimates, Angola started to present a value of 241/100,000 (MMR) (UI [167-346]) and 29/1,000 (NM). (1)

It is concluded that the results are due to the compliance with the Quality Standards for this type of health units, defined by WHO, implemented in the management model and in the organization of nursing and medical professionals, of the Center, as well as in the permanent connection with the local community.

It is considered demonstrated that it has been possible to reduce the indicators of Maternal and Neonatal Mortality in the Center, in a situation of social vulnerability, with few economic resources.

Keywords: Maternal mortality, Neonatal mortality, Angola, Social vulnerability, Pregnancy.

"No centro da preocupação do bem comum está sempre a pessoa humana, com as suas iniludíveis necessidades de ordem social – que vão da alimentação à saúde, da educação ao trabalho, até à participação na vida colectiva – e de ordem moral e espiritual."

Gaudium et Spes, nº84

Um agradecimento

À minha Família, que me ensinou a ver o Mundo...

ACRÓNIMOS, SIGLAS e ABREVIATURAS

AIDI	Atenção Integral às Doenças da Infância
AOA	Moeda Oficial de Angola – Kuanza
ARV	Anti Retroviral
AZT	Zidovudina
BCG	Bacilo de Calmette Guerin
CEAST	Conferência Episcopal de Angola e S. Tomé e Príncipe
CES	Comissão Episcopal da Saúde
CICL	Camões-Instituto da Cooperação e da Língua
CMI-NSG	Centro Materno Infantil Nossa Senhora da Graça
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CPN	Consulta Pré-Natal
CTG	Cardiotocógrafo
DNRH	Direção Nacional de Recursos Humanos
DPS	Direção Provincial de Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC	Estudo de Caso
ESEFSM	Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias
EUA	Estados Unidos da América
EV	Endovenoso
FCG	Fundação Calouste Gulbenkian
FEC	Fundação Fé e Cooperação
ICA	Igreja Católica de Angola
ICD	International Classification of Diseases
INEMA	Instituto Nacional de Emergência Médica de Angola
IPAD	Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento
ISPB	Instituto Superior Politécnico de Benguela
ISPJPB	Instituto Superior Politécnico Jean Piaget de Benguela
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
MINSa	Ministério da Saúde de Angola
MN	Mortalidade Neonatal
NM	Nado Morto
NVP	Neviparina
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milénio
ODS	Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável
OM	Obrigado Mãe
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONG	Organização não Governamental
ONGD	Organização não Governamental para o Desenvolvimento
ONU	Organização das Nações
PGAD	Programa Gulbenkian de Apoio ao Desenvolvimento
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento de Angola
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNV	Plano Nacional de Vacinação
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
RH	Recursos Humanos
RHS	Recursos Humanos da Saúde
RMM	Rácio de Mortalidade Materna
RMS	Repartição Municipal de Saúde
RN	Recém Nascido
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SMI	Saúde Materno-Infantil
SOS	Sempre que Necessário
TA	Tensão Arterial
TARV	Terapêutica Antirretroviral
UNAIDS	Joint United Nations Program on HIV/AIDS
USD	United States Dollar
VD	Visita Domiciliária
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

INDICE de FIGURAS

<i>Figura 1 - Quadro de referência OMS para Qualidade dos Cuidados de Saúde Materna e Neonatal</i>	51
<i>Figura 2 - Estrutura dos Standards</i>	52
<i>Figura 3 - Modelo Conceptual King Adaptado de "A Theory for Nursing, Systems, Concepts, Process"</i>	69
<i>Figura 4 - O Processo de Interação Humana</i>	74
<i>Figura 5 - Sistema de classificação das interações enfermeira-paciente</i>	76
<i>Figura 6 - Símbolos dos Objetivos 4 e 5 de Desenvolvimento do Milénio</i>	85
<i>Figura 7 - Fluxo efetivo de pessoas durante o Projeto Obrigado Mãe, através do CMI-NSG</i>	94
<i>Figura 8 - Esquema do fluxo migratório dos povos Bantu</i>	121
<i>Figura 9 - Mapa Político-Administrativo de Angola</i>	123
<i>Figura 10 - Sistema Nacional de Saúde de Angola</i>	124
<i>Figura 11 - Estrutura de Categorias e Índices de Enfermagem em Angola</i>	143
<i>Figura 12 - O interior do Bairro N.º Sr.ª da Graça</i>	146
<i>Figura 13 - Foto do CMI-NSG - Vista da Igreja da Paróquia de N.º Sr.ª da Graça</i>	148
<i>Figura 14 - Vista aérea do Bairro de N.º Sr.ª da Graça com CMI-NSG assinalado</i>	151
<i>Figura 15 - Primeiro Organograma do CMI-NSG, após o início da sua atividade</i>	157
<i>Figura 16 - Visualização frontal e aérea do CMI-NSG</i>	168
<i>Figura 17 - Esquema de distribuição do Espaço do Centro Materno-Infantil N.º Sr.ª da Graça</i>	171
<i>Figura 18 - Equipamentos técnicos originais cedidos pela F. Calouste Gulbenkian</i>	175
<i>Figura 19 - Sessão de formação sobre higienização das mãos</i>	178
<i>Figura 20 - Armazém de medicamentos e material de consumo clínico e sua responsável</i>	179
<i>Figura 21 - Medicamentos e material clínico à venda no Mercado do Bairro da Graça</i>	180
<i>Figura 22 - Listagem da base de dados de Pacientes em 2014</i>	181
<i>Figura 23 - Exemplo de Horário do pessoal não clínico</i>	183
<i>Figura 24 - Cerimónia de assinatura do Protocolo de suporte ao projeto "Obrigado Mãe"</i>	187
<i>Figura 25 - Reunião Geral de colaboradores do CMI-NSG</i>	195
<i>Figura 26 - Folha de Protocolo do Processo A</i>	200
<i>Figura 27 - Sala de Consulta Pré-Natal e espaço de Observação</i>	200
<i>Figura 28 - Caderno de Acompanhamento da Gravidez</i>	201
<i>Figura 29 - Folha de Processo A (registo do CPN) no CMI-NSG</i>	202
<i>Figura 30 - Sala das Expectantes e Sala de Partos</i>	203
<i>Figura 31 - Folha de rosto da folha de Partograma do CMI-NSG</i>	204
<i>Figura 32 - Folha de Processo C - Acompanhamento da Alta</i>	207
<i>Figura 33 - Folha de Protocolo do Processo D e Folha de registo da consulta de enfermagem</i>	209
<i>Figura 34 - Visita Domiciliária no Bairro da Graça</i>	211
<i>Figura 35 - Palestra de Saúde no Centro e Sessão de avaliação de T.A., no Mercado do Bairro</i>	212
<i>Figura 37 - Criança com Hérnia umbilical</i>	212
<i>Figura 37 - Bebê com Escabiose, no Mercado</i>	212
<i>Figura 38 - Serviços Administrativos - Receção do Centro e arquivo de Processos Clínicos</i>	214
<i>Figura 39 - Sessão de formação sobre AIDI, no CMI-NSG</i>	222
<i>Figura 40 - Visita Domiciliária</i>	224
<i>Figura 41 - IIº Encontro sobre Mortalidade Materna</i>	224
<i>Figura 42 - Processo de testagem do VIH</i>	231

<i>Figura 43 - Núcleo de Recursos de Formação do CMI-NSG</i>	234
<i>Figura 44 - Estrutura conceptual de Estudo do CMI-NSG</i>	236
<i>Figura 45 - Quadro de referência OMS para a Qualidade dos Cuidados de S. Materna e Neonatal</i>	267

INDICE de QUADROS

<i>Quadro 1 - Pressupostos filosóficos de I. King, relativos ao Ser Humano</i>	72
<i>Quadro 2 - Relação dos Módulos FORVIDA, com os diferentes participantes</i>	88
<i>Quadro 3 - Conteúdo global e percurso no Seminário Prático OM, Gestores de Unidades de Saúde</i>	95
<i>Quadro 4 - Conteúdo global e percurso no Estágio OM, para Enfermeiros e Parteiras</i>	96
<i>Quadro 5 - Conteúdo global no Estágio OM, para estudantes de Enfermagem</i>	97
<i>Quadro 6 - Quadro ilustrativo da orgânica do Sistema Nacional de Saúde de Angola</i>	125
<i>Quadro 7 - Equipamentos de Saúde segundo os Níveis Sanitário e Administrativo</i>	127
<i>Quadro 8 - Distribuição dos atendimentos, pelas situações de risco, no primeiro Semestre de 2009</i>	158
<i>Quadro 9 - Distribuição do número de Partos pelos 4 primeiros anos de atividade</i>	158
<i>Quadro 10 - Objetivos, Geral e Específicos para a Fase II do Projeto CMI-NSG</i>	167
<i>Quadro 11 - Distribuição dos diferentes profissionais no CMI-NSG, entre 2014 e 2015</i>	174
<i>Quadro 12 - Folha de Caixa, automática, em 2015</i>	182
<i>Quadro 13 - Distribuição do número de partos e consultas do pré-natal pelos anos 2008 a 2014</i>	182
<i>Quadro 14 - Resultados operacionais do CMI-NSG, entre 2009 e 2014</i>	186
<i>Quadro 15 - Enumeração das atividades que contam com o envolvimento do CMI-NSG</i>	188
<i>Quadro 16 - Processos Assistenciais no CMI-NSG</i>	199
<i>Quadro 17 - Procedimentos na análise do VIH no CMI-NSG</i>	245
<i>Quadro 18 - Esquema terapêutico para portadoras do VIH - Opção A (Esquema preferencial)</i>	248
<i>Quadro 19 - Esquema terapêutico para portadoras do VIH - Opção B (Esquema alternativo)</i>	249

ÍNDICE de GRÁFICOS

<i>Gráfico 1 - Evolução da atividade clínica nos primeiros 8 meses de 2010</i>	165
<i>Gráfico 2 - Gráfico dos movimentos contábilísticos do CMI-NSG, em 2013</i>	185
<i>Gráfico 3 - Evolução da prevalência da seropositividade entre 2013 e 2018</i>	247

INDICE de TABELAS

<i>Tabela 1 - Comparação entre as taxas de mortalidade do estudo e as oficiais de Angola</i>	238
<i>Tabela 2 - Comparação entre taxas de mortalidade do estudo e as de Angola, em 2018 e 2019</i>	238
<i>Tabela 3 - Idades das mulheres participantes no estudo de prevalência do VIH</i>	245
<i>Tabela 4 - Caracterização da amostra (n =4466)</i>	246
<i>Tabela 5 - Associações entre o teste HIV+ e as variáveis na amostra</i>	247

INDICE

Capítulo 1.	Introdução	23
1.1.	Determinantes sociais da saúde	23
	A evolução do conceito de Saúde	23
2	Estratégias para a implementação de ações sobre os determinantes sociais	27
3	Os Determinantes Sociais da Saúde na relação com os outros setores	28
1.2.	Saúde em contexto de Pobreza e Iliteracia	29
2	O conceito e a medida da pobreza	30
2 2	O caso particular do Vírus da Imunodeficiência Humana	33
2 3	Os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio	35
2 4	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	38
2 5	Mortalidade Materna	4
2 6	Mortalidade Infantil e Neonatal	43
1.3.	Avaliação da Qualidade em Saúde.....	45
3	Qualidade em Saúde e OMS	49
1.4.	A promoção da saúde e bem-estar e o Desenvolvimento Global, como objetivo da enfermagem.....	53
4	Enquadramento conceptual da intervenção da enfermagem	60
4 2	Modelo Conceptual de Imogene King	64
4 3	Teoria de Alcance de Objetivos em Enfermagem de King	7
4 4	Os Conceitos-chave da Teoria de King	73
4 5	A interação como elemento terapêutico	76
1.5.	Justificar o estudo.....	77
5	O que vamos estudar e porquê	8
5 2	A Igreja Católica de Angola e os desafios da Saúde	82
5 3	Preocupações etnográficas	0
Capítulo 2.	O que é o Estudo de Caso.....	103
2.1.	O Estudo de Caso como metodologia de Investigação.....	103
2	Perspetiva Epistemológica do Estudo de Caso	07
2 2	A generalização	09
2 3	A produção de teoria	3
2 4	A abordagem da realidade e os três tipos de Estudo de Caso	6
Capítulo 3.	O Caso em estudo.....	120
3.1.	O Contexto do Caso	120
3	O País	20
3 2	A divisão política e administrativa do País e a Demografia	22
3 3	Sistema Nacional de Saúde de Angola	24
3 4	Angola e a gestão política e administrativa da Saúde	35
3 5	Os Recursos Humanos da Saúde	40
3 6	A Província e a Cidade de Benguela	44
3 7	A zona “F” e o Bairro de Nossa Sr ^a da Graça	45
3.2.	A descrição do Caso; o Centro Materno-Infantil Nossa Senhora da Graça	148
3 2	História e Percurso Assistencial	49
3 2 2	A atividade assistencial inicial e a dinâmica organizacional	58
3 2 3	A Formação técnica e o desenvolvimento da intervenção	62
3 2 4	A Estrutura Física do Centro Materno-Infantil	68
3 2 5	Recursos Humanos do Centro Materno-Infantil	7
3 2 6	Equipamentos e Materiais de Consumo	75
3 2 7	Limpeza, higienização de espaços e equipamentos e esterilização	77

3 2 8	Os Medicamentos e o Material Clínico	78
3 2 9	Gestão Administrativa e Financeira	80
3 2 0	O Projeto “Obrigado Mãe” e o Funcionamento do Centro	86
3 2	A Corresponsabilização dos Colaboradores	95
3 2 2	Reestruturação dos Processos Assistenciais	98
3 2 3	Reestruturação dos Processos Administrativos	2 3
3 2 4	Serviços Gerais e de Apoio	2 6
3 2 5	Assessoria técnico-científica e processos formativos internos	2 6
3 2 6	O Manual de Procedimentos	227
3 2 7	Estudos Epidemiológicos	228
3 2 8	Núcleo de Recursos de Formação	233
3.3.	Temas em análise.....	235
3 3	Rácio de Mortalidade Materna e Taxa de Mortalidade Neonatal	237
3 3 2	A Organização do Centro Materno-infantil	238
3 3 3	O Modelo de Gestão e as questões laborais	239
3 3 4	Os Processos Clínicos	24
3 3 5	A Formação e a Investigação	243
3 3 6	Interação Nacional e Internacional	258
Capítulo 4.	Conclusões.....	263
Capítulo 5.	Conclusão.....	285
Bibliografia		289
Anexos		301

A boa saúde, é um aspeto decisivo para o bem-estar e felicidade do Ser Humano. Contribui, igualmente para a redução da pobreza e, consequentemente para o desenvolvimento económico das sociedades, uma vez que as populações saudáveis, têm uma maior esperança de vida, são mais produtivas e economizam mais recursos. (2) (3) (4)

Tendo como referência este quadro, e na consideração da realidade quotidiana, é possível encontrar não só a confirmação do enunciado, como também a constatação dos efeitos da pobreza. A sua natural associação ao problema da carência alimentar, torna-a razão primária da fome e subnutrição. Por outro lado, a maioria das pessoas subnutridas habita em países subdesenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, o que faz depender a mudança e a superação, dos diferentes fatores do desenvolvimento.

1.1. Determinantes sociais da saúde

O conceito de Determinantes Sociais de Saúde, incorpora a noção de que há a considerar as diferentes condições do meio em que as pessoas vivem, para compreender a sua saúde e os dinamismos inerentes à sua manutenção. A análise da influência de cada uma dessas condições pode ir, do campo individual, até ao nível da condição social e ambiental, sustentada também pelas opções socioculturais e políticas. (5) (6) A saúde não é percecionada e vivida de forma semelhante por todos, devido a fortes processos de determinação social, económica, cultural, ambiental e política. (6)

1.1.1. A evolução do conceito de Saúde

Não passam despercebidas as referências à ideia de Saúde, seja qual for o contexto em que nos situemos. É talvez mais difícil, contudo, afirmar que os referenciais que o tema evoca, sejam unânimes em todos nós. (7)

Em 1946, na sua constituição formal, a Organização Mundial da Saúde (OMS), define Saúde, como um completo bem-estar físico, mental e social, rejeitando, ou atualizando o anterior conceito de saúde, como *estado de ausência de doença*. (8) Esta era, de facto, uma visão estática e perfeccionista, uma vez que não encontra ligação à vida das pessoas, a qual é marcada por constantes e complexos dinamismos. Encarava o Ser Humano como um sistema fechado, com uma estrutura conhecida, na qual, qualquer imperfeição ou desajuste, deveria ser retificado. (7) (8) No limite, esta visão biomédica tradicional define saúde, de forma essencialmente marcada por um pragmatismo mecanicista, desprovida de identidade individual ou sociocultural. (7) Vêm de muitos setores e de longa data, as dúvidas relativas ao conceito e à sua aplicabilidade, de alguma forma suportadas pelo movimento anti positivista, que faz emergir em simultâneo, a noção de *Qualidade de Vida*, um conceito em si mesmo, recheado de relativismo. (8) (9)

Há um novo conceito de saúde que se vai tornando comum. Um conceito mais dinâmico, mais próximo da realidade vivencial. O grande objetivo da Saúde, não formulado, mas tomado como padrão pela OMS na definição dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, em 2015, já não se foca na definição de um *estado*, mas sim nos resultados que consistam em assegurar vidas saudáveis e, na promoção de um bem-estar global para todos, em todas as idades. (10) É um modelo funcional, que encara a Saúde como uma força para Ser, como um processo de desenvolvimento, livre de obstáculos ou com a capacidade para os superar, dentro de um plano de vida, naturalmente dinâmico, de cada indivíduo, família ou comunidade. É um conceito que assenta, muito mais, na capacitação para enfrentar a doença, os obstáculos ou a incapacidade, do que na patologia e sua cura. Intervenções dirigidas ao potencial de saúde das pessoas, na concreta configuração do espaço em que vivam. (7)

Estamos no contexto de um conceito de saúde que extravasa a mera variável individual, biológica, e nos impele a olhar de forma mais abrangente para outros níveis de influência. De facto, também a conjuntura social, económica, política e cultural, afetam a vida e a saúde e, daí que o foco de análise e intervenção na

realidade, tenha de ser adaptado a este paradigma. No final do séc. XIX, e com o aparecimento das ciências biomédicas, assentes numa perspetiva positivista, assistiu-se a uma quase exclusividade da sua utilização, como forma de explicar as doenças e os problemas de saúde, ficando as questões não orgânicas (sociais e ambientais), relegadas para um plano secundário (5) (6). Como tal, sair da esfera da biomedicina enquanto abordagem quase exclusiva da saúde, implica um redimensionamento conceptual, para poder afirmar-se que a maior parte das doenças ocorre, em função de um conjunto de situações em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. A estas condições, cuja importância, vai muito para além dos diferentes episódios de doença, convencionou chamar-se Determinantes Sociais da Saúde. (11) (5) (6). É uma expressão, adotada pela Organização Mundial da Saúde, em 2011, na conferência Mundial sobre Determinantes da Saúde, que procura abordar com pragmatismo, uma condição que não depende apenas de variáveis bio fisiológicas, mas antes de uma globalidade em que o corpo físico é, apenas, o último elo de uma complexa cadeia de fenómenos sociais mais amplos. (6) Contempla variáveis de ordem social, económica, política e ambiental que pela sua importância na estratificação social, se denominam "*determinantes estruturais*". É o caso das estruturas políticas e de governo, as políticas macroeconómicas, as políticas sociais (mercado de trabalho, habitação e propriedade), as políticas públicas (educação, saúde e proteção social) e a Cultura e os Valores sociais, que podem compensar as desigualdades decorrentes das debilidades económicas de pessoas e famílias. (11)

As variáveis socioeconómicas de um país, têm um impacto brutal na saúde das suas populações. (12)

As desigualdades em saúde, vistas de forma abrangente, radicam assim, na configuração e na articulação destes determinantes estruturais. Por esta via, a saúde individual, é condicionada no concreto do quotidiano. Decorre das condições materiais (habitação, saneamento básico, trabalho, disponibilidade de alimentos, etc.), dos fatores comportamentais e biológicos e dos fatores psicossociais (motivação, suporte social, incluindo o acesso a serviços de saúde) (13). Estas

condições, mais evidentes no dia a dia das populações, denominam-se *“determinantes intermédios”* da saúde.(11)(12)

A análise de qualquer realidade, tendo por base o constructo dos **Determinantes Sociais da Saúde**, constitui-se assim, como uma visão estratégica e política. Melhorar as condições de saúde e bem-estar, permitirá a promoção do Desenvolvimento, porque implica a criação de iniciativas para uma série de diferentes prioridades sociais, que se encontram para além do estrito campo dos cuidados de saúde. Desta forma, o combate às desigualdades em saúde assume uma mais ampla base de justificação, na medida em que os investimentos não se repercutem, apenas numa lógica sectorial. Emerge naturalmente, uma visão de interdependência multisectorial que questiona a tradicional divisão das sociedades e dos governos, por sectores estanques.(11)

O combate às desigualdades em saúde, exige que em qualquer nível de intervenção se implementem medidas transversais. É necessário que existam intervenções coordenadas nos setores da Sociedade que influenciam os Determinantes Estruturais. Por seu lado, a *“boa saúde”* alimenta outras prioridades como o bem-estar, a educação, a coesão social, a preservação do meio ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento económico. É o chamado *“ciclo virtuoso”*, no qual a Saúde e os seus determinantes, se retroalimentam e beneficiam mutuamente. (13)(6)

Assiste-se atualmente, a um paradoxo na saúde, pois progredimos até um estadio em que os cuidados de saúde podem atingir objetivos notáveis, vistos de per si, enquanto que, a *“boa saúde”* está distribuída de forma muito irregular. (12) (5) As assimetrias em saúde atingiram um nível muito elevado e estão a aumentar. O nível de saúde das pessoas com mais altos rendimentos, aumenta muito mais rapidamente, comparativamente ao das pessoas com baixos rendimentos. Há um efetivo desequilíbrio na distribuição dos recursos, em muitas sociedades contemporâneas, com notável impacto na Saúde. (12) (5) É o chamado *“gradiente social em saúde”* (13), segundo o qual, na escala do bem-estar social, entre a base e o topo, a saúde melhora de forma consistente. É assim necessário ultrapassar o

preconceito de que as desigualdades em saúde são um mero problema marginal da agenda de Saúde, gerando resultados significativos, apenas, no que respeita à saúde dos mais pobres. Os efeitos das desigualdades em saúde, afetam, embora de forma proporcional, mas evidente, todos os membros de uma sociedade. (6) (12) (13)

A base desta preocupação reside no facto de que, mesmo nos países mais desenvolvidos, as pessoas com uma posição social mais desfavorecida têm uma esperança média de vida mais reduzida e, uma taxa de doença mais elevada, do que as mais ricas. Estas diferenças na saúde são em si mesmas, uma injustiça social assinalável; mas conseguiram atrair a atenção da ciência, para alguns fatores de saúde nas sociedades contemporâneas. Tiveram a virtude de conduzir a uma crescente compreensão sobre a notável sensibilidade da saúde, face ao ambiente e às variáveis sociais. (14)

1.1.2. Estratégias para a implementação de ações sobre os determinantes sociais

A Organização Mundial da Saúde, (OMS), promoveu em 2011, a Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde, da qual saíram estratégias prioritárias, para a implementação de ações, coerentes com a visão aí aprofundada. Pretendia-se criar uma consciência política favorável à clarificação de responsabilidades individuais e conjuntas, dos diferentes setores, na melhoria da saúde e bem-estar das populações. Igualmente se visava, a implementação de ações intersectoriais que envolvessem a participação das populações. Neste sentido acordou-se como adequado, promover o envolvimento das organizações da sociedade civil, através do seu conhecimento, recursos e capacidade de intervenção, visando uma mais permanente monitorização das políticas, através de relatórios independentes que refletissem o quotidiano das populações e ajudassem na construção de intervenções cada vez mais pertinentes. (11)

Ao setor da saúde foi atribuída importância capital, na redução das desigualdades na própria saúde e em todos os determinantes sociais. Compete-lhe afirmar, pela sua intervenção, uma nova noção de absoluta interdependência dos vários setores.

Para tal, deve evidenciar dados, resultantes de monitorização sistemática, que avaliem o impacto quotidiano das várias políticas de ação. Esta preocupação de avaliação da eficácia das ações em saúde, promove a criação, avaliação e recriação de políticas, cuja justificação assente na evidência que derive da parametrização dos Determinantes Sociais da Saúde. Realça a OMS que este esforço de envolvimento e contato com as comunidades, é uma das linhas fundamentais para a concretização de medidas e para a sua adequação às necessidades concretas das pessoas. Globalmente, as recomendações da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde, destacam três princípios de ação aos quais se deverão referenciar, as intervenções;

- i. Melhoria das condições de vida no quotidiano - como as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem.
- ii. O combate à desigual distribuição do poder, dinheiro e recursos, nos níveis global, nacional e local.
- iii. Avaliação dos problemas, dos programas de intervenção e respetiva análise de impacto. Desenvolver um corpo de recursos humanos formados na área dos determinantes sociais e promover a consciência pública sobre o tema.

(11)(6)

1.1.3. Os Determinantes Sociais da Saúde na relação com os outros setores

A mútua relação entre as questões da saúde e os outros sectores sociais, é profunda, complexa e parece óbvia.

As populações saudáveis favorecem o crescimento económico, uma vez que podem poupar mais, são mais produtivas e adaptam-se melhor ao mercado de trabalho. Por outro lado, o acesso deficiente à habitação, água e alimentos, faz aumentar a taxa de violência, assim como o número de doenças e ferimentos. As crianças com alimentação e vacinação insuficientes, têm menos sucesso escolar, pelo aumento do número de episódios de doença. Sabe-se que um quarto de todas as doenças preveníveis, são causadas pelas condições ambientais, nas quais as pessoas vivem (11) (6). Mas, o setor da saúde que integra as decisões políticas, bem como as

estruturas operacionais e os profissionais, tem enormes responsabilidades na geração ou redução das desigualdades. Instituições, recursos e profissionais, são em si mesmo um Determinante Social de Saúde. É como se o próprio setor contribuísse para as desigualdades, quando não adequa os recursos às necessidades das pessoas (11) (6). Ter de pagar diretamente pela prestação dos cuidados de saúde, leva 100 milhões de pessoas à pobreza, todos os anos, em todo o mundo. (11) Numa perspetiva de análise, alicerçada no conceito de Determinantes Sociais, torna-se claro que a abordagem estruturada através dos cuidados primários de saúde, é decisiva para o aumento da igualdade. Traduz-se na meta da cobertura universal, na atenção centrada na pessoa e no seu contexto de vida específico, assim como uma adequada liderança e gestão dos serviços de proximidade. A intervenção em saúde, num enquadramento teórico de Determinantes Sociais, é uma das funções, através das quais o *Setor Saúde*, pode contribuir para a visibilidade dos problemas e da sua complexidade. Outra função, é a de monitorizar os diferentes indicadores de saúde, fazendo registos adequados e promovendo estudos que evidenciem a influência dos determinantes sociais, bem como os efeitos das políticas e ações levadas a cabo. (11)

1.2. Saúde em contexto de Pobreza e Iliteracia

A saúde é profundamente afetada pela pobreza, numa relação inversa, recíproca e degradante. A pobreza alimenta um estado de saúde débil que, por seu lado propicia um estado social de pobreza, progressivamente mais grave. As pessoas pobres tendem a viver em ambientes que as fazem adoecer, com habitação degradada, sem água potável e sem saneamento básico. A alimentação deficiente, acentua vulnerabilidades físicas, mas também afeta a disponibilidade para lutar por melhores condições. (15) Paralelamente ao aumento da vulnerabilidade à doença, diminui o acesso a serviços de saúde, a medicamentos de qualidade e aos programas de vacinação das crianças. (15)

1.2.1. O conceito e a medida da pobreza

Para melhor compreender esta relação, é fundamental aprofundar o conceito de pobreza, pelo conhecimento das suas raízes e não apenas pela descrição das suas consequências, que são visíveis, óbvias e mobilizadoras. Recuando a 1985, a Comissão Europeia caracterizava como pobres, aquelas pessoas cujos recursos, ou a sua quantificação, os coloca fora de uma vida com um nível, minimamente aceitável, no Estado em que residem. (16)

A ONU, caracterizou "*pobreza extrema*", como aquela situação em que se constatava uma carência grave e a privação de recursos, em ordem à satisfação das necessidades humanas básicas, nas quais se inclui, alimentação, água potável, saneamento básico, saúde, abrigo, educação e informação. Estabelece o valor de 1,25 Dólares / dia / pessoa, como o valor abaixo do qual, se caracteriza a pobreza extrema. (16) (4) (17)

O Banco Mundial, em 2016, referencia como em situação de pobreza extrema, aquela pessoa com um rendimento inferior a USD 1,90 por dia. As suas mais recentes estimativas referem a existência de 766,6 milhões de pessoas nessa situação, em todo o mundo, sendo que cerca de 389 milhões, mais de metade do valor mundial, se encontram na África subsaariana. (18) Em simultâneo, a pobreza, é apontada como a causa da morte de 25.000 crianças, por dia (19). A pobreza extrema não afeta, apenas, a satisfação das necessidades materiais, em especial as alimentares. É frequentemente acompanhada por um estado degradante de perda de poder e controlo. Mesmo em países com regimes democráticos, os pobres são condicionados a aceitar humilhações. Muitas vezes não conseguem providenciar o mínimo dos recursos aos seus filhos e, assim, perdem a esperança de escapar a um ciclo de trabalho que nada mais permite, do que a mera sobrevivência. No seio dos próprios Estados, observam-se dinamismos sociais contrários à resolução local das questões da pobreza, pois a desigualdade social que aparece intimamente ligada às situações de carência vária, parece estar a aumentar nos planos nacional e internacional. Um número superior a 80% da população mundial vive em países onde os diferenciais de rendimentos aumentam. Torna-se assim especialmente complexa a conceção e implementação de programas de auxílio (19) (20). Na

Encíclica *Laudato Si*, o Papa Francisco, destaca a indeclinável responsabilidade de todos e de cada um, nesta situação e associa-se aos que destacam a necessidade de que a política e a economia conciliem esforços e orientem os seus dinamismos para a resolução dos problemas da pobreza, tendo em vista o bem-comum (21).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, afirma, no nº1 do seu Art.º 25º, que,

"toda a pessoa tem direito a um padrão de vida, adequado à saúde e bem-estar próprio e da sua família, incluindo alimento, vestuário, habitação, cuidados de saúde e os necessários serviços sociais e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade." (22)

Neste plano a erradicação da pobreza constitui um imperativo moral e ético. (19)

Mas, a pobreza não se caracteriza, apenas, pela falta de rendimentos económicos adequados. Pode instalar-se por uma sequência de situações de índole económica, mas faz emergir um estado de vida disfuncional, o qual não é reversível, apenas com a adição de recursos financeiros. (19) É a natureza multidimensional da pobreza; um fenómeno cujas origens e consequências, se estendem além do campo económico, para englobar fatores como, incapacidade para participar na vida social e política, entre outros indicadores de exclusão. A pobreza é um dos fatores mais proeminentes, na desestabilização da saúde das pessoas, não sendo, no entanto, tida em conta, na mesma proporção, quando falamos de desenvolvimento sanitário. (23)

Compete-nos, a título de alerta, redimensionar a projeção desta pobreza no campo da saúde. Ela pode implicar sérias agressões à dignidade humana. Segundo Maria da Glória Garcia, quando o acesso a cuidados de saúde e a produtos medicamentosos, é restringido ou mesmo negado por motivos económicos, a dignidade não só é agredida, mas é-o, de forma degradante. Em simultâneo, tal proporciona que esta degradação não se restrinja a um indivíduo; afeta todo o tecido social na sua coesão, na medida em que a solidariedade que decorre da dignidade essencial é, conseqüentemente, prejudicada. (24)

A ONU, no relatório relativo à situação social do mundo, de 2010, *Repensar a Pobreza*, reafirma que as pessoas, nesta situação, se veem envolvidas num ciclo de vulnerabilidade e exclusão social. Vulnerabilidade enquanto possibilidade de cair numa situação de pobreza devido a alterações na economia ou a percursos pessoais. Exclusão social enquanto afastamento dos processos sociais das comunidades, grupos ou sociedades. A pobreza gera, assim, mais pobreza. (19)

Perante o alastrar de situações de pobreza, nas comunidades, regiões e até nações torna-se patente a noção da inter-relação dinâmica de variáveis externas aos problemas da saúde, num contexto de pobreza, e vice-versa. Para além do valor que a saúde tem, de forma evidente, para os indivíduos, ela é também determinante para o desenvolvimento e para a redução da pobreza dos indivíduos e das nações. (25) (15)

O tema da pobreza destaca-se, assim, na atualidade, muito pelos seus efeitos devastadores, mas também pela sua rede de interconexões sociais e efeito negativo, na saúde das pessoas. O impacto da pobreza na saúde, é devastador pela especialmente forte repercussão nas pessoas mais desfavorecidas, muito em particular, nas mulheres e crianças. (26) A Pobreza é, pois, uma das principais causas de uma saúde frágil, sendo esta, por seu lado, uma das causas mais evidentes de pobreza (3).

Esta relação circular e viciosa, manifesta-se de forma muito particular, no campo da reprodução humana, pois em termos mundiais, a mortalidade materna é a segunda razão de morte, entre mulheres em idade reprodutiva, traduzindo-se na probabilidade de morte de 1 para 180. (27) O Rácio de Mortalidade Materna é um indicador especialmente claro para fundamentar a associação entre pobreza e saúde frágil. De facto, 99,0% de todas as mortes maternas ocorrem em países em desenvolvimento, nos quais se constata desigualdades no acesso a cuidados de saúde e onde são mais marcadas as diferenças entre ricos e pobres. (28) Nestes contextos as mulheres e as crianças, sofrem de um crónico deficit na ingestão de proteínas, o que gera consequências, negativamente potencializadas pelos deficits concomitantes em micronutrientes, especialmente, Iodo, Ferro, Vit. A e Zinco (26).

1.2.2. O caso particular do Vírus da Imunodeficiência Humana

O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) está a afetar, de forma especialmente grave, o desenvolvimento humano, a nível global, com maior expressão nos países africanos. Isto ocorre pelo seu impacto devastador na saúde, que é potencializado em ambientes de pobreza, o que se repercute nos indicadores demográficos, tais como a esperança média de vida ao nascer, assistência sanitária, idade, distribuição de género. Mas, também ao nível de outros indicadores como, força de trabalho, crescimento económico, educação e aquisição de conhecimento. (29). A pandemia do VIH causou mais de 35 milhões de mortes, até 2016. África é a região mais atingida, tanto no número de mortes, como no número de pessoas que vivem com a infeção – cerca de 25,6 milhões. (30) Na África subsariana as mulheres são as mais afetadas por este vírus, numa proporção de infeção 4 vezes maior do que nos homens. (31) Em conjunto, as adolescentes e as mulheres jovens, representam 25% das novas infeções por VIH. (32). Paralelamente a África Subsariana tem a taxa de fertilidade mais alta de todo o mundo, cerca de 5,2 crianças (33). São conhecidos como principais mecanismos de transmissão do vírus, práticas sexuais com parceiros infetados, utilização de objetos contaminados e a transmissão vertical (de mãe para filho), tanto pela amamentação como no momento do parto (34). Face a esta evidência, conclui-se que a problemática da infeção por VIH, assume especial relevância, na saúde sexual e reprodutiva das mulheres, pelo que o conhecimento real da prevalência da doença, assente na colheita de dados e monitorização sistemática, é uma estratégia que deve ser utilizada para potenciar os esforços dos profissionais de saúde no controle da doença, nomeadamente ao nível local. Neste contexto torna-se muito pertinente para maximizar os processos de diagnóstico precoce e de tratamento das mulheres infetadas os momentos em que estas consomem recursos de saúde, nomeadamente consultas de planeamento familiar e de vigilância da gravidez.

Particularmente, no caso de Angola, o primeiro caso do Síndrome de Imunodeficiência (SIDA), foi diagnosticado em 1985. (35) Estimava-se que, no país até final de 2004, 400.000 adultos e crianças fossem seropositivos, com uma prevalência de 2,6%. Em 2010, a prevalência da seropositividade de adultos e

crianças atingiu 2,4%. (36), levando à intensificação de medidas multisectoriais a nível preventivo, quer na comunidade, quer no local de trabalho, em empresas públicas e privadas, através da ação do Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA. A integração da Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) nos centros de saúde da rede estatal e inclusão da testagem para o VIH nas clínicas com serviços de vigilância pré-natal, permitiu a expansão das atividades de prevenção. (37). A estratégia de Prevenção da Transmissão Vertical do VIH (de mãe para filho), permite reduzir a transmissão da infeção em crianças expostas para menos de 5%. Na ausência desta intervenção a progressão da doença é rápida, levando a uma mortalidade de 50% antes dos dois anos. Cerca de 90% das infeções pelo VIH em recém-nascidos e crianças ocorrem através da transmissão da mãe para o filho. Na ausência de qualquer intervenção, entre 20 a 45% dos recém-nascidos de mães seropositivas tornam-se infetados, com risco estimado de 5 a 10% durante a gestação, 10 a 20% no trabalho de parto e o aleitamento materno (38).

As Unidades de Saúde em Angola, nomeadamente, as unidades de saúde de primeira linha (Centros e Postos de Saúde), desenvolvem uma intensa atividade de vigilância da saúde e de intervenção com pessoas doentes e possuem mecanismos oficiais de registo das situações abordadas. Esses Serviços, onde se enquadram muito dos centros de testagem do VIH, são um importante recurso para a prevenção e tratamento do VIH, bem como, para o cuidado e apoio às pessoas. No âmbito destas, processa-se também, o acompanhamento e a distribuição da Terapêutica Antirretroviral (TARV) cujo protocolo consiste na administração combinada de três fármacos, com o objetivo de evitar a replicação do vírus. A TARV tem o potencial não só de reduzir as taxas de mortalidade e morbilidade entre as pessoas infetadas, mas também, de melhorar a sua qualidade de vida. (39) Não obstante, realça-se que, qualquer dinâmica de testagem e tratamento, deve respeitar as escolhas pessoais e estar baseada em princípios éticos e da ordem dos direitos humanos. Destacam-se 5 critérios; Consentimento; Confidencialidade; Aconselhamento; Resultados fiáveis; Trabalho em rede. (40)

Angola tem no Instituto Nacional de Luta contra a SIDA, um importante recurso, não só em matéria de promoção dos processos de despistagem e tratamento dos casos

de seropositividade, como também, na divulgação dos números da estatística associados a este assunto. O conhecimento dos dados epidemiológicos de uma determinada comunidade e a divulgação das práticas quotidianas de cuidados de saúde, pelas unidades locais, são elementos chave para a construção do conhecimento e para o delinear de estratégias de intervenção. É, pois, fundamental que as unidades de saúde de proximidade, (Postos e Centros de Saúde), mantenham um registo e síntese dos dados que resultam da sua atividade, a fim de se puderem autoavaliar, quando se confrontam com os dados da sua Província e mesmo os dados a nível nacional. (37)

1.2.3. Os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio

A cimeira mundial para o Desenvolvimento Social, promovida pela ONU, em 1995, em Copenhaga, foi o ponto germinal para uma nova conceção relativa à promoção do desenvolvimento humano. (41) Os líderes mundiais reuniram-se para definir uma visão abrangente, com a intenção de combater o problema da pobreza nas suas várias dimensões. Aí se reconheceu a intrincada e recíproca relação entre os diferentes problemas sociais que afetam os países. Assumia-se que o bem-estar humano, dependeria, em grande medida, do Desenvolvimento Social.

De uma forma macroscópica e global, questiona-se a matriz que coloca ênfase no progresso económico, enquanto fator quase exclusivo do Desenvolvimento Humano e favorece-se o emergir de um conceito multifatorial, no qual o Desenvolvimento Social é inseparável do ambiente cultural, ecológico, mas também económico, político e espiritual, em que tem lugar.

Esta visão paradigmática constitui-se numa autêntica pedra angular, para todos os planos, objetivos, estratégias e intervenções, bem como, de forma geral, para os diferentes dinamismos de cooperação internacional. (41) Afirmava-se que a economia de mercado, expressão de criatividade individual e mecanismo de fomento da riqueza, sendo uma base incontornável do progresso, não poderia existir sem parâmetros políticos que corrigissem os dinamismos do próprio mercado. (41) Só desta forma se concebia, no Programa de Ação da referida

conferência de Copenhaga, a ideia que o crescimento económico viesse a promover a equidade e a justiça social e, consequentemente, a qualidade de vida de todos os cidadãos. (41) (42) Este conceito, subjetivo e abstrato, depende da configuração de toda uma sociedade que a declaração final da Cimeira Mundial para o Desenvolvimento Social, vislumbra como democrática e respeitadora: dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, do Direito enquanto mecanismo de justiça, da diversidade cultural e, dos direitos das minorias. Igualmente se destaca a importância do envolvimento da sociedade civil como critério para a pertinência e adequação dos programas de desenvolvimento. (41) (43)

Em dois dos 10 compromissos então assumidos em Copenhaga, as questões da saúde, nomeadamente, o acesso a cuidados primários e, mais concretamente a saúde reprodutiva, a nutrição infantil e a vigilância do crescimento, enquanto medidas para a redução da mortalidade infantil, conseguem significativo destaque. (41) A Cimeira não deixou de reforçar a necessidade do envolvimento da figura da Mulher, em todos os níveis de decisão e, a eliminação de todos os obstáculos ao acesso da mesma aos serviços de Saúde. Neste capítulo constata-se o destaque dado ao continente africano (compromisso 7) e aos indicadores de saúde, nomeadamente, às mortalidades materna e infantil. (42) (44)

Em todos os documentos da Cimeira, torna-se patente uma nova visão sobre o papel dos cidadãos e dos diferentes atores sociais. A preocupação em aproximar os diagnósticos de situação, à realidade sociológica permitindo ao máximo a participação da sociedade civil, está claramente alinhada com a afirmação do Secretário Geral. Aquando da comemoração dos 20 anos da Cimeira de Copenhaga, Ban Ki-Moon afirmou que haviam decorrido 20 anos, desde que se assumira a necessidade de colocar as Pessoas no centro dos processos de desenvolvimento e que o conceito que havia presidido a todo o caminho após Copenhaga, através dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), era o conceito de Dignidade Humana. (44) Essa visão, foi traduzida em oito Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), e constituiu nos últimos 15 anos, o quadro de desenvolvimento dominante para o mundo. No campo da Saúde Materna e da Saúde da Criança, cabe

destacar os Objetivos 4 e 5, “Reduzir a Mortalidade Infantil” e “Melhorar a Saúde Materna”, respetivamente. (45)

Graças aos esforços mundiais, regionais, nacionais e locais, concertados e, segundo o relatório sobre os objetivos de desenvolvimento do milénio (46), foram salvas de milhões de vidas e melhoradas as condições de muitas outras. Os dados e análises, apresentados nesse relatório demonstram que, com intervenções direcionadas, estratégias sólidas, recursos adequados e vontade política, mesmo os países mais pobres, podem fazer progressos surpreendentes e sem precedentes.

O relatório também reconhece, no entanto, concretizações assimétricas e deficiências em muitas áreas. (46)

Os ODM, mais do que um planeamento, representam, assim, uma metodologia estratégica, com vertente operacional, assumida pelas Nações Unidas, no início do séc. XXI. Assenta em valores como a dignidade humana, a igualdade e a equidade. Visa contribuir para a erradicação da pobreza extrema. A África Subsariana ostenta cerca de metade das mortes mundiais de crianças abaixo dos cinco anos – 3 milhões em 2015 -. É também a única região onde se espera que tanto o número de nados-vivos, bem como, a população com menos de cinco anos, aumentem substancialmente nas próximas décadas. Isto significa que o número de mortes abaixo dos cinco anos vai aumentar a não ser que os progressos para reduzir a taxa de mortalidade abaixo dos cinco anos, sejam suficientes para superar o crescimento populacional. (46)

O foco nos recém-nascidos é, pois, fundamental para acelerar ainda mais os progressos na sobrevivência infantil. (47) (46)

A sobrevivência materna aumentou significativamente desde a adoção dos ODM. A taxa de mortalidade materna diminuiu 45% em todo o mundo, entre 1990 e 2013, de 380 para 210 mortes maternas por 100.000 nados-vivos. (46) Apesar deste progresso, todos os dias, centenas de mulheres morrem durante a gravidez e na sequência de complicações relacionadas com o parto. Em 2013, a maioria destas mortes ocorre nas regiões em vias de desenvolvimento, onde a taxa de mortalidade materna é cerca de 14 vezes superior à das regiões desenvolvidas. As mortes

maternas estão concentradas na África Subsaariana e no Sul da Ásia, regiões que em conjunto, representaram 86% destas mortes a nível mundial, em 2013. A maioria destas mortes seria evitável. Com base em dados de 2003 a 2009 e de 2015, a hemorragia foi a causa do maior número de mortes maternas. Representou mais de 27%, nas regiões em vias de desenvolvimento e aproximadamente 16% nas regiões desenvolvidas. Outras complicações importantes incluem infeções, tensão arterial elevada durante a gravidez, complicações resultantes do parto e aborto inseguro. Intervenções e cuidados de saúde, de eficácia comprovada, poderão prevenir ou minimizar estas complicações quando incluam vigilância da gravidez, cuidados especializados durante o parto e, cuidados nas semanas após o parto. (46)

(48)

Não obstante as situações de enorme preocupação que, ainda no presente, nos são relatadas por todas as agências qualificadas, e relativas às desigualdades no acesso à saúde, cumpre realçar que, devido a uma séria confluência de esforços das organizações internacionais, mas também dos países e das populações, o dinamismo do programa dos ODM (Objetivos de Desenvolvimento do Milénio), terá sido responsável pela sobrevivência de milhões de pessoas e pela melhoria das condições de vida, de muitas mais. (49) O relatório da ONU, de 2015, relativo aos ODM, afirma como resultado de um processo de 15 anos de intervenção, que existem ganhos em saúde, quando se trabalha com método, com ações bem planeadas, que decorrem de estratégias realistas e robustas, recursos adequados e vontade política. Desta forma, mesmo os países mais pobres, podem alcançar progressos significativos.

1.2.4. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

Tendo em conta os resultados alcançados com a Agenda dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, entre 2000 e 2015, a Organização das Nações Unidas aprovou, em Setembro de 2015, por unanimidade dos seus 193 Estados membros, uma resolução denominada “Transformar o nosso Mundo: Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável”. O ano de 2015 ficará, assim, na História como o ano

da definição dos 17 Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável, fixados numa cimeira da ONU, em Nova Iorque (EUA), de 25 a 27 de setembro. (45)

A resolução que sustenta a Agenda para o Desenvolvimento Sustentável, não deixa de partir de um diagnóstico realista, tanto quanto ao processo de definição dos precedentes ODM, como quanto às situações de pobreza e desconsideração da dignidade humana. (43) (17). Não são esquecidas questões transversais, como as ameaças globais à Saúde, as crises humanitárias e os fluxos de refugiados.

De facto, os ODM, constituindo um marco decisivo na análise da situação mundial global, no final do séc. XX, apresentam limitações no campo da estratégia operacional, muito por haverem sintetizado, em poucas metas e de forma compartimentada, questões muito complexas, sem a necessária interligação. (43)

Especificamente, no campo da Saúde, apontam-se críticas quanto à reduzida ambição e implícita aceitação de uma determinada percentagem de mortalidade materna e infantil. (43) De forma global, considera-se que os ODM terão sido concebidos na base de uma perspectiva de “País-caso” e não de “globalidade”. Muitas questões de nível nacional apresentam variantes significativas, dentro do próprio país, que é necessário considerar na operacionalização da intervenção. Por outro lado, inúmeras questões transnacionais deverão ser equacionadas para tornar realista e sustentável o investimento de recursos humanos e financeiros. (43)

Pelas pessoas, afirma-se na Resolução que suporta a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, será estabelecido um conjunto de Objetivos e Metas, que são caracterizados como, antropocêntricos, de longo alcance e globais. (43 p. 3)

Torna-se imperativo continuar a combater as variadas formas de pobreza, como substrato estratégico para todos os processos que se integrem na Agenda 2030. (17)

São necessárias intervenções eficazes que conduzam a alterações significativas, visíveis e mensuráveis. Pela necessidade de pertinência nas intervenções, que os destinatários exigem, a definição dos Objetivos (ODS), foi precedida de uma pesquisa alargada, levada a cabo durante mais de dois anos pelo Grupo de Trabalho Aberto da Assembleia Geral para os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável.

Neste processo procurou-se considerar a visão da sociedade civil, com especial atenção aos mais pobres e vulneráveis, bem como a de todas as partes interessadas, a um nível global. (50) As duas ideias-chaves que se destacam no documento do Grupo de Trabalho, são a erradicação da pobreza e a centralidade das pessoas, como critérios major para o horizonte do Desenvolvimento Sustentável. (50) É da maior importância que os mais marginalizados e mais vulneráveis, tenham um acesso real a cuidados de qualidade. Não bastará que existam muitos enfermeiros e parteiras. Deverão, sim, estar equitativamente distribuídos, acessíveis para a população e possuir as competências necessárias e a motivação adequada para prestarem cuidados de saúde que sejam, simultaneamente, apropriados e aceitáveis por cada contexto, indo ao encontro das expectativas da população. A abordagem da Cobertura Universal em Saúde, inserida no objetivo 3 dos ODS, pode favorecer o desenvolvimento de recursos humanos, na área da enfermagem, que possam contribuir para sistemas de saúde eficientes, traduzindo-se na promoção de cuidados centrados na pessoa e nas suas circunstâncias ambientais e socioculturais. (51) (52)

Assiste-se, desta forma, a um desejo de políticas sociais, muito relacionadas com as concretas situações de vida das pessoas, o que, em si só, constitui uma renovada afirmação de fuga a um modelo de desenvolvimento estritamente económico. Neste contexto e no espírito da Resolução que aprova a Agenda 2030, nasce a perspectiva de que problemas globalmente semelhantes, poderão exigir soluções diferentes. (43) (53) (50) Os 17 objetivos que a compõem e que se desdobram em 169 metas, representam uma visão partilhada sobre o necessário compromisso entre os líderes mundiais e os Povos. (53) É uma linha estratégica que se apresenta coerente com a Declaração de Copenhaga, na medida em que se afirma a continuidade na prossecução da eliminação da pobreza, em todas as suas formas e dimensões. Realça a necessidade de continuar a visar o desenvolvimento sustentável que se traduz concretamente nas vertentes, económica, social e ambiental e reforça a visão de objetivos globais, de médio e longo prazo, centrados nas pessoas. Destaca, assim, a necessidade e a intenção de aproximação à vida

concreta dos sujeitos, como critério fundamental para uma maior eficácia da ação. (17) (53)

A acessibilidade, equidade e qualidade de Cuidados nos serviços de saúde, são essenciais para que se atinja uma cobertura universal de saúde e, as ambiciosas metas relativas à mortalidade materna, neonatal e infantil. Urge pôr fim às mortes evitáveis, à luz do definido nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. (54) As metas do Objetivo 3, que no presente âmbito se destacam são: Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nados-vivos; Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países a tentarem reduzir a mortalidade neonatal para, pelo menos, 12 por 1.000 nados-vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para, pelo menos, 25 por 1.000 nados-vivos. (45)

1.2.5. Mortalidade Materna

No dia a dia dos cuidados de enfermagem, a mortalidade materna é, para além de um indicador estatístico, uma tragédia, pois apresenta impacto substancial em todo o bem-estar do grupo familiar. (55)

A Mortalidade Materna é, atualmente, um dos indicadores-chave do desenvolvimento e a sua redução tem sido, desde há muito, um desafio nos países com baixos níveis económicos e sociais. A consideração da Mortalidade Materna como uma importante medida de desenvolvimento, remonta aos anos da década 1980, quando se enfatizou a contribuição das complicações relacionadas com a gravidez e parto, na taxa de mortalidade de mulheres em idade reprodutiva e se demonstrou a inadequação da atenção dada ao combate a estas mortes evitáveis. (56)

De acordo com a International Classification of Diseases (ICD) v.10, Morte Materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou, até 42 dias após o término da mesma, independentemente da duração ou localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com, ou agravada pela própria gravidez, ou por

medidas em relação a ela; porém, não devida a causas acidentais ou incidentais. (57)

As mulheres morrem, principalmente, como resultado de Hemorragias pós parto, infecções puerperais, hipertensão na gravidez (pré-Eclâmpsia e eclâmpsia), complicações pós parto e problemas relacionados com o aborto. (28)

A grande maioria destas situações é evitável, com aposta em medidas preventivas, ou com intervenções atempadas sistemáticas e planeadas, no quadro das funções do Enfermeiro. (58) O rácio de mortalidade materna (RMM), a nível mundial, é de 216 mortes por cada 100.000 nados vivos. Nos países desenvolvidos, esse valor é de 12 por 100.000 e nos países em desenvolvimento, de 239 por 100.000. Na África Subsariana, o valor médio é de 546 por 100.000. Em Angola, em 2018, o valor estimado é de 477 por 100.000 (dados de 2015). (57) Em toda a África Subsariana, o risco de morte materna, ao longo da vida, para cada mulher, é de 1/36. (57)

A Meta 5A, do Objetivo 5, um dos 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, apontava para uma redução de 75% no RMM, entre 1990 e 2015. Segundo estimativas de 2015, essa redução, em Angola, ficou-se pelos 58,9%. (57)

A magnitude deste problema de saúde, o baixo ritmo a que está a ser resolvido (pretendia-se uma redução de 75% no RMM, e a mesma chegou apenas aos 45%, nos países da África Subsariana) (57), e o risco relativo de morte materna, que é um dos mais elevados do mundo, justificam uma abordagem especialmente cuidada que, em linha com as orientações internacionais e nacionais, possa gerar respostas locais, cujo efeito, embora limitado, possa tornar-se num referencial de intervenção.

No caso de Angola, a dispersão do território, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a escassez de técnicos qualificados, o continuado recurso a respostas não qualificadas em matéria de saúde materna, as dificuldades socioeconómicas, não são fatores favorecedores de uma evolução positiva nos indicadores, não só de Mortalidade Materna como também de Mortalidade Infantil.

A correlação positiva entre o RMM e a taxa de nados mortos, é uma outra evidência de como a mortalidade materna, é acompanhada pela mortalidade perinatal, em

ambientes em que o acompanhamento do parto por pessoal especializado, é muito baixo. (59)

1.2.6. Mortalidade Infantil e Neonatal

A Taxa de mortalidade infantil até à idade de 5 anos, é um indicador chave do bem-estar das crianças, não apenas no que respeita ao estado de saúde, nutrição e bem-estar, mas igualmente quanto ao progresso em direção aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Entre 1990 e 2016, assistiu-se a uma redução global de 56% neste indicador. A taxa de mortalidade das crianças até aos 5 anos, baixou de 93 mortes por 1.000, em 1990, para 41/1.000, em 2016. Esta evolução não obscurece, no entanto, o facto de que, no ano de 2016, **5,6 milhões** de crianças com menos de 5 anos, tenham morrido; (60) 46% das quais (2,5 milhões), durante o primeiro mês de vida. Tal significa que, desde 1990, morreram, pelo menos, 145,6 milhões de crianças, antes de completarem os 5 anos.

Numa análise mais específica, à semelhança do RMM, também neste caso se pode constatar uma significativa discrepância entre países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento. A África Subsariana, continua a revelar os valores mais elevados; 79 mortes por 1.000 nados vivos; (comparativamente com valores de 41 por 1.000 no conjunto dos países em desenvolvimento e 6 por 1.000 nos países desenvolvidos). **Angola apresenta valores de 83 por 1.000 nados vivos. A taxa de mortalidade pós-neonatal é de 55 por 1.000 nados vivos, e a taxa de mortalidade neonatal, cifra-se nas 29 mortes por 1.000 nados vivos.** (60)

As causas de morte, nesta faixa etária, estão claramente identificadas, sendo, contudo, distintas as que se relacionam com o período neonatal, das que se evidenciam no período pós neonatal. As mortes no período neonatal, constituem cerca de 46% de todas as mortes abaixo dos 5 anos. (61)

Realce-se que 74% das mortes durante os primeiros 28 dias de vida, estão associadas a três causas: prematuridade (35%); problemas ocorridos no parto (24%); sepsis/meningite (15%). As outras causas, são; pneumonia (5%); problemas congénitos (10%); tétano (2%); Diarreia (1%); outras causas (8%). (60) (61) Em 2014,

a UNICEF refere que, de todos os casos de morte Neonatal, 36% ocorre no 1º dia de vida, enquanto que nos primeiros 7 dias de vida se registam 73% dos casos.

A elevada concentração de mortes, no período neonatal, sugere oportunidades para que a intervenção seja focada e os esforços rentabilizados. Os cuidados no Pré, Intra e Pós-parto, salvam as mães e os seus recém-nascidos, previnem a existência de nados-mortos e a deficiência. (62)

É necessário acentuar a importância dos cuidados ao Neonato, como estratégia para aumentar a taxa de sobrevivência infantil. O declínio que se observou na taxa de mortalidade neonatal entre 1990 e 2016, foi inferior ao que foi possível constatar no período de entre 1 e 59 meses. Como resultado, o peso relativo das mortes neonatais, para a mortalidade até aos 5 anos, é hoje superior ao que era no ano de 1990 (61) Nesse ano, 37% das mortes abaixo dos 5 anos, ocorria no período neonatal, ao passo que, em 2016, essa percentagem é de 46%. (60) (61) (47) Para garantir um progresso sustentável na sobrevivência infantil, é crítico o investimento no Neonato. (61)

Estão descritas diversas intervenções que, durante os primeiros 28 dias de vida, são eficazes e sustentáveis na redução da mortalidade. Contudo, demasiadas mães e recém-nascidos, não beneficiam delas; Cuidados melhorados no período do parto podem contribuir para uma redução de cerca de 40% nas mortes neonatais. Referimo-nos à assistência ao parto, aos cuidados obstétricos de emergência, cuidado imediato ao recém-nascido e à ressuscitação do recém-nascido. (47) (46)

O cuidado ao recém-nascido de baixo peso e/ou doente, pode contribuir para uma redução de 30% nas mortes neonatais. As intervenções-chave, incluem o cuidado materno em Canguru; a prevenção e cuidado relativamente à sépsis neonatal; abordagem e cuidado com a icterícia neonatal e, a prevenção dos danos cerebrais após situações de hipoxia relacionada com o parto. (47)

1.3. Avaliação da Qualidade em Saúde

O propósito de caminhar para os objetivos de redução da mortalidade materna, neonatal e infantil, exige uma visão pragmática da realidade, metas realistas e ações adequadas, conforme o espírito dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável. Existe, contudo, uma condição subjacente e estruturante, que é necessário considerar e evidenciar no cotidiano. Referimo-nos à qualidade, enquanto critério; qualidade dos cuidados disponibilizados nas unidades de saúde. (54) (63)

É consensual a existência de uma relação direta e evidente, entre a qualidade dos cuidados prestados à grávida, à parturiente, puérpera e recém-nascido, e os indicadores da mortalidade nessas mesmas populações. (54) (63) (64) Existem, no entanto, dados que nos interpelam e justificam uma reflexão mais alargada, quanto ao substrato do conceito, qualidade.

Durante os últimos anos, talvez nas duas últimas décadas, foram desenvolvidos esforços significativos no sentido de proporcionar a cada mulher grávida, um parto assistido por técnico especificamente preparado. Daqui resultou um aumento significativo do número de partos ocorridos em unidades de saúde, por oposição a partos ocorridos no domicílio. (63) Esperava-se, dessa forma, conseguir uma acentuada redução dos indicadores de mortalidade materna e neonatal. Contudo, e segundo a OMS, registou-se um número assinalável de situações de mortalidade e morbidade, consideradas evitáveis. (54) Esta constatação permite questionar se o investimento em prol da qualidade assistencial, reside de forma significativa, na existência e tipologia do equipamento ou, pelo contrário, será necessário equacionar um conjunto de outras variáveis, conducentes ao desiderato da qualidade. (65) Se, com uma maior taxa de partos a terem lugar em equipamentos de saúde, as taxas de mortalidade materna e neonatal se mantêm, ou se reduzem de forma muito lenta, o foco de atenção terá de passar a ser colocado na sua atividade concreta e nos processos que lá ocorrem. (54) Os resultados no domínio da saúde, aí obtidos, serão para a OMS, a melhor evidência do tipo de cuidados prestados, da sua atualização técnico-científica e, em última análise, a primeira e

mais robusta forma de caracterizar a qualidade global da própria unidade. (54) (63) (65)

Mas, as questões relacionadas com a qualidade dos cuidados de saúde, não são apenas contemporâneas. Em 1966, Avedis Donabedian, publicou o que é hoje considerado como uma obra de referência na conceptualização da estruturação e avaliação dos cuidados de saúde. (66) Para “pensar saúde”, concebeu um modelo de tripla composição – estrutura; processos; resultados – o que na época foi considerado como uma abordagem tecnocrática. No entanto, o próprio Donabedian, refere-se à sua matriz de pensamento, como uma forma de conhecer melhor os problemas do mundo da saúde. (66) (67)

A saúde e os seus padrões de qualidade começaram, assim, a ser vistos de uma forma mais abrangente, perdendo a estrita e exclusiva ligação ao resultado objetivo da intervenção médica. Assistiu-se à afirmação de referenciais não positivistas, na medida em que se preconizou que a *qualidade* deveria ser vista como algo, com uma componente conceptual, ao mesmo tempo que com uma componente concreta. Esta é a afirmação de que, é difícil, embora fundamental redefinir as noções então vigentes de qualidade em saúde. Até porque, os sistemas de saúde, encarados seja a que nível for, assentam em valores morais e em objetivos que condicionam as organizações e os próprios prestadores de cuidados. Acresce que, o próprio conceito de cuidado ao paciente, não pode ser considerado como algo estático e imutável, nem como único fator do padrão de avaliação da qualidade. (67)

No emergir do personalismo, ocorrido no séc. XX, as variáveis humanas e da Pessoa começam a tomar preponderância assinalável. (68) Desta forma, ao considerar na equação da qualidade, também a variável humana e concebendo o paciente enquanto sujeito central do processo de cuidados, podemos afirmar como muito mais difícil, a construção de um critério único e estático, que possa medir a qualidade em saúde. Isso acontecia quando essa qualidade era medida, apenas ou principalmente, em função do atingir do objetivo do tratamento, levado a cabo pelo médico. A abordagem e os métodos para classificar a qualidade dependerá, assim, da evolução dos pressupostos da própria ideia de qualidade. (67)

Donabedian, concebeu o que se poderia classificar como uma nova epistemologia da qualidade em saúde, ao afirmar que, tradicionalmente se avaliava a qualidade através dos resultados da intervenção clínica, o que se revestia de uma grande objetividade. De facto, o restabelecimento das funções orgânicas e a sobrevivência, são alguns dos indicadores sobre os quais não se levantam dúvidas relativamente à validade. Por serem mensuráveis, eram reputados de seguros e credíveis. Mas, partindo desse contexto, permite-se colocar questões sobre as razões de se considerarem os resultados como a única, ou pelo menos, como a medida mais relevante da qualidade dos cuidados. Sem ignorar que estas linhas de pensamento, transportam em si uma lógica de gestão, para além de uma lógica clínica, Donabedian traz à reflexão os muitos e diversos fatores que, para além dos cuidados de saúde, influenciam os resultados. Assim sendo, também esses devem ser considerados quando pensamos qualidade. Enuncia, relativamente aos resultados: as atitudes dos pacientes e a sua satisfação; a integração social; a incapacidade física; a reabilitação. (66) (67) Mas, a visão do autor, coloca-nos perante outras questões. A análise do processo de cuidados, componente estrutural da sua visão, chama a atenção para a complexa rede de procedimentos, os quais podem ser questionados quanto à sua atualidade, pertinência, eticidade, economia, coerência, entre outros critérios. É uma abordagem que alerta para a necessária atenção aos valores éticos bem como aos padrões técnicos das intervenções junto dos pacientes. (67)

Torna-se evidente que as estimativas de qualidade, obtidas num quadro deste género, serão menos estáveis, mais subjetivas e menos conclusivas do que as que derivarem da mera análise de resultados quantificáveis. As primeiras abordam a questão da adequação dos cuidados prestados e como são desenvolvidos no quotidiano, enquanto que as restantes, se referem aos procedimentos que compõem as ações terapêuticas.

Numa terceira abordagem, Donabedian foca-se, não nos cuidados prestados, mas nos elementos estruturais da Saúde, que vão desde os espaços físicos, aos recursos humanos, aos processos administrativos e outros que enquadram e/ou orientam a

prestação de cuidados. Aqui se encontra, naturalmente, o próprio sistema de saúde, como um todo. O pioneirismo desta visão reforça-se na necessidade igualmente manifestada, de que exista investigação sobre este tema, mas um tipo de pesquisa que incluía, não só as variáveis clínicas, mas também as relativas aos processos e à relação entre pacientes e profissionais de saúde. (66) (67)

Talvez pela sua radical diferença com o que era vigente na década de 60 do séc. XX, o pensamento do modelo de tripla composição, foi associado a um conjunto de critérios tecnocráticos. Contudo, Donabedian afirmou que o seu trabalho visava propor uma forma de pensar sobre o problema e não, a resolução do próprio problema. Para um melhor aproveitamento das competências, que é o resultado final de uma avaliação da qualidade, a ênfase não pode estar exclusivamente na própria avaliação, mas sobretudo no conhecimento e compreensão do processo de prestação de cuidados. (67)

A melhoria dos serviços de saúde, requer uma análise profunda e um quadro de referência neutro, ou seja, não ligado exclusivamente a nenhum ponto do modelo tripartido. É a visão de um quadro de gestão e não apenas um quadro clínico. Embora seja evidente, no quotidiano do princípio do Séc. XXI, a aceitação da noção de centralidade do paciente no sistema de saúde, somos levados a reconhecer que foram ideias decorrentes desta visão, que tornaram a questão da qualidade, central, passando de um foco quantitativo, quase exclusivo, para uma dimensão qualitativa, igualmente importante. Não é possível buscar e alcançar a excelência em saúde, sem olhar e gerir os cuidados, como um sistema integrado. (67)

É assim lícito afirmar, que a qualidade depende de vários fatores, que constituem a essência funcional das estruturas; os edifícios e as estruturas técnicas, os recursos humanos e os seus conhecimentos e aptidões, as dinâmicas organizacionais, a organização do trabalho, o envolvimento ou a consideração sociocultural. Com uma visão macroscópica é, então, natural afirmar que o aumento da qualidade numa determinada unidade de saúde, depende em grande medida, da atenção coordenada a todas estas vertentes. O investimento que este posicionamento determina, é atualmente reconhecido como um dos esforços mais necessários e

profícuos, quando se pretende enfrentar o drama da mortalidade e morbidade, materna e neonatal. (54) De facto, as cerca de 290.000 mortes maternas e 3.000.000 de mortes neonatais que se registam anualmente, a nível mundial, tornam imperativo analisar esta questão com especial rapidez e acutilância. (54) (64) Além de tudo o mais, é globalmente aceite que, não obstante o claro avanço nas taxas de cobertura, em termos de unidades de saúde, existe uma assinalável discrepância relativamente ao fator disponibilidade de cuidados, na relação com a qualidade dos cuidados prestados nas unidades. (54) (64) (65)

1.3.1. Qualidade em Saúde e OMS

Para a OMS, a qualidade em saúde alcança-se quando os cuidados prestados às pessoas e, de forma geral, às populações, ultrapassam os resultados esperados pelos próprios. Para que tal suceda, o cuidado em saúde, deve ser seguro, eficaz, atempado, eficiente e focado na especificidade da pessoa que o procura. (54)

A OMS tem desenvolvido reconhecidos esforços, no sentido de permitir análises pertinentes e atuais, sobre as questões da qualidade em saúde, muito em especial na área da saúde materna e neonatal. Promoveu um percurso de estudo, no qual se destaca um Encontro Internacional, coordenado pelo Departamento de Saúde Materna, Neonatal e da Criança, em colaboração com o Departamento de Segurança do Paciente e Melhoria da Qualidade, contando igualmente com a participação de diferentes especialistas provenientes de diferentes zonas do globo. (64) Nesse encontro ficaram estabelecidos os domínios relativamente aos quais, a OMS viria a definir os *standards* de qualidade para os cuidados de saúde materna e neonatal, propostos pela organização, em 2016.

Cabe neste contexto, realçar algumas das conclusões, pela sua consistência técnica e pertinência face à realidade dos cuidados de saúde nas regiões desfavorecidas. Conhecidas que são as causas, bem como a dimensão do número dos diferentes indicadores de mortalidade, aponta-se como evidente, que não se pode perseguir uma melhoria dos cuidados, apenas com o objetivo de aumento da cobertura, em termos de unidades de saúde. É necessário aproximar-se mais de cada contexto de

prestação de cuidados e analisar o que aí se passa; os cuidados e a forma como são prestados. É necessário abordar a realidade, com uma perspectiva de Qualidade em Saúde. (64) Para estabelecer o necessário detalhe nesta Visão, os peritos tomaram como referência o trabalho e o modelo proposto por Doberdian, cerca de 50 anos antes. (64) (67)

Em 2016 a OMS apresenta, então, um quadro de referência muito mais estruturado e especialmente focado na melhoria da qualidade dos cuidados maternos e neonatais, nas unidades de saúde. Nele se afirma de, forma conclusiva, que a atenção subjacente à redução da mortalidade materna e neonatal, deverá decididamente, ser concentrada na *“qualidade do cuidado”*, enquanto conceito-guia. (54) Sendo este trabalho, resultante de uma vasta análise da realidade, e da mais moderna evidência, a OMS propõe uma matriz que, simultaneamente descodifica a complexidade da prestação dos cuidados de saúde materna e neonatal, contendo oito domínios, em que os mesmos cuidados assentam. Nessa matriz, incorpora os componentes estruturais do cuidado e, igualmente, uma lógica de cuidado global, focado na estrutura, nos processos e nos diferentes tipos de resultado.

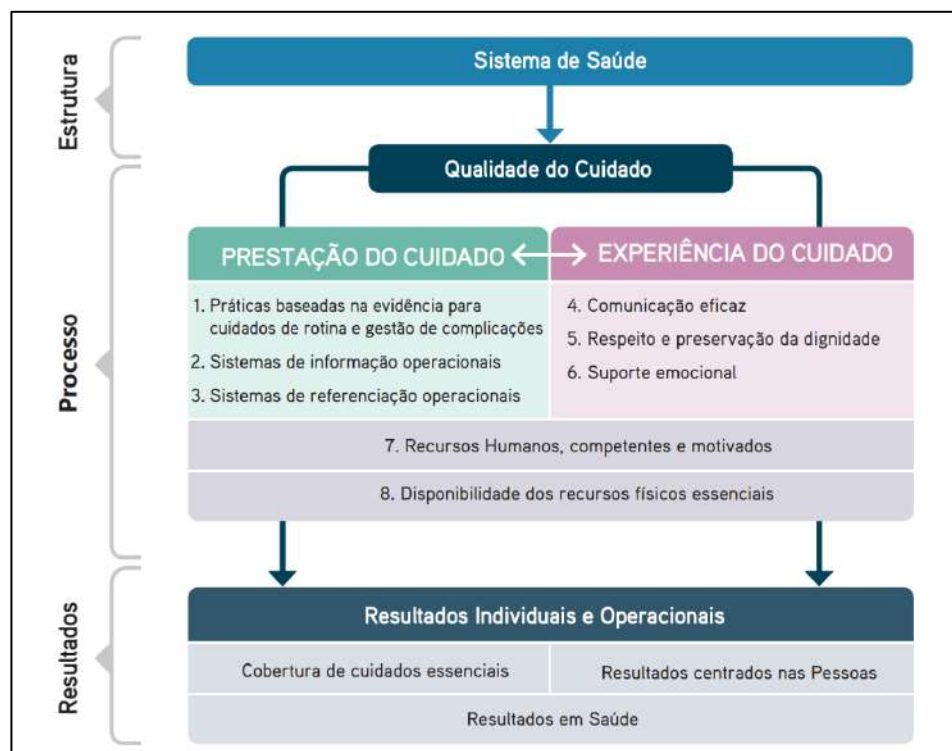


Figura 1 - Quadro de referência da OMS para a Qualidade dos Cuidados de Saúde Materna e Neonatal (54)) p.16
(Tradução livre)

Paralelamente, e visando desde logo um processo de implementação e avaliação, associa a cada Domínio, um *Standard*, que se desdobra em afirmações de qualidade, nas quais se podem encontrar, então, as medidas e critérios objetivos para coordenar e avaliar a realidade nas diferentes unidades de saúde. (54) Encontramos, oito domínios, oito Standards, trinta e uma afirmações de qualidade e trezentas e cinquenta e duas medidas de qualidade.

O primeiro Standard refere-se à atualização e adequação dos cuidados prestados à mulher e ao recém-nascido. O segundo, diz respeito à informação disponível para os profissionais, proveniente da formação e/ou dos meios escritos colocados à sua disposição. No terceiro Standard, perspectiva-se um sistema de referência para as situações cuja especificidade exceda os recursos disponíveis. O processo de comunicação eficaz, adaptada e permanente, com a mulher e família, é objeto do quarto Standard. O quinto, refere-se à preservação da dignidade dos recetores dos cuidados. No sexto Standard encontramos a preocupação com o necessário suporte emocional fornecido à mãe, recém-nascido e família, por forma a proporcionar um

reforço das suas capacidades. Os cuidados de rotina bem como a acutilância na detecção e gestão adequada de eventuais complicações, por parte do pessoal, é o essencial do sétimo Standard. Por fim, o oitavo Standard, é relativo às condições físicas e de salubridade do espaço físico. Aborda também a existência de medicamentos e equipamentos destinados a cuidados de rotina e a situações em que surjam complicações.

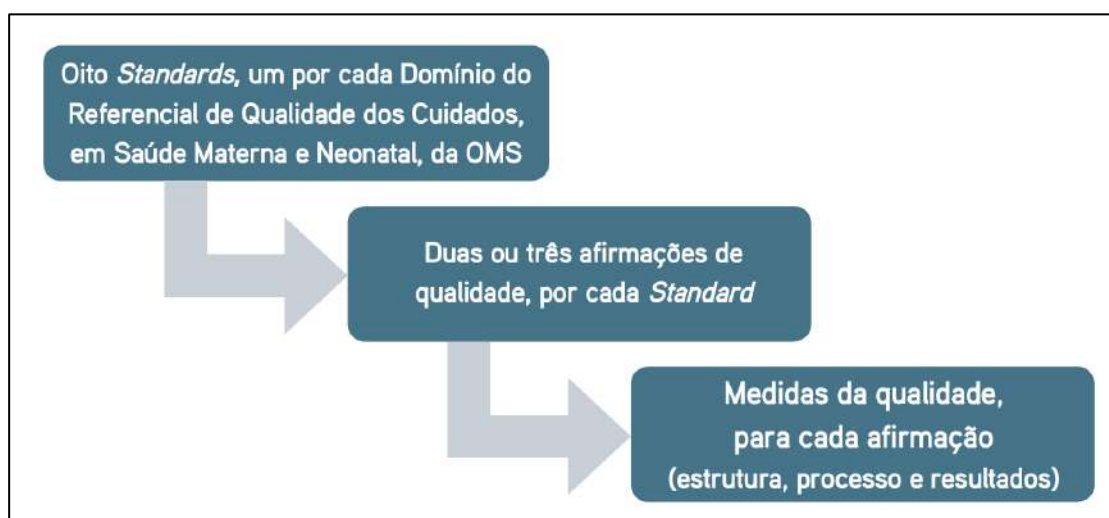


Figura 2 Estrutura dos Standards (54 p. 19)
(Tradução livre)

Sendo que é aceite pela OMS, que mais de 70% das mortes maternas, ocorrem devido a complicações da gravidez e parto, tais como hemorragias, perturbações hipertensivas, sepsis e aborto, e que 85% das mortes neonatais se relacionam com a prematuridade, a asfixia, o próprio parto e as infeções; o desenvolvimento de um sistema de prevenção das situações claramente associadas a desfechos adversos, pode aumentar o impacto na sobrevivência materno-fetal e neonatal. Assim, torna-se evidente que a Qualidade dos cuidados não se confina ao Parto e eventos próximos, apenas. Destacam-se, os cuidados de acompanhamento e vigilância da gravidez, e os cuidados no puerpério que devem fazer parte estrutural de qualquer estratégia de melhoria da qualidade.

Transcende-se, assim, a visão limitada do parto, enquanto foco de atenção quase exclusivo, das preocupações de enfrentamento do fenómeno da mortalidade materna e neonatal. (54)

1.4. A promoção da saúde e bem-estar e o Desenvolvimento Global, como objetivo da enfermagem

No lançamento da Estratégia Global para a Saúde de Mulheres, Crianças e Adolescentes (2016-2030), pela *Every Woman Every Child*, enquadrada nos ODS da Organização das Nações Unidas, ficou expresso que o esforço para atingir o objetivo de redução de mortes maternas, infantis e adolescentes, deve caminhar a par com a criação de ambientes propícios para a Saúde. Só desta forma os indivíduos poderão atingir os mais elevados padrões de saúde e bem-estar. (69)

Os objetivos major, desta Estratégia – **Sobreviver**, terminando com as mortes evitáveis; **Prosperar**, assegurando saúde e bem-estar; **Transformar**, pela replicação dos ambientes favoráveis -, configuram uma opção antropocêntrica e progressivamente abrangente, que se encontra patente nos respetivos princípios orientadores e metas. Constatamos uma priorização da vontade de redução da mortalidade associada a causas evitáveis, que afetam o quotidiano das pessoas, passando para um foco no tecido social e comunitário em que as pessoas vivem, com preocupações do âmbito do acesso à saúde, educação e alimentação, para se projetar numa dinâmica de transformação construtiva, com metas eminentemente sociais. (69) Esta opção, amplamente afirmada, de enfrentar os problemas sociais e de saúde, com uma especial e primeira atenção no Indivíduo, e que foi realçada pela OMS em 1978, na Declaração de Alma-Ata, (9) (70), materializa-se uma vez mais, nas áreas de ação preconizadas pela Estratégia 2016-2030. Parece pois, importante realçar o Investimento no Potencial Individual, como forma de apoiar as pessoas enquanto agentes de mudança da sua própria condição; na Resiliência dos Sistemas de Saúde, com o requisito de cuidados de saúde com qualidade, em qualquer equipamento de saúde, e no Envolvimento da Comunidade, pelo reforço da ação

comunitária, assegurando uma participação inclusiva. (69) (70) É, assim, fundamental integrar a noção sistémica dos cuidados de saúde, e a noção de efeito reprodutor, segundo o pensamento de Collière, para quem o Cuidar dirigido a uma pessoa, influencia diretamente a estrutura e a continuidade do grupo social em que se insere. (71)

Neste ponto, torna-se evidente que o esforço necessário para atingir tão importantes e abrangentes objetivos, terá de integrar uma visão cuidada, realista e essencialmente sistémica e aberta, pelos próprios prestadores de cuidados. (7)

Os enfermeiros, enquanto agentes de saúde, desempenham papel relevante na implementação de projetos de intervenção sanitária nas comunidades. A sua natural participação reveste-se da maior importância, tanto mais que a sua proximidade funcional à realidade quotidiana das pessoas, permite uma compreensão detalhada e genuína das repercussões efetivas dos diferentes Determinantes Sociais da Saúde. (70)

Temos, no presente, um processo de reconhecimento da especificidade e de responsabilização da Enfermagem no cuidado às pessoas, famílias e comunidades. Isto porque, os cidadãos não pretendem apenas competência técnica. Querem, também, que os cuidados de saúde sejam organizados com vista à humanização. Necessitam sentir que cada pessoa, é tida em conta nas suas reais e específicas necessidades em saúde; veja respeitados os seus valores e crenças e, sobretudo, que os enfermeiros sejam sensíveis à sua situação de vida, construindo intervenções adaptadas e pertinentes. (72) (73)

A OMS reconhece, de forma formal e enfática, o especialmente importante papel desempenhado pelos enfermeiros, considerando-os como a espinha dorsal dos sistemas de cuidados de saúde primários. (73) Constituindo, mais de metade do conjunto de profissionais de saúde de muitos países, deles se deve esperar que condicionem positivamente a forma como as diferentes intervenções em saúde, são planeadas, organizadas e levadas a cabo, às pessoas, famílias e comunidades. (73)

De facto, desde a sua fundação em 1948, a OMS desenvolveu como uma das suas principais prioridades, a criação de um Comité de Peritos em Enfermagem. A

constituição deste grupo, significou o reconhecimento da especial importância da Enfermagem no desenvolvimento em qualidade, dos Serviços de Saúde. Esta opção traduziu a vulgarmente aceite noção, de que as Enfermeiras faziam uma efetiva diferença na vida das pessoas. (73)

A presença das Enfermeiras, no âmbito da intervenção da OMS, tinha lugar, essencialmente, em funções de formação nos países da região Africana; tanto no capítulo do treino de pessoal, traduzido na criação de Escolas nos países em desenvolvimento, como na área da gestão das instituições e dos seus equipamentos técnicos. (73) A afirmação da importância deste grupo profissional, não decorreu de apreciações de princípio, apenas. Em 1950 foi destacada a necessidade do reforço do número de enfermeiras, porque se considerava que as mesmas conseguiam estabelecer um contacto direto, individualizado e duradouro, tanto com pessoas doentes como com pessoas sãs. É, desta forma, possível assistir a um progressivo destaque dado a estas Enfermeiras, não por questões corporativas, mas sim operacionais. (74) (73)

Em 1985, o Comité de Peritos relativo aos requisitos humanos para a área da saúde, com vista ao atingir a meta de *Saúde para todos no ano 2000*, através do investimento nos cuidados de Saúde Primários, recomenda que as Enfermeiras assumam uma maior diversidade de funções de gestão e liderança, nas equipas de saúde. Não se tratava de uma recomendação relativa à atribuição de atividades quotidianas, mas sobretudo, respeitante à mudança dentro do próprio sistema de saúde. (75) (73)

As recomendações do comité de peritos internacionais, promoveram uma profunda redefinição dos papéis dos profissionais de saúde. Igualmente estimularam a opção estratégica de abordagem holística, (à altura designada por compreensiva), que incluía as metas da promoção da saúde, o estudo de casos particulares, a prevenção da doença, os cuidados individualizados ao sujeito e à família, programas de desenvolvimento comunitário e de educação para a saúde, bem como as tradicionais e indispensáveis atividades curativas. (75) (73)

De acordo com os princípios da intervenção e pesquisa comunitária, participativa, apresentados por Smith, Salina A., em relação à comunidade Afro Americana, o

desenvolvimento de quaisquer linhas de intervenção, mesmo com procedimentos baseados na evidência científica, não podem dispensar o envolvimento das “forças-vivas” da comunidade. Existe um provérbio africano que afirma ser *necessária uma aldeia para criar e educar uma criança*. No presente contexto, o mesmo ditado poderá originar uma séria reflexão sobre as relações interpessoais marcadas pela confiança e corresponsabilidade, indispensáveis à vida, em ambientes desfavorecidos, ao nível de uma comunidade. (76) De modo resumido, as atividades e os programas de intervenção devem revestir-se da tonalidade cultural do contexto, por forma a penetrar na vida da comunidade. (76) (70) Em saúde, tais pressupostos refletem uma preocupação de promoção da eficácia, mas também, dir-se-ia, de caráter ético.

A área dos cuidados de saúde primários inicia um processo de mudança que se encontrará ainda em curso. O repto passa a ser o de responder às necessidades em saúde, sendo que esse conceito de saúde, tem a sua substância, naquilo que cada pessoa sente, ser *a sua saúde*, e no que a mesma considera necessitar para o seu percurso de vida. (9) (7)

Os cuidados de saúde primários são, mais do que um conjunto de atividades, um posicionamento estratégico para a saúde e bem-estar das populações. Incorporam uma preocupação fundamental que poderia ser resumida na ideia de proximidade. Esta, traduz-se na identificação de todas as variáveis que influenciam e de que forma o fazem, a saúde de cada pessoa, família ou comunidade. Significa a disponibilização de cuidados direcionados à pessoa como um todo, em interação com um determinado ambiente, e não apenas o tratamento de um conjunto de doenças. (77) (78) (79)

O Fórum da Saúde, da região África, promovido pela OMS, partindo do lema, “*As pessoas em primeiro lugar*”, aposta num novo referencial, no que concerne à tipologia, intencionalidade e metodologia de intervenção. É, aí, de alguma forma consensual que a intervenção na Saúde, em realidades socialmente desfavorecidas deve ser pautada por amplas orientações estratégicas, com elevada especificidade, das quais se realçam, a centralidade das pessoas e o seu empoderamento, o

envolvimento das comunidades nos processos de estruturação das respostas em Saúde e a consideração do ambiente e das variáveis sociais enquanto determinantes sociais da própria Saúde. (80) Assumindo o direito à Saúde como um direito humano fundamental, justifica-se que devam ser criadas as condições para o seu exercício. E tal deve ocorrer com carácter de prioridade ao nível próximo da vida quotidiana e da habitação, na relação com as estruturas sanitárias existentes. (24) (77) Essa é, igualmente a perspetiva dos serviços regionais para África, da OMS, os quais atribuem primazia ao envolvimento da Comunidade, quando se referem ao seu Programa de Políticas de Saúde e Prestação de Serviços. Estimulando-se um maior envolvimento, das comunidades nos serviços de saúde, fomenta-se nas pessoas, e nas organizações da sociedade civil, sentimentos de pertença que levam, progressivamente, a uma maior exigência de respostas em Saúde e uma natural melhoria na pertinência dos cuidados desenvolvidos. (81)

De facto, desde o início deste século, assiste-se a um aumento substancial dos gastos em Saúde na África Subsariana. Assiste-se a uma evolução positiva nas taxas de imunização e na redução da malária. No entanto, tal opção não tem apresentado uma associação claramente positiva com a esperança média de vida e com os indicadores de mortalidade materna, neonatal e infantil. (82) A leitura que se pode fazer relativamente a estes factos, prende-se com a diferença entre as dinâmicas dos programas de vacinação e de prevenção da malária e, por outro lado, as razões das diferentes mortalidades. As segundas implicam alterações estruturais no viver das mulheres e famílias. As primeiras, são ações pontuais, sem grande implicação na estrutura cultural. E esta constatação, leva a considerar que as crenças e práticas culturais continuam a desempenhar um papel especialmente importante, no acesso aos serviços de saúde e a mudanças comportamentais. A propósito, e a título de exemplo, refira-se que, no caso da amamentação exclusiva, e não obstante a promoção da mesma, realizada em campanhas de divulgação, é possível encontrar indicadores de falta de confiança nesta prática. As avós, em África, desempenham um papel relevante, no início e cessação da amamentação. Assim se justifica que as mães introduzam água, alimentos calóricos, infusões e outros suplementos alimentares tradicionais, com a intenção de aumentar a possibilidade de

sobrevivência do bebê. (83) O mesmo sucede relativamente ao cuidado do coto do cordão umbilical. É possível encontrar a aplicação de diferentes produtos tradicionais, para o cuidado da pele e que têm uma justificação adicional de proteção da criança face a feitiçarias. (83)

A vigilância pré e pós-parto são processos essenciais para a redução da mortalidade materna. (27) Realce-se, no entanto, que se relatam baixos índices de acesso a informação qualificada, nomeadamente por não aproveitamento do espaço e tempo das consultas de vigilância da gravidez, para informação sobre a maternidade segura, parto seguro e a necessidade de vigilância, também no pós-parto. Nas consultas não se concretiza, como se poderia, o ensino relativo ao reconhecimento de sinais de perigo na gravidez e no pós-parto. Estes são exemplos de fatores que reduzem a utilização adequada e atempada, das unidades de saúde. (83) Compreende-se assim, que surja quem advogue a criação e testagem de estratégias inovadoras que sejam dirigidas ao comportamento das mães das mães, na necessidade de as envolver na própria dinâmica de prestação de cuidados, tanto no pré, como no pós-parto. (83) (51)

Estando assim perante visões parcelares do fenómeno, que nos evidenciam que milhões de africanos morrem, devido a situações de saúde preveníveis e curáveis, importa incorporar uma matriz de análise mais ampla que pode ser aduzida do processo histórico do continente africano em particular. (84)

Muitos dos desafios que os serviços de saúde da chamada África Subsariana, enfrentam, vêm ainda do tempo pré-colonial. Conhecer-los, ajuda a compreender a situação presente, mas pode sobretudo, subsidiar a intenção e o esforço de delinear novas metas e novas estruturas funcionais, eficazes e duradouras, em saúde. (84)

Na época pré-colonial, em África, os indivíduos adotavam uma determinada organização no plano social. Esta podia variar desde pequenos grupos, até reinos. A saúde seria vista enquanto assunto privado, ou seja, da responsabilidade de cada família. Por via desta família, e imbuídos de uma profunda filosofia comunitária, cada um dos membros constituía-se como parte de um todo, do qual depende e ao qual também deve a sua personalidade e valores. Recebe a proteção desta

construção social, e daí resultam os seus deveres. Mas, os membros de uma comunidade, não são só os vivos... os antepassados continuam a existir, de uma qualquer forma não material, influenciando nas vidas dos vivos, nomeadamente pela representação que fizeram dos costumes e tradições do grupo. (84)

Nesta lógica, a doença individual, ou qualquer perturbação social, seria associada a um não cumprimento das regras morais do grupo, o que em si, poderia atormentar o espírito dos antepassados. (84) E se a saúde e o bem-estar se definem como equilíbrio dinâmico, (7) (8) (10) esta noção de antropologia cultural na doença, não pode ser esquecida na análise da realidade e na construção de respostas em saúde. Tão pouco podem ser simplesmente desprezadas as soluções tradicionais para as doenças. No entanto, todo o processo colonial, fez exatamente isso, ao marginalizar as práticas de medicina e os costumes, tradicionais. As leis coloniais criminalizaram o que denominavam de feitiçaria, numa tentativa de suprimir as crenças africanas e promover um estilo de vida ocidental. (84) Há que compreender que tais dinâmicas perturbaram profunda e estruturalmente os diferentes grupos sociais. Esse facto sempre foi relativizado, pois as preocupações com as políticas de saúde em África foram inicialmente focadas na saúde dos colonos e das suas famílias, bem como nos funcionários administrativos e agentes militares. Fosse qual fosse a conceção de serviços de saúde e medicina de qualidade, ela era alicerçada em padrões ocidentais, relativizando e até proibindo as práticas tradicionais, presentes na cultura e profundamente depuradas pelo tempo. (84)

Concluimos afirmando que nos encontramos, não só perante diferentes práticas de cuidados, mas, sobretudo, perante Modelos de Intervenção em Saúde, diametralmente opostos. Neste sentido, é pertinente encontrar uma formulação teórica em Enfermagem que reflita, não só uma preocupação com a estrutura de cuidados de saúde, mas sobretudo, a preocupação com a proximidade ao sujeito de cuidados. (54) (70)

1.4.1. Enquadramento conceptual da intervenção da enfermagem

Assistimos, ao longo do séc. XX, a importantes mudanças, no que respeita ao papel, às responsabilidades e ao compromisso social dos enfermeiros. (73) Todo este conjunto de mudanças e adaptações radicam, contudo, em lógicas sociais abrangentes. Desde sempre a Enfermagem, segundo Kérouac, cumpre um papel único e relevante, uma vez que, tal como foram mudando os referenciais sociais e de saúde, também os enfermeiros foram renovando e adaptando a sua intervenção, por forma a dar cumprimento à função social que lhes era atribuída. (9) (75)

Partimos de um contexto socioprofissional, cujas origens se situam ainda no séc. XIX, em que se considerava existirem relações lineares e causais entre os fenómenos. A atividade de saúde consistia numa abordagem essencialmente biomédica focada na entidade doença, cujos fatores etiológicos e processos fisiopatológicos, eram o centro da atenção dos profissionais e das intervenções. É o que se designa por *Paradigma de Categorização*. (9)

Em meados do séc. XX, e em função de um complexo contexto de crise económica e ambiente pós-guerra, a dimensão social da vida de cada pessoa, e a sua interdependência, ganha nova relevância. (9) (75) É neste tempo, que o próprio conceito de saúde, definido pela OMS, passa a contemplar as dimensões física, mental e social, por sucessão a um conceito de saúde, *como ausência de doença*. É uma nova e realisticamente abrangente noção de Pessoa, que vai necessariamente condicionar a conceção, organização e prestação de cuidados de saúde. (9) Estes cuidados visam, então, manter a saúde em todas as suas dimensões. É uma mudança que assenta num novo pensamento social e antropológico, e favorece a diferenciação da Enfermagem, no que respeita à Medicina. Neste novo referencial em saúde, que Kérouak designa de “Paradigma de Integração”, intervir em saúde, significa “agir com” a pessoa, um ser global, bio-psico-social, traduzido numa lógica de progressiva personalização dos cuidados. (9)

O aparecimento do chamado, “Paradigma de Transformação”, segundo Kérouak, pode ser associado à década de 70 do séc. XX. Esta corrente de pensamento na área da saúde, releva a ideia de que os fenómenos consigo relacionados, seja qual for a

sua natureza e origem, (pessoa, doença ou ambiente), são complexos, únicos e irrepetíveis. Encontramo-nos assim, num tempo marcado pela abertura a realidades que transcendem o conhecimento cartesiano e a lógica biomédica. (9) Esta forma de encarar as questões da saúde, em muito se ficou a dever ao enorme incremento das comunicações, aos movimentos migratórios, às alterações políticas e às permutas culturais. Internacionalmente afirma-se a necessidade de proteger e promover a saúde dos povos. (9) (85) Na conferência de Alma-Ata, promovida pela OMS, em 1978, reconhece-se a especial e importante ligação entre a promoção e proteção de saúde dos povos e o progresso nos planos económico e social, pelo que se reafirma o direito e dever, em participar individual e coletivamente, no planeamento e exercício dos seus cuidados de saúde. (85) Esta é uma nova filosofia de cuidados, sob influência da qual as populações, de forma geral, e cada pessoa de per si, deve idealmente tornar-se agente da sua própria saúde, partilhando essa responsabilidade com técnicos de saúde. (9) (73) (85)

Desta forma, responder às necessidades de saúde, tornava-se um desafio novo e incontornável, tanto para os técnicos de saúde, como para os responsáveis políticos, pois implicava conceber novas políticas de saúde, apropriadas e adaptadas à forma e à frequência das necessidades das populações. (9)

Com o emergir dos novos desafios e das formas necessariamente adaptadas de lhes responder, estimulou-se, igualmente, o desenvolvimento teórico em Enfermagem, uma vez que as contribuições teóricas das outras disciplinas, se mostraram insuficientes para planear e prever os efeitos da própria disciplina. (86)

A teoria em Enfermagem guia a observação e conceptualização, a interpretação dos fenómenos; a formação, a pesquisa, a gestão e a intervenção proficiente. (87) (9) Assim, a partir da segunda metade do séc. XX, surgiram diversas elaborações teóricas relativas a diferentes conceções da disciplina de Enfermagem.

Os Modelos conceptuais e as Teorias de Enfermagem podem definir-se como representações da realidade, constituindo um passo na resposta a problemas complexos que, pela sua natureza, exigem um determinado grau de abstração. São o resultado de estruturas mentais que se elaboram em função da necessidade de

dar organização e significado aos próprios fenómenos do mundo real. (86) (88) Permitem conceber e analisar, diferentes estratégias de intervenção, as denominadas teorias de médio alcance, assumindo que avaliam a adequação dos conceitos e da sua formulação, aos contextos socioeconómico, cultural e sanitário para que são mobilizados. Constituindo-se como quadros de referência ou matriz disciplinar (88), possuem uma especial utilidade na apreciação da realidade, na intervenção e na avaliação dos resultados. (87)_(86)

Meleis, agrupou esses trabalhos de desenvolvimento conceptual, por *Escolas de Pensamento*, tendo por base as definições que as suas autoras assumiam relativamente aos conceitos de Cuidado, Pessoa, Saúde e Ambiente. (9) As Escolas de Pensamento apresentam uma clara coerência com as grandes ideias sociais de cada tempo; a **Escola das Necessidades**, que enfatiza, de forma relevante a doença e os problemas relacionados com a ausência de saúde. Daí que pretendesse elencar o conjunto de atividades dos Enfermeiros, para suprir tais necessidades, em cada contexto; a **Escola da Interação**, segundo a qual o cuidado de Enfermagem resulta de um processo interativo entre Enfermeiro e utente; entre uma pessoa necessitada de cuidados e outra com competência para avaliar essa necessidade, compreender a pessoa e, em conjunto, estabelecer objetivos de superação, constituindo-se a Enfermeira e a própria relação interpessoal, num importante elemento terapêutico. O cuidado torna-se, assim, uma atitude humanitária, um encontro de pessoas e não apenas um ato técnico e mecânico; a **Escola dos Efeitos Desejados**, cuja existência se orienta para a questão “Qual a razão por que as Enfermeiras, fazem o que fazem?”. Foca-se no resultado das intervenções das Enfermeiras. Perspetiva amplos propósitos para os cuidados prestados, o que está em sintonia com o pensamento social muito radicado na Teoria Geral dos Sistemas; a **Escola da Promoção da Saúde**, que considera que o alvo dos cuidados é, tanto o indivíduo como a família. Ambos vivem e se desenvolvem em torno das experiências de saúde. Coloca ênfase no conteúdo das atividades das Enfermeiras e mantém um questionamento conceptual sobre “quem é o destinatário dos cuidados”; a **Escola do Ser Humano Unitário**, torna presente o conceito de “ser humano unitário”, uma conceção do Homem que transporta a noção de que cada pessoa deve ser vista como ser

integral, único, embora multidimensional. Uma corrente de pensamento que incorpora elementos filosóficos do Existencialismo e da Fenomenologia; a **Escola do *Caring***, ou do Cuidado Humano, segundo a qual a qualidade dos cuidados prestados pode ser melhorada se as Enfermeiras se dispuserem à consideração das dimensões espiritual e cultural das pessoas, integrando no Cuidado, as aprendizagens que derivam dessa forma de estar. É uma corrente de pensamento que se foca no Cuidado enquanto competência da Enfermeira e tem por base a questão “Como é que as Enfermeiras fazem, o que é suposto fazerem?” (9) (88)

Em face da importância e dimensão destes objetivos, os profissionais de saúde, enquanto agentes promotores e interventores nas questões da saúde e bem-estar, devem ser reforçados na sua intervenção. Tudo por forma a que as pessoas, famílias e comunidades tenham acesso a serviços de saúde de qualidade, que respondam aos reais problemas das populações. (80)

Desta forma, a consideração das opções da própria Enfermagem, em matéria de enquadramento conceptual da sua intervenção, não pode deixar de levar em conta todos estes pressupostos e dar-lhes uma resposta formal que contenha linhas estruturantes. Uma das questões possíveis, entre muitas outras, será relativa ao grau de aproveitamento das competências dos Enfermeiros, tanto em termos funcionais como em matéria de participação na conceção de políticas locais. Outra questão será relativa ao grau de eficácia da intervenção dos profissionais de Enfermagem que representam mais de metade de todos os trabalhadores da saúde, em muitos países, e são o maior grupo profissional de saúde, em África. (73)

Neste contexto usaremos o enquadramento de Meleis ao classificar as diferentes conceções teóricas de Enfermagem, em Escolas de Pensamento. Faremos uma opção pelo que designa por *Escola da Interação*, por considerar que é a que destaca de forma mais estruturada, a questão da proximidade, enquanto critério de abordagem da Pessoa. (88)

O campo da relação humana terapêutica, subjacente à Escola da Interação, é um campo de possibilidades de intervenção cujos frutos vão do conhecimento específico do paciente, à proximidade, à proteção, ao empoderamento e ao

(88)delinear de metas em saúde, específicas, personalizadas e alcançáveis. Em ambientes desfavorecidos, onde os recursos de saúde são escassos ou inexistentes, é o recurso humano, o mais abundante meio de suporte pessoal e social. Desta forma, olhar para a relação enfermeiro / paciente, torna-se apropriado e estratégico. (90) De facto, esta Escola de Pensamento, tem as suas raízes na teoria psicanalítica, muito evidente nos anos 60 do séc. XX, e destaca a atenção aos cuidados em intimidade, numa matriz de relações humanas. Todas as teóricas associadas a esta Escola, são inspiradas pelas teorias da Interação, da Fenomenologia e do Existencialismo. (9) (89) Centram a sua atenção no próprio processo de interação enquanto momento terapêutico. A proximidade e a cultura estão intrinsecamente ligadas aos cuidados de saúde. São, desta forma, elementos estruturantes que permitem uma melhor e mais eficaz comunicação terapêutica, para além de traduzirem o preconizado pela OMS relativamente à consideração do paciente, através do fornecimento de cuidados adaptados às preferências e aspirações dos indivíduos e da cultura das suas comunidades. (91) (65)

Dentro desta classificação, aprofundaremos o *Modelo Conceptual de Imogene King* e a sua *Teoria de Alcance de Objectivos em Enfermagem*, como mecanismo de análise da realidade em estudo.

1.4.2. Modelo Conceptual de Imogene King

Fawcet, coloca a escolha de um Modelo Conceptual, no âmbito da opção pessoal, tendo em consideração as crenças relativas aos conceitos meta-paradigmáticos de Pessoa, Ambiente, Saúde e Cuidados, bem como à visão particular da própria Enfermagem, pelo Enfermeiro. (87) A nossa opção pela análise mais aprofundada do Modelo de King, decorre da necessidade de usar uma linha de pensamento referencial, que se mostre aplicável em contextos desfavorecidos e permita incorporar lógicas de desenvolvimento em saúde, no plano pessoal e sociocomunitário, bem como possa incorporar a consideração da análise das relações de interdependência das pessoas, grupos e instituições sociais. (92) (93) Com esta, não se descarta a possibilidade de outras opções.

O Modelo conceptual de King, expressa-se em diversas publicações, desde 1964, tendo sido a sua publicação de 1981, *A Theory for Nursing – Systems, Concepts, Process* a que maior pormenor fornece, relativamente ao seu pensamento, numa época em que a Enfermagem enfrentava profundos desafios, rumo à sua afirmação enquanto disciplina científica. (94) (95) Nesse contexto, Imogene King, apresentou, não apenas um Modelo Conceptual, que prefere designar por Quadro Conceptual, mas também uma Teoria de Enfermagem, que visa apoiar a operacionalização do seu Quadro Conceptual. É a Teoria de Alcance de Objetivos. (87)

Na sua obra acentua noções que, na segunda metade do Séc. XX, apareciam como inovadoras, uma vez que, de alguma forma se demarcavam dos conceitos de então, muito relacionados com o Paradigma de Categorização, ou seja, uma enfermagem muito centrada nos problemas, nos deficits e incapacidades da pessoa. (9) De facto, a autora manifesta-se profundamente interessada no Ser Humano enquanto entidade global, inserido num grupo e num espaço social específicos, possuidor de uma identidade distintiva que lhe advém dos processos de interação que se iniciam na família e se alargam a todo o ambiente social. Para King, a origem dos indivíduos radica no seio de uma família e/ou grupo a que pertencem. É nesse seio familiar, seja ele qual for, que têm lugar interações com os outros membros, que originam, o que designa de **transações**. Estas não são mais do que interações intencionais que favorecem o atingir de um qualquer objetivo. (94) Este conceito é estrutural no Modelo de King e será abordado mais adiante. A **Enfermagem** traduz-se, assim, em termos globais, num processo de interação entre o enfermeiro e a pessoa que é cuidada. Esta interação é o substrato da relação e constitui já, o cuidado. É uma relação com dois sentidos e tem lugar num determinado ambiente, o que vai condicionar o estabelecimento de objetivos que daí poderão resultar. (9) Este processo, para a Enfermeira, proporciona a perceção, análise, julgamento e ação relativamente ao comportamento dos indivíduos que entram numa situação de cuidados. A relação enfermeiro – indivíduo, acontece, pois, através de uma comunicação efetiva e adaptada, da qual resulta identificação de problemas, preocupações e objetivos específicos. A própria relação é desta forma, um atributo e meio muito importante, de intervenção terapêutica. (94) Porque os enfermeiros

apoiam os indivíduos e grupos, quando têm alguma perturbação no seu estado de saúde e não são autónomos e suficientes na sua resolução, a intervenção de enfermagem não está focada, primordialmente, no problema, mas no processo de interação do cliente com o seu ambiente, numa lógica de preservação ou recuperação da própria saúde e gestão da incapacidade. (94) (95)

Segundo King, o objetivo da Enfermagem é ajudar os indivíduos a manter a sua saúde, por forma a que possam desempenhar os seus papéis. Isto manifesta-se por intervenções que podem visar a promoção da saúde, a prevenção da doença ou, a recuperação da saúde; no cuidado a pessoas em saúde, a doentes e a pessoas em fim de vida. Os conhecimentos e competências profissionais dos enfermeiros que aqui são aplicados, servem também para apoiar formas de ajustamento às mudanças nas suas atividades quotidianas. (94)

O conceito de **Saúde** é abordado por King que o define, rejeitando à priori, a então tradicional dicotomia “saúde-doença”. Isto porque concebe a saúde como um estado funcional, no ciclo de vida. Assim, a saúde traduz-se e caracteriza-se pela forma como os seres humanos vivenciam as diferentes experiências de vida. Estas, por serem dinâmicas, implicam um contínuo ajustamento aos *Stressores* do ambiente interno e externo, através da utilização dos recursos pessoais, com vista ao máximo potencial, nas atividades da vida diária. Por outro lado, e em consequência, *Perturbação* designa um desvio do normal; um desequilíbrio na estrutura biológica da pessoa, ou na sua organização psicológica ou, ainda, um conflito nas relações sociais. De certa forma, King contempla na sua definição a nova visão de então, da OMS, relativa ao conceito de saúde que, em 1948, passa a integrar as dimensões de bem-estar mental e social, para além do biológico. (7) Neste contexto, a doença é, apenas, um dos possíveis tipos de perturbação que pode determinar um desequilíbrio na saúde do indivíduo. (94)

Por se ter assistido, durante muito tempo a um conceito de saúde, como ausência de doença, os indicadores estatísticos da saúde eram, de facto, indicadores de doença. Para King, não existia então, uma forma de se medir a saúde, para além da avaliação feita pelos indicadores de doença/perturbação, o que seria

manifestamente insuficiente, por estar centrado apenas nos momentos de desequilíbrio. Avaliavam-se e contabilizavam-se os factos epidemiológicos, mas não a repercussão que tais factos teriam no dinamismo de vida de cada indivíduo, como se observa em situações de gestão do risco ou de gestão da doença crónica. (94)

As enfermeiras estariam numa posição privilegiada, como considerava King, para, através de métodos epidemiológicos, identificar fatores que nas comunidades, se apresentassem relacionados com a promoção da saúde e prevenção das diferentes perturbações. Caber-lhes-ia uma especial responsabilidade na identificação das condições essenciais para que o Ser Humano desempenhasse os seus papeis, nos diferentes sistemas sociais. Assim, ao conhecer tais condições, as mesmas poderiam constituir-se como variáveis, para medir a saúde de indivíduos e comunidades. Esta é uma das ênfases da obra de King, a importância concedida ao trabalho das enfermeiras, na avaliação do estado de saúde e no planeamento de ações de promoção da mesma, em ambiente comunitário. (94)

Assume-se, de modo geral, que são dois os desafios das enfermeiras e técnicos de saúde; a descoberta de métodos que permitam ajudar as pessoas a gerir e a lidar com as suas alterações em saúde e, em segundo lugar, a descoberta de mais conhecimento, acerca das transações humanas com o ambiente, que possa ser facilitador da necessária promoção e manutenção da saúde, de pessoas e comunidades. (94) Isto porque as Enfermeiras estão numa posição privilegiada para saber como as pessoas encaram a sua saúde, e como atuam por forma a manter-se em equilíbrio. Através da sua interação em ambientes de cuidados de saúde, prestam cuidados que preenchem uma clara necessidade social, pois influenciam a estrutura e o funcionamento do Ser Humano. Trabalham com pessoas, individualmente ou em grupos, nos mais diferentes ambientes e situações, quer seja no hospital ou na comunidade, nas escolas ou nas famílias, na promoção da saúde ou na reabilitação e acompanhamento em fim de vida. (94)

O Modelo de King reflete assim, uma visão muito abrangente da intervenção profissional e, fundamentalmente uma visão de um Profissional que interage, prevenindo a doença e apoiando a recuperação. Um profissional que vê as pessoas,

para além da sua doença ou enfermidade; que vê as pessoas como sistemas abertos que interagem com outros sistemas abertos.

Será devido assinalar, que a autora apresenta uma clara e importante influência da Teoria Geral dos Sistemas a qual modelou o seu trabalho conceptual. (87) Abordado e desenvolvido por Von Bertalanffy, o conceito de Sistema, decorre da Teoria Geral dos Sistemas. Traduz-se na relação ordenada entre partes, no âmbito da interação física, conceptual ou organizacional e leva a conceptualizar o seu funcionamento, não apenas como o somatório das partes que constituem o todo, mas também como a interação das partes e do ambiente em que se insere. Assim, define Sistema como o resultado da integração coesa de partes independentes. (96)

Em complemento da natural associação da Teoria Geral dos Sistemas, ao mundo da Física e da Química, Bertalanffy defende que muitos dos problemas encontrados no âmbito da Biologia, nas ciências do comportamento e nas ciências sociais, são problemas multivariados, para os quais urge encontrar novas ferramentas conceptuais. Propõe uma expansão do campo da ciência, o que se poderia interpretar como uma alteração ou modificação do paradigma positivista clássico, para lidar com aspetos que não cabem no domínio da Física, mas se relacionam antes, com características específicas dos fenómenos biológicos, comportamentais e sociais. (96) Ao questionar a aplicabilidade dos métodos científicos tradicionais, para abordar as áreas do comportamento pessoal e social, estimula o aparecimento de formas alternativas de ver a Saúde e, muito concretamente a integração de novas estratégias de intervenção, a que King foi profundamente sensível.

É assim, que Imogene King propõe um Modelo Conceptual para a enfermagem, no qual se pode constatar a influência do pensamento de Bertalanffy, na abordagem a áreas não convencionais da Ciência, mas também, e sobretudo, uma visão mais abrangente e multifacetada da Saúde, para além de uma nova orientação para a intervenção profissional das enfermeiras. (94)

King afirma, de forma transversal, que o grande e principal foco da **Enfermagem**, é a saúde dos indivíduos e o cuidado em saúde, ao nível dos diferentes grupos sociais. Tendo como premissa que o **Ser Humano** é um Sistema Aberto em interação com

o ambiente, aponta como essencial a organização de um modelo conceptual que incorpore de maneira clara, estes conceitos.

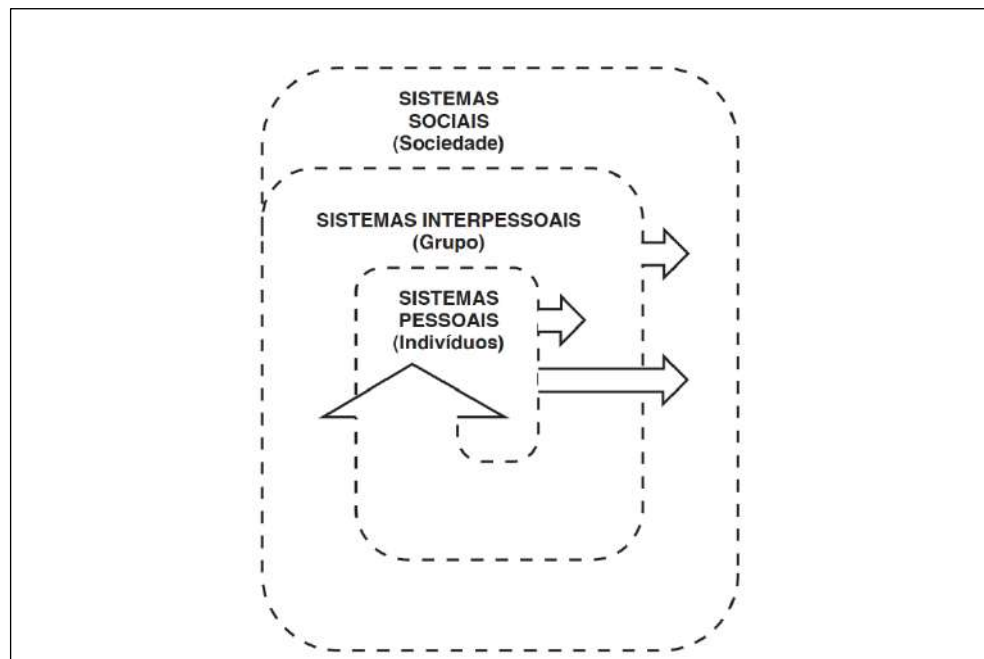


Figura 3 Modelo Conceptual de King

Adaptado de "A Theory for Nursing, Systems, Concepts, Process" (94)

O Modelo de King apresenta-nos três tipos de Sistemas abertos, interagindo de forma dinâmica e recíproca. **Os Sistemas pessoais**, são o que define a Pessoa. Cada Pessoa, sendo um Sistema aberto, caracteriza-se pela forma como diferentes variáveis se articulam numa lógica de relação consigo próprio. A autora destaca, o *self*, a imagem corporal, o crescimento e desenvolvimento, o tempo e o espaço. É então na complexidade de interação interna de todas estas variáveis que se encontra a identidade e a idiosincrasia. (94)

Os Sistemas interpessoais resultam da relação entre pessoas, podendo assim, manifestar-se por diferentes configurações; desde a díade até grupos de maior dimensão. Para melhor caracterizar a interação interpessoal, King destaca os conceitos de papel, (entendido como a posição que cada um desempenha na interação), interação, comunicação, transação e, *stress*. (94) **Os Sistemas sociais** constituem-se ou passam a existir, quando o grupo, desenvolve interesses e

objetivos comuns, gerando uma outra forma de experiência humana, mais formal. É nestes Sistemas sociais que radica a responsabilidade pela configuração do comportamento social dos indivíduos, da interação e, no caso concreto, da saúde. (94) Na sua ação profissional, as enfermeiras contactam quotidianamente com os comportamentos suscitados pelos grupos sociais. Cuidar da dor, do medo, da ansiedade, significa enquadrar a noção da sua origem cultural, que é um repositório das diferentes e contínuas experiências pessoais, interpessoais e sociais. Isto porque a interação com as enfermeiras acontece ao nível dos sistemas familiares, religiosos ou de crenças, sistemas educativos e sistemas laborais. (94)

Importa, por fim, destacar algumas proposições do Modelo em que se articulam os conceitos do meta paradigma. Citamos:

“Nos sistemas abertos, tal como acontece com os seres humanos que interagem com o ambiente, podemos encontrar uma comunicação contínua e dinâmica, em ação.” (94 p. 66)

“O âmbito da ação da enfermagem concretiza-se na interação dos indivíduos e dos grupos, com o ambiente. As enfermeiras desempenham as suas funções, numa ampla variedade de ambientes de cuidados de saúde.” (94 p. 1)

“Enquanto profissionais, as enfermeiras lidam com o comportamento dos indivíduos e dos grupos em situações de especial Stress, relacionadas com a saúde e com a incapacidade, e ajudam as pessoas a identificar as necessidades para desenvolver as atividades de vida diária.” (87 p. 112)

“O foco da enfermagem é, seres humanos em interação com o seu ambiente, com vista a um estado de saúde para os indivíduos, que se traduz na capacidade de levar a cabo, papeis sociais.” (94 p. 143)

Estamos perante um Modelo Conceptual em que, com base na gestão pessoal de variáveis que configuram o comportamento, cada pessoa estabelece relações, tanto num âmbito estrito e informal, como na formalidade das diversas configurações sociais. Neste processo, King realça a influência que os diferentes sistemas têm, entre si, traduzida num condicionamento recíproco. O Modelo Conceptual de King,

afigura-se-nos uma resposta à natural complexidade da dinâmica subjacente ao comportamento humano. O apoio e a utilização da interação, que ocorre em cada um dos Sistemas, constitui-se como um dos possíveis domínios da enfermagem. (94) (87) A enfermeira concebe assim, que existirão ações de sua responsabilidade, a exercer em cada um dos três tipos de sistemas, em matéria de saúde. No campo dos Sistemas pessoais, destacam-se as questões de identidade e do conhecimento necessário, para compreender cada indivíduo. Nos sistemas interpessoais aprofundamos a relação de duas ou mais pessoas, em situações concretas e as respetivas implicações. Nos sistemas sociais, King considera que importa considerar a influência e condicionamento que estes sistemas, nas suas mais diversas configurações, exercem sobre a pessoa. Essa influência, sendo contínua desde o nascimento, estimula a conformidade com os padrões de comportamento vigentes, nos diferentes espaços considerados. (94)

1.4.3. Teoria de Alcance de Objetivos em Enfermagem de King

Os conceitos mobilizados para explicar o Modelo conceptual de King – ser humano, ambiente, saúde e cuidados -, ajudam os enfermeiros a compreender que, por via das interações humanas, baseados na sua visão do mundo e dos fenómenos, os seres humanos desenvolvem as suas atividades do dia a dia, segundo diferentes papeis, nos sistemas sociais. Cada pessoa percebe a realidade, agindo sempre como ser global, ao desenvolver transações com os outros indivíduos e com os elementos não humanos no ambiente. Estamos perante um processo de essencial e permanente interação.

Para além de uma visão da constituição do processo interativo, importa destacar que os elementos fundamentais da teoria do alcance de objetivos de King, se podem revelar nos sistemas interpessoais nos quais duas pessoas, habitualmente desconhecidas, entram em contacto no âmbito de uma Instituição de Saúde. Uma tem por função ajudar e, a outra, a pretensão de ser ajudada a conseguir manter, ou a atingir, um estado de saúde que lhe permita desempenhar os seus papeis sociais. (94) (95)

É assim, no contexto deste encontro, e perante a identificação das preocupações da pessoa, das suas eventuais alterações em saúde, do conhecimento sobre como encarar a situação e da informação que partilha, que a interação se configura e se estabelecem os objetivos que passam a ser, no âmbito profissional, objetivos comuns, num contexto da coresponsabilidade específica de cada interveniente. (94)

Podemos, assim, ver com uma determinada organização, os elementos estruturais do processo de interação Enfermeiro-Cliente, que darão origem a resultados.

Toda a interação está dependente das conceções filosóficas a si subjacentes. E muito particularmente da forma como se concebem os intervenientes. Porque se trata de um processo de moldagem, em que enfermeiro e utente se vão organizar, um face ao outro, com critérios que justificam um determinado posicionamento entre as partes intervenientes, afigura-se-nos adequado destacar os pressupostos filosóficos que King assume, relativamente ao Ser Humano, de uma forma global.

- Os indivíduos são seres sociais.
- Os indivíduos são seres sencientes.
- Os indivíduos são seres racionais e reativos.
- Os indivíduos são seres com capacidade percetiva.
- Os indivíduos são seres autodeterminados.
- Os indivíduos agem por objetivos.
- Os indivíduos são orientados para a ação.
- Os indivíduos guiam-se pelo tempo.

Quadro 1 - Pressupostos filosóficos de I. King, relativos ao Ser Humano (94 p. 143)

Daqui decorrem, então, e no âmbito da Teoria de Alcance de Objectivos, as clarificações que permitem visualizar a operacionalização da interação, com referência aos pressupostos enunciados. Afirma King que a relação profissional entre enfermeira e utente é marcada pela especificidade, resultando em grande parte, da forma como cada um dos intervenientes concebe o outro. Toda a história de vida de cada pessoa, onde se enquadram e manifestam os seus valores, necessidades e objetivos, organizam e caracterizam a interação. (94)

Ser autor e primeiro responsável por si próprio, é a assunção que está na base do direito a conhecer a sua situação de saúde e, daí, participar em todas as decisões

que possam afetar a sua vida, bem como a de toda a comunidade em que se insere. A informação sobre cada situação deve ser compartilhada, se partimos do princípio que a Pessoa é responsável por si mesmo e terá de tomar decisões baseadas no conhecimento. Por isso mesmo a enfermeira deve conceber que os indivíduos possam aceitar ou recusar os cuidados de saúde que lhe parecem ser adequados. É a autonomia e autodeterminação que começamos a vislumbrar na configuração da relação profissional. Por esta razão, podem ocorrer situações em que os objetivos da enfermeira e do paciente, possam não ser congruentes. (94)

1.4.4. Os Conceitos-chave da Teoria de King

Para Imogene King, enfermagem pode definir-se, não por uma atividade ou conjunto de atividades, mas sim por um Processo que se pode conceber como o estruturante das interações humanas e das quais se alimenta. Na interação entre enfermeira e cliente, perante as visões naturalmente diferentes da situação, estabelecem-se objetivos, avaliam-se recursos e decide-se sobre como alcançar as metas definidas. (94) É uma perspectiva claramente antropocêntrica, onde se vislumbra uma forte mobilização da pessoa que procura cuidados, como estratégia de validação das opções de cuidado e das salvaguardas éticas. Por outro lado, estabelece a noção de Processo, o que de alguma forma permite vislumbrar o conjunto de passos inerentes ao atual Processo de Enfermagem. (87)

Os conceitos definidos pela autora, para clarificar a sua Teoria são, interação, percepção, comunicação, transação, self, papel (função), stress, crescimento e desenvolvimento, tempo e espaço.

De forma objetiva, King define **Interação**, como tudo o que ocorre na comunicação com o ambiente e entre pessoas, nas formas verbal e não verbal, e que se orienta para o alcance de objetivos.

Esta interação pessoa-pessoa, esquematizada na Fig.4, é o substrato para tudo o que constitua a relação terapêutica. Aí se partilham conhecimentos, necessidades, experiências anteriores e percepções que balizam a interação e também o estabelecimento de objetivos. É uma percepção de momento e espaço de trabalho,

em função das necessidades percebidas ou concretizadas pelo paciente. (94)
(87)

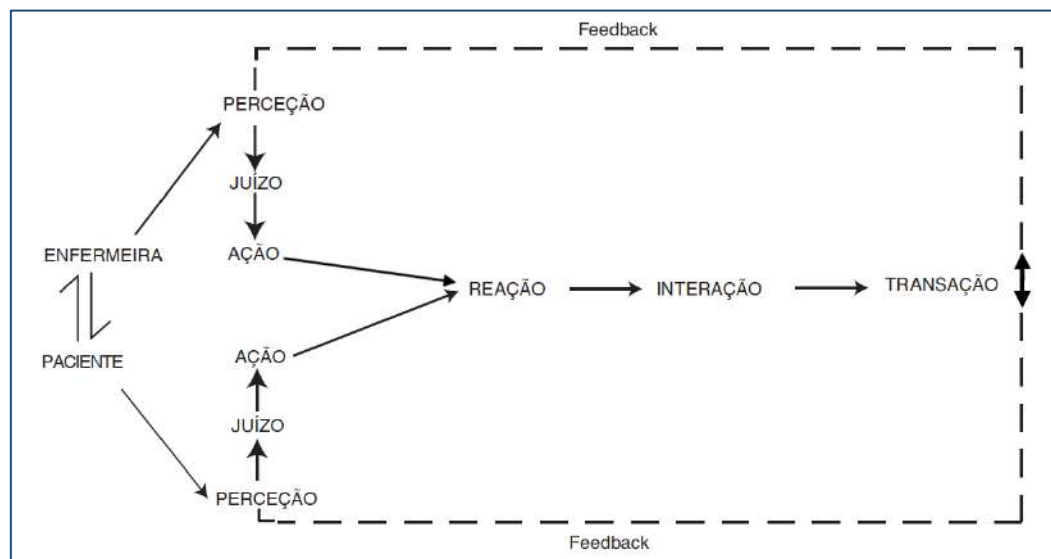


Figura 4 - O Processo de Interação Humana (94 p. 145)

Da interação, decorre a **Percepção**, que é claramente personalizada. Será a forma como cada um integra e interpreta os dados da realidade. É a tomada de consciência de pessoas, factos e relações. É a incorporação de dados, que se encontra condicionada e matizada por experiências anteriores e todo o conjunto de processos sociais e educativos vividos pelos sujeitos da interação. A **Comunicação** é, globalmente referida como o processo de permuta de informação e, no caso da enfermagem, reporta-se às preocupações e problemas que sejam úteis e necessários para a intervenção em enfermagem. É a componente informativa da interação. (94)

Transação é-nos apresentado, como o resultado positivo e desejado da interação. É, de alguma forma, uma perspetiva de avaliação da própria relação, contribuindo de forma decisiva para um aumento da probabilidade do estabelecimento e alcance dos objetivos comuns. Envolve negociação, troca de informação e de sentimentos. O **Papel** (ou função social), é constituído pelo conjunto de expectativas pessoais e sociais, relativas aos comportamentos da pessoa. Traduz-se num conjunto articulado de direitos e deveres. Em enfermagem podemos considerar o conjunto

de passos no processo de trabalho de enfermagem e tudo o que daí se espera em matéria de competência e dos valores da profissão. (94)

O **conceito Stress** é associado ao dinamismo da interação com o ambiente, com vista à manutenção do equilíbrio que permite o crescimento, o desenvolvimento e o desempenho de papéis. Espera-se que um dos resultados da interação com a enfermeira seja a diminuição dos fatores de stress, para os pacientes e suas famílias. O aumento dos níveis de stress, coloca em causa a capacidade de percepção da realidade e aumenta a probabilidade de respostas essencialmente emocionais. (94)

Quanto ao **Crescimento e Desenvolvimento**, representam, neste contexto, o conjunto de mudanças que o ser humano vai sofrendo, em função das diferentes circunstâncias de vida, ao nível biológico, mas também ao nível comportamental. Realça neste capítulo a importância das interações no favorecimento ou no contrariar deste processo que se desenvolve no percurso entre as capacidades potenciais, até às diferentes aquisições. (94)

O **Tempo e Espaço**, são conceitos que, estando diretamente relacionados com toda a atividade humana, assumem destaque no âmbito da Teoria de King, uma vez que a interação – dinâmica de base da sua proposta teórica-, ocorre sempre com estes condicionamentos. Os acontecimentos, as questões relacionadas com a saúde, e os objetivos, ganham um significado específico para o paciente, em função da valorização destas variáveis, na sua circunstância de vida. (94)

Toda a Teoria de Imogene King relativa ao cuidado em enfermagem, permite antever uma diferente forma de encarar o papel do paciente, o papel da enfermeira, e a própria relação interpessoal entre ambos. Dir-se-ia que a interação é matriz para um posicionamento profissional que assume como foco da Enfermagem, a Pessoa como um todo, a qual se projeta, afirma e desenvolve no relacionamento com o enfermeiro, em dinâmica de reciprocidade.

Esta noção encontra-se claramente patente nas proposições teóricas que King nos apresenta, nas quais realça como fundamental a capacidade de percepção da enfermeira e do cliente, para o concretizar das transações. As transações são o

culminar do processo de interação, das quais depende o atingir dos objetivos terapêuticos e o consequente crescimento e desenvolvimento. Pressente-se na dinâmica da teoria de King uma lógica de interação entre todos os momentos.

Clarifica a própria interação, discriminando os elementos que considera serem os seus constituintes; a ação, a reação, a perturbação e o trabalho sobre os objetivos comuns.

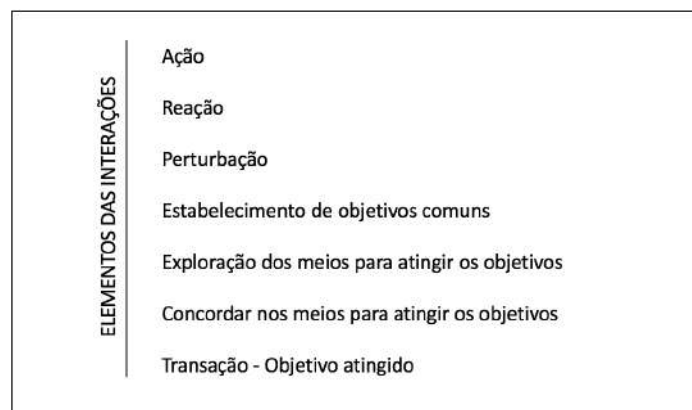


Figura 5 - Sistema de classificação das interações enfermeira-paciente (94 p. 156)

É por assim dizer, um assumir e valorizar das ferramentas básicas, que são as ferramentas da comunicação interpessoal, como substrato da interação terapêutica. (94) (95) (87)

1.4.5. A interação como elemento terapêutico

A ideia de que uma relação interpessoal em enfermagem, possa ser terapêutica em si mesma, assenta no pressuposto de que enfermeira e utente se comprometem num processo colaborativo, no qual cada elemento tem oportunidade de participar, escolhendo e atuando. (97) Essa relação é estrutural no estabelecimento de uma prática que vise compreender a pessoa como um todo, estimulando-a a que seja coautora, corresponsável, para além de destinatária de cuidados. É o que resulta no que alguns autores designam por ativação do poder do paciente. (97) (98)

A relação enquanto elemento terapêutico, implica por parte da enfermeira, uma clara noção da importância de se tornar próxima do paciente e de desenvolver essa competência, como forma de levar a cabo, eficazmente, as necessárias intervenções. (90)

A interação ou relação interativa, enquanto tópico associado aos cuidados de enfermagem, começou a ser referido desde os primórdios da teorização da disciplina. Hildegard Peplau iniciou, em 1952, a reflexão sobre este tema e construiu a Teoria de Relações Interpessoais, segundo a qual, a Enfermagem seria um processo interpessoal e terapêutico. Dava assim corpo, à escola de pensamento denominada de Escola da Interação. (9) (90)

É neste enquadramento que Imogene King atribui ao relacionamento interpessoal em enfermagem a noção de que a tipologia e a substância da relação estabelecida entre enfermeira e paciente, não é apenas um elemento supletivo, acessório ao cuidado. É, muito além disso, um fator terapêutico de mais elevada relevância, pois, para além de permitir alcançar uma maior eficácia na intervenção, destaca e promove o protagonismo do paciente na gestão da sua saúde, em termos globais. Esta consciência projeta-se muito para além da intervenção e vai-se tornando um importante indicador da resiliência, especialmente em contextos sociais menos favoráveis. (9) (94) (98)

1.5. Justificar o estudo

Desde a sua fundação em 1946, a Organização Mundial da Saúde acentuou a ideia de que devemos perseguir o mais elevado nível de saúde possível, no plano e enquadramento dos direitos humanos. Desta forma, reforça a urgência em concretizar o que se constitui como um direito básico das populações: a existência de serviços de saúde acessíveis e de qualidade, para além do cuidado relativo aos fatores determinantes da própria saúde, como sejam, a água potável, o saneamento básico, a alimentação e habitação e, a educação em saúde. (99)

Esta abordagem com base num referencial de direitos humanos, permite consolidar e priorizar um olhar global e multifacetado sobre as condições concretas em que os próprios cuidados de saúde são disponibilizados. Será hoje em dia, consensual, que as respostas em saúde, têm de ter diversos níveis de proximidade e diferentes estratégias de organização e de intervenção. É precisamente neste aspeto que se justifica e enquadra o nosso estudo.

Conhecer as opções funcionais de diferentes organizações, que estejam em contacto com as populações desfavorecidas, e os resultados que venham a alcançar, fornece uma visão concreta e operacional dos esforços que necessitamos empreender, com vista a contribuir para uma melhor saúde para todos. Permite, por outro lado, validar opções e retirar aprendizagens, a partir das diferentes metodologias implementadas. Este é, aliás, um dos princípios enunciados pela Organização Mundial da Saúde, quando acentua a necessidade da participação significativa. Esta releva que todos os parceiros, incluindo as organizações não-governamentais, são envolvidos de forma objetiva, pela responsabilização que se revela nas etapas de apreciação, análise, planeamento, implementação, monitorização e avaliação. É um trabalho que a todos diz respeito, nomeadamente quando nos focamos em populações desfavorecidas. A natureza e condição dos destinatários, exige que tenhamos em mente princípios que subjazem a esta abordagem: responsabilidade, equidade, não discriminação e participação. (99)

Tendo como base o objetivo de conhecer e melhor compreender a realidade quotidiana das populações que enfrentam situações de vulnerabilidade, estudámos ao longo da revisão da literatura, a Saúde, enquanto direito fundamental e condição para o desenvolvimento, assim como a relação profunda e complexa entre as condições sociais e o acesso a cuidados de saúde de qualidade. (5) (6) Constatámos a existência de estratégias de superação para as situações de difícil acesso à Saúde, nomeadamente a especial configuração dos serviços às pessoas, em contextos de pobreza e iliteracia. Constatámos a existência de grandes iniciativas, a diferentes níveis, que visam enfrentar os obstáculos ao desenvolvimento dos povos e de cada pessoa. (17) (45) Reconhecemos a mortalidade materna enquanto indicador

epidemiológico e enquanto realidade pungente dos povos em vias de desenvolvimento e, a mortalidade neonatal, como urgência à intervenção antecipatória e atempada. (57) (60) Tentámos conhecer os referenciais de qualidade em saúde, como proposta para uma efetiva potencialização dos recursos disponíveis e padrão para a autoavaliação e processos de melhoria contínua. (54) (63)

Estudámos a incorporação, por parte dos enfermeiros, de uma especial responsabilidade, num tipo de cuidados que permitam responder às questões imediatas da vida e sobrevivência, mas também para assumirem um papel de destacados atores sociais, no qual contribuam para o desenvolvimento humano, em contextos onde pouco há, para além da sua presença, ação e avaliação. (73)

Revisitámos os conceitos do metaparadigma da Enfermagem, por forma a identificar o que de estrutural, possa ser mobilizado, para enfrentar situações humanas que não se enquadram nos tradicionais modelos conceptuais.

A Mortalidade Materna é, no presente, e necessitamos destacá-lo, um dos principais indicadores do desenvolvimento dos povos, para além de um drama insuportável. A sua redução constitui-se num desafio, partilhado por todos. (56) A Taxa de mortalidade neonatal, bem como todas as variáveis relativas à infância, é um indicador chave do bem-estar das crianças, nomeadamente quando analisamos o progresso em direção aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). (60)

Situando-nos no continente africano, destaque-se que Angola é o 22º país do mundo, na lista dos que apresentam uma maior taxa de mortalidade materna; 477 por 100.000. (57) As mulheres morrem, principalmente, como resultado de Hemorragias pós-parto, infeções puerperais, hipertensão na gravidez (Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia), complicações pós-parto e problemas relacionados com o aborto (28). A grande maioria destas situações, é evitável com aposta em medidas preventivas, ou com intervenções atempadas sistemáticas e planeadas, no quadro das funções do Enfermeiro. (58)

As taxas de mortalidade, neonatal (29/1.000); infantil (55/1.000); e até à idade de 5 anos (83/1.000), estão entre as mais elevadas do mundo. (60) (57) As causas são, na

faixa neonatal, maioritariamente relacionadas com a vigilância da gravidez e parto. No período entre os 28 dias de vida e os 5 anos, encontramos uma mortalidade essencialmente relacionada com doenças respiratórias, doenças infectocontagiosas, diarreia e malária. (62)

Para acelerar a redução da mortalidade materna e infantil, Angola definiu um pacote de cuidados e serviços integrados oferecidos a nível da atenção primária. (100) Têm sido desenvolvidos esforços para enfrentar estes problemas, nomeadamente através do programa de Municipalização dos Cuidados de Saúde. Contudo, a situação que o país viveu nos trinta anos de guerra civil refletiu-se em todos os sectores da economia nacional, e tem tornado insuficientes, esses esforços. (100)

Por outro lado, ao nível dos determinantes sociais da saúde, a pobreza e as desigualdades sociais, contribuem, de forma decisiva para muitas das mortes maternas, neonatais e infantis. (58) A taxa de fertilidade é, em Angola, de 5,8 o que acentua a urgência do desenvolvimento de medidas estruturais, na área da Saúde Materno-Infantil. (101)

O acesso aos cuidados de saúde, assegurado pelo Estado é dificultado pela arrastada crise económica. As condições ambientais deficitárias contribuem para uma situação de habitação muito problemática, nomeadamente, nas periferias dos centros urbanos. Aqui, abundam insuficiências, ao nível do abastecimento de água potável, da segurança, do saneamento, dos transportes e do socorro e emergência. Esta complexidade social, alimenta o isolamento e, em matéria de saúde, a redução acentuada da procura de cuidados nas unidades prestadoras e o surgimento de respostas não qualificadas e/ou não certificadas. (58)

Desta forma, o nosso estudo encontra fundamento na assunção de uma clara prioridade à abordagem de problemas que afetam os mais pobres e desfavorecidos, não só no presente, como nos potenciais rumos de desenvolvimento, ou seja, a maternidade e a infância. Alicerçamos esta opção, também, na convicção que resulta do contacto com experiências de sucesso, das

quais é necessário retirar lições que possam reforçar outras intervenções e gerar, assim, uma generalização analítica e, eventualmente, Teoria em Saúde.

É pois, neste contexto de duras evidências, relativamente à mortalidade materna e neonatal, mas também de processos potencialmente eficazes de enfrentamento dos problemas, que se nos afigura como um imperativo ético, estudar realidades no mesmo contexto africano, nas quais encontremos indicadores de evolução positiva.

1.5.1. O que vamos estudar e porquê

Neste enquadramento, iremos estudar o Centro Materno-Infantil Nossa Senhora da Graça (CMI-NSG), com recurso a uma estratégia de Estudo de Caso.

O CMI-NSG, é uma Unidade de Saúde, ao nível de Centro de Saúde, pertencente à Caritas Angola, estrutura nacional de intervenção social da Igreja Católica de Angola, situado em Benguela, no Bairro de N.^a Senhora da Graça. Inaugurado em 9 de Setembro de 2008, encontra razão para a sua atividade, nas elevadas carências de saúde de uma população de cerca de 140.000 pessoas, na Paróquia, como um todo e, no bairro, em particular. O nível socioeconómico é muito baixo. A taxa de analfabetismo é elevada e não existem estruturas de saneamento básico. As condições de higiene são muito deficientes. A população, carente em diferentes áreas da saúde, apresenta uma elevada taxa de natalidade, razão pela qual, o CMI-NSG, tem, na área da Saúde da Mãe e da Criança, as suas principais linhas de atividade.

O Governo Angolano, através do Ministério da Saúde (MINSA) assumiu o compromisso de reverter as taxas de mortalidade materno-infantil para alcançar as Metas relativas aos ODM. Para o efeito, reafirmou a necessidade de acelerar o acesso universal às intervenções essenciais de saúde, patentes no Plano Estratégico para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Infantil, 2004-2014.

1.5.2. A Igreja Católica de Angola e os desafios da Saúde

Quanto às organizações de inspiração religiosa constata-se que o seu papel preponderante no sector da saúde, é alvo de reconhecimento crescente por parte dos atores de desenvolvimento (públicos, privados, nacionais e internacionais). Este interesse e reconhecimento é evidenciado pelo Estado angolano, e por organizações internacionais, tais como a OMS ou o Banco Mundial. ^(F2; F3)

A Igreja Católica de Angola, tem mantido, desde sempre, um compromisso e uma prática, de apoio à vida das pessoas, em todas as suas vertentes (espirituais, sociais, culturais e sanitárias). A dimensão da sua presença no território angolano, torna-a um elemento incontornável na análise das linhas de rumo para o país, em matéria de saúde. A ICA, tem tido, de facto, ao longo dos séculos, um papel central no sector da saúde. A sua rede de serviços de saúde - que inclui hospitais, centros de saúde, postos de saúde, laboratórios, farmácias - está espalhada por todas as províncias do país. Esta rede é particularmente vital para as populações mais vulneráveis, tanto nas zonas urbanas como em zonas periféricas e rurais.

Interessa, pois, conhecer o papel desempenhado por esta Instituição e conceber os desafios que poderá assumir no futuro, enquanto parceiro do Estado e, principalmente, recurso referencial, do ponto de vista técnico e organizacional.

Conscientes dessa responsabilidade social que lhe é conferida no seio da sociedade angolana, e da oportunidade que o país atravessa para melhorar o acesso aos cuidados materno-infantis, a Conferência Episcopal de Angola e S.Tomé (CEAST), em conjunto com a CES - Comissão Episcopal da Saúde, Cáritas Angola; Cáritas Diocesanas, Comissões Diocesanas de Saúde, a Pastoral da Criança, a Promaica, responsáveis das Congregações Religiosas e responsáveis de Unidades de Saúde, desenvolvem ações concertadas, por forma a reforçar a qualidade e abrangência da sua intervenção em prol das populações, nomeadamente, na melhoria da qualidade de vida e no acesso aos cuidados de saúde, com destaque para a saúde materno-infantil. ^(F1; F2)

1.5.2.1. O Estudo de Diagnóstico Estratégico de 2009

Com base na interação entre a Igreja Católica de Angola e a Conferência Episcopal Portuguesa, através da Fundação Fé e Cooperação (FEC), da CEAST e da Caritas Angola, realizou-se em 2009, um **Estudo de Diagnóstico Estratégico** das infraestruturas, recursos humanos e tipologia de serviços de saúde existentes na rede de serviços da Igreja Católica, em Angola. ^(F1)

A oportunidade e pertinência desse trabalho, assentou na Visão da própria Organização Mundial da Saúde, segundo a qual a forma mais eficaz de integrar novas ideias e rumos, relativos a políticas de Saúde, numa lógica de melhoria, é estar na posse de um aprofundado conhecimento da realidade, traduzido em dados quantitativos e também qualitativos, relativos às unidades do Sistema. ^(F2) No caso da CEAST e do território angolano, acrescenta-se a necessidade do conhecimento da localização dessas mesmas Unidades através de sistemas de georreferenciação. Até 2009, não existia, na ICA, um conhecimento organizado e fiável, da quantidade e localização de todas as Unidades de Saúde pertencentes ao seu universo. ^(F1; F2)

O estudo de diagnóstico estratégico estava, inicialmente, planeado para abranger as províncias de Moxico, Huambo e Luanda. Posteriormente, e por solicitação das autoridades eclesiásticas locais, foi alargado às províncias de Bié e Benguela. ^(F2)

Destaque-se que, de acordo com esse Estudo de Diagnóstico Estratégico das infraestruturas de Saúde Materno-Infantil da Igreja Católica em Angola, ^(F2) publicado em Dezembro de 2010, as unidades de saúde da ICA revelavam uma importante diversidade de serviços de saúde prestados. De facto, 35% das unidades apresentavam serviços integrados no âmbito da saúde materno-infantil cobrindo as três valências; pré-natal, parto e pós-parto, assim como, acompanhamento pediátrico, o que, no âmbito dos cuidados de atenção primária de saúde, é um dado significativo. Mais de 45% das unidades apresentavam a valência pré-natal com 60% das unidades a prestarem serviço de acompanhamento pediátrico o que revela a preocupação com o investimento nos cuidados obstétricos e com a realização de partos. Outro aspeto de destaque é o investimento que foi e é feito, quer nas infraestruturas e respetivos recursos humanos (mais de 500 salas de consultas, em

funcionamento para serviços de saúde e atendimento de pacientes), quer na contratação de recursos humanos. ^(F2)

Outra característica das unidades de saúde analisadas é o trabalho desenvolvido no âmbito da saúde comunitária, com intervenção, em particular em Benguela, com mais de 20% das unidades a realizarem trabalho neste campo. Tal só pode acontecer num contexto de grande proximidade e integração nas comunidades, nas mais variadas latitudes, em locais onde nada mais existe, quando pensamos em recursos básicos de saúde. É, assim, mais do que um conjunto de unidades de saúde de diferentes tipologias; é uma rede que assume o seu papel de compromisso com as populações e parceria com o Estado, em função dos mais elevados valores, os da Pessoa, enquanto sujeito central dos Sistemas de Saúde. ^(F1; F2; F3)

Das recomendações emanadas do Estudo de Diagnóstico Estratégico das infraestruturas, destacam-se as que apontam para: a continuidade da intervenção no campo da saúde, enquanto prioridade social, na medida em que subsistem enormes carências, não cobertas pela rede pública; a melhoria da comunicação entre todos os elementos que participam nesta rede de cuidados, por forma a minimizar as distâncias e a maximizar o conhecimento e as boas práticas; aumentar a visibilidade social do trabalho desenvolvido, junto das autoridades do estado, nomeadamente do MINSA; reforçar a importância da recolha e partilha de dados fidedignos e transparentes, não só no plano epidemiológico, como também a nível de estruturas e processos de intervenção, melhorando assim o diálogo com os decisores estatais e autoridades regionais da Saúde (MINSA, DPS e RMS). ^(F2)

Inserida neste conjunto de recomendações, encontra-se a proposta de elaboração de cinco estudos de caso, de *"boas práticas"* identificadas, com vista a aumentar a visibilidade e reflexão técnico-científica, entre os atores nacionais angolanos e internacionais.

Deve acrescentar-se que, na sequência deste trabalho, se consolidou a estrutura de pensamento da Igreja Católica em Angola, segundo a qual se concebe que é fundamental investir na Saúde das populações, em termos de custo-eficácia, uma vez que, investir na saúde materno-infantil, contribui para a redução da pobreza e para o aumento da Economia. ^(F2)

Encontramos, assim, no âmbito da CEAST, um *Programa Integrado de Saúde Materno-Infantil* que tem como objetivo contribuir para a melhoria da qualidade de vida, através do melhor acesso aos cuidados de saúde, para toda a população e, particularmente, para as mães e crianças. Apresenta-se como orientado para dar resposta a problemas concretos, nomeadamente, o acesso a água potável, o acesso à medicação para as doenças respiratórias, ao cumprimento do PNV, aos cuidados de saúde-base e a pessoas portadoras de VIH, à nutrição equilibrada e à vigilância do período pré-natal e parto. É um programa global e estratégico, onde a atenção à saúde materna e infantil, aparece como matriz, justificada por indicadores culturais e demográficos. (F1; F2; F187)

1.5.2.2. O Projeto “Forvida” - Formação para a Vida

Nesta confluência de circunstâncias, intenções, estudos e ações, resultou um Projeto de Cooperação, denominado “**Forvida**” que pretendia responder, e enquadrar-se na prossecução das grandes metas internacionais da altura, resultantes dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), nomeadamente, o **4 – Reduzir a Mortalidade Infantil** e o **5 – Melhorar a Saúde Materna**.



Figura 6 - Símbolos dos Objetivos 4 e 5 de Desenvolvimento do Milénio (F191)

É extremamente relevante conhecer o projeto Forvida, na medida em que o mesmo se veio a revelar determinante para o CMI-NSG, em termos da sustentação de todo

o seu processo de crescimento e organização da prestação de serviços de saúde à população, na área da Saúde Materna e Infantil, e em todas as áreas conexas. Numa perspetiva inicial, não seriam explicitáveis os objetivos que mais tarde se vieram a alcançar, para além dos objetivos operacionais do próprio projeto Forvida. Contudo, e numa análise posterior, compreende-se que o Forvida constituiu um importante estímulo de desenvolvimento e renovação, para os enfermeiros e gestores do CMI-NSG, nos anos de 2012 e 2013. Esse mesmo estímulo foi extensível, embora com proporções diferentes, como analisaremos posteriormente, a todos os profissionais de enfermagem e responsáveis pela gestão das unidades de saúde da Igreja Católica e, algumas do Estado, das Províncias de Benguela, Huambo, Bié e Luanda. Sem ele, dificilmente se criariam as dinâmicas de transformação que vieram a justificar o papel e a relevância que o CMI-NSG, assumiria, a partir do Forvida e, muito concretamente, ao seu desenvolvimento natural e formal. Referimo-nos ao projeto “*Obrigado Mãe*” que, adiante abordaremos. (F7; F191; F193)

O **Forvida – Formação para a Vida – Reforço de competências de Recursos Humanos de Saúde em Angola** (F187), foi um projeto resultante de um Protocolo assinado entre a Caritas Angola, a FEC, a CEAST e o MINSA, que foi permanentemente concertado e articulado com o Estado Angolano, sendo coordenado pela FEC. Recebeu apoio económico externo, através de financiamento pelo Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD), atualmente denominado Camões, Instituto de Cooperação e da Língua (CICL), pela Fundação Calouste Gulbenkian, pela Direção Geral da Saúde de Portugal. Contou, também, com o suporte técnico-científico da Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, de Lisboa. Em Angola contou com a parceria e creditação, do MINSA através da Direção Nacional de Recursos Humanos. (F1; F187)

Era, deste modo, um apoio técnico, científico e de gestão, que se destinava às unidades sanitárias, pertencentes à Igreja Católica Angolana, e a algumas unidades do Estado, das Províncias de Luanda, Huambo/Bié e Benguela, e tinha como objetivo geral, a ***diminuição da mortalidade materna e infantil na população de utentes das unidades de saúde alvo***. Os seus objetivos específicos foram:

- (i) Melhoria das competências técnicas de recursos humanos de saúde do Sistema Nacional de Saúde (inclui as unidades da Igreja e do Estado), nas províncias de Luanda, Benguela e Huambo/Bié;
- (ii) Reforço da cultura de coordenação e partilha de informação e boas práticas entre os subsistemas de saúde, público e da Igreja Católica, em Angola (ICA).

Note-se que, embora Huambo e Bié, sejam províncias distintas, dada a enorme dispersão geográfica, e a dificuldade em encontrar formadores em número suficiente, optou-se por considerar a zona de formação Huambo/Bié, como se se tratasse de uma só Província. Assim, adiante, quando referirmos a formação no Huambo estaremos implicitamente a incluir, o Bié.

Este projeto de cooperação, que tinha o seu foco principal na formação em sala dos recursos humanos, enfermeiros, parteiras e gestores de unidades de saúde, decorreu entre 2012 e 2014. ^(F193) Nele, existiram opções metodológicas que se associavam à necessidade de alicerçar a formação num sólido, ou pelo menos, mais claro conhecimento da realidade em que os formandos exerciam as suas funções, bem como, do seu nível de conhecimentos técnicos. O processo formativo era coordenado pela FEC e pela Caritas Angola, contando com a parceria técnico-científica da Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, de Portugal, que elaborou os materiais pedagógicos. Esta Escola Superior de Enfermagem, juntamente com o MINSA, efetuaram o processo de atualização, adaptação e elaboração de programas de formação do próprio MINSA, e da OMS, respeitantes a enfermeiras, parteiras e gestores de unidades de saúde. ^(F187)

A análise e reformulação dos programas da Formação Permanente dos Recursos Humanos da Saúde, visava a pertinência e a eficácia das intervenções nas unidades de saúde do Estado e da ICA. ^(F1; F187) A construção dos currículos formativos, obedeceu, pois, a uma permanente validação, por parte das autoridades angolanas, e das restantes instituições envolvidas e destinava-se, aos três grupos de profissionais, com sessões autónomas, em três locais (Luanda, Benguela e Huambo).

O plano destinava-se, inicialmente, a 225 pessoas - 75 enfermeiros (25 de cada uma das Províncias), de 75 unidades de saúde; 75 parteiras de 75 unidades de saúde e 75 gestores de 75 unidades de saúde -.

Cada participante teria 140 horas de formação, divididas por quatro Seminários de 35 horas. No caso dos Gestores, as mesmas 140 horas, diziam respeito a um só Seminário dividido em 4 unidades temáticas, de 35 horas cada.

As temáticas abordadas nos Módulos, eram: A Enfermagem de assistência Pré-natal; A Enfermagem na assistência ao Parto; A Enfermagem de cuidados pós-parto; Saúde da Criança e AIDI (Atenção integrada às doenças da infância); Saúde Materno-infantil e VIH-SIDA; Instrumentos de gestão, organização e comunicação da informação. Transversal a todos os módulos, estava presente a preocupação com a Humanização dos Serviços de Enfermagem, que era um dos principais desafios colocados pelo MINSA, em particular pela representante do Departamento de Recursos Humanos.

Projeto FORVIDA Módulos da Formação	Destinatários
Módulo A - Período Pré-Natal	Enfermeiras e Parteiras
Módulo B - O Parto	Parteiras
Módulo C - Parto e Pós-Parto	Enfermeiras
Módulo D - Saúde da Criança	Enfermeiras e Parteiras
Módulo E - Saúde Materno - Infantil e VIH-SIDA	Enfermeiras e Parteiras
Módulo F - Gestão Organizacional	Gestores das Unidades de Saúde

Quadro 2 - Relação dos Módulos FORVIDA, com os diferentes participantes ^(F193)

Em todos os momentos formativos, foram efetuadas avaliações pré e pós formação, bem como questionários para avaliar a satisfação dos participantes. Estes tinham por objetivo, não só medir a evolução dos conhecimentos e a própria eficácia da formação, mas também, aquilatar se a metodologia pedagógica se adequava às reais necessidades das pessoas. Isto porque, era consensual entre todos os

parceiros, que seria necessário tomar os tempos de formação, não só como transmissão e atualização de conhecimentos, mas sobretudo, como tempo de análise da realidade humana dos vários profissionais e da pertinência dos conteúdos, para o trabalho desenvolvido nas condições concretas em que trabalhavam. ^(F191; F193) Existia a preocupação prioritária relativa à forma como abordar os desafios colocados pela realidade e não tanto, apenas, com os conteúdos programáticos. ^(F193) Assumiram-se compromissos com os formadores, para a utilização dos princípios da pedagogia indutiva, partindo da realidade e utilizando casos de estudo, a fim de tornar mais significativa a formação. ^(F193) Os Módulos formativos tiveram lugar em três locais; Luanda; Benguela; Huambo. Os formadores para enfermeiras e parteiras, com profunda ligação à realidade da Saúde em Angola, foram, Enfermeiras do Departamento de Saúde Pública do MINSA (em Luanda), uma médica ginecologista e obstetra, diretora clínica do CMI-NSG, (em Benguela), uma enfermeira especialista em Saúde Materna, ligada à cooperação, (no Huambo). A Formadora para os gestores em Saúde foi a diretora administrativa do CMI-NSG, angolana economista e gestora. ^(F193)

Em termos globais, o projeto foi muito bem sucedido, tendo em consideração a avaliação final de todos os Formandos e Formadores, tendo chegado a 329 recursos humanos da Saúde, (136 enfermeiros(as), 98 parteiras e 95 gestores de unidades de saúde) provenientes de 141 unidades de saúde (56% da Igreja Católica e , 44% do Estado), das províncias alvo, beneficiando, potencialmente, um universo de 63.000 utentes das unidades de saúde, abrangidas. ^(F1; F26) Foram superados os números inicialmente previstos, dada a grande pertinência da formação, (na opinião dos formandos e potenciais formandos), o que levou a que estivessem presentes, mais pessoas do que planeado. Na sequência da aplicação dos Módulos Formativos e em função das sugestões dos diversos formandos, foi editado um livro ***"Formação para a Vida – Manual de Apoio à Formação Permanente em Saúde Materno-Infantil"***, o qual era um repositório de todos os conteúdos técnico-científicos apresentados. ^(F192)

Os resultados verificados na implementação do projeto Forvida, bem como a apreciação dos participantes e responsáveis das unidades de saúde, foram encorajadores, demonstrando a pertinência do investimento na capacitação dos

recursos humanos da saúde. No entanto, os resultados preliminares, logo desde o primeiro ano de implementação, bem como as avaliações resultantes dos módulos de formação, mostraram que seria essencial complementar a formação dada em sala, com estágios em unidades de saúde que permitissem executar e pôr em prática os procedimentos estudados e recomendados. Esta constatação conduziu a uma reflexão entre a FEC, Caritas de Angola, MINSA e os outros parceiros, que reconheceram ser crucial, para poder maximizar e consolidar o investimento já realizado, dar continuidade ao acompanhamento destes profissionais, na sua formação permanente, com uma componente prática. ^(F6; F26)

Foi, assim, em termos iniciais, no âmbito do trabalho de Diagnóstico e Estudo Estratégico de Saúde Materno-Infantil da Igreja Católica em Angola, em particular, das infraestruturas, mas também no decurso do Projeto Forvida, que o **CMI-NSG, em Benguela**, foi identificado como uma unidade de saúde com elevadas potencialidades, na medida em que apresentava reduzidas referências de mortalidade materna e neonatal. Isto, não obstante as profundas carências, as inúmeras e sérias fragilidades, no plano técnico, administrativo, formação dos enfermeiros, estruturas físicas e equipamentos. ^(F6; F26)

O referido Estudo de Diagnóstico Estratégico das infraestruturas que visava apurar, entre outros, a realidade e a necessidade formativa dos recursos humanos das Unidades de Saúde da Igreja Católica, realçou que o CMI-NSG, poderia ser uma referência, na medida em que, partilhava as condicionantes socioculturais, demográficas e de risco ambiental, comuns às restantes unidades de saúde em Angola, apresentando, contudo, indicadores de saúde favoráveis. ^(F2)

1.5.2.3. O Projeto “Obrigado Mãe”

O Projeto **“Obrigado Mãe” (OM) - Núcleo de Recursos de Formação do Centro Materno-Infantil N. Sra. da Graça**, em Benguela, surgiu a partir de 2014, centralizado no CMI-NSG. O objetivo geral do OM estava definido como: **“Melhoria da saúde materno infantil das populações nas províncias de Benguela, Huambo e Bié”**.

Tem como base um Protocolo assinado em Luanda, no dia 13 de Junho de 2014, entre a Comissão Episcopal da Saúde da Conferência Episcopal de Angola e São Tomé, a Caritas de Angola, a Fundação Fé e Cooperação, a Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias, o Centro Materno-infantil Nossa Senhora da Graça e o Ministério da Saúde de Angola. (F201)

Como objetivos específicos, pretendia contribuir para (i) Melhorar a prestação de cuidados de saúde materno-infantil, dos recursos humanos de saúde, nas províncias de Benguela, Huambo e Bié e, (ii) Melhorar a gestão e a sustentabilidade das unidades de saúde alvo, nas províncias de Benguela, Huambo e Bié. (F7; F26; F188; F197)

O “Obrigado Mãe”, tinha prevista uma duração de 36 meses. No entanto, esteve no terreno, em termos preparatórios e operacionais, entre 01 de Novembro de 2013 e 31 de Janeiro de 2018, (51 meses), e foi a sequência natural do projeto Forvida, antes mencionado. Se, no primeiro se procurava diminuir a mortalidade materna e infantil, através da melhoria das competências técnicas dos recursos humanos e do reforço da cultura de coordenação e partilha de informação, no OM assistimos a uma ligeira mudança nos termos dos objetivos, que se virá a evidenciar na estratégia global de implementação. (F7; F26; F36)

De forma complementar, relativamente ao Forvida, o Obrigado Mãe não se restringe apenas aos conhecimentos teóricos e teórico-práticos mas, foca-se clara e decisivamente, nas efetivas práticas de Cuidado, quer sejam individuais, dos enfermeiros ou dos gestores das unidades de saúde, ou institucionais, como um sistema no seu todo. (F7; F26; F36)

Este redireccionamento dos objetivos do projeto Obrigado Mãe, relativamente aos do Forvida, foi o fruto da avaliação efetuada aos resultados alcançados. Ficou aí evidenciado, que seria essencial complementar a formação dada em sala, com uma formação em contexto de prestação de cuidados de saúde, ou seja, com estágios. Pretendia-se que dessa forma, os formandos pudessem colocar em prática os conhecimentos e os procedimentos que deles derivam. Esta conclusão, nascida da profunda reflexão com os formandos do Forvida, mas também com os parceiros, promotores e gestores do projeto, apontava para a continuidade formativa,

segundo uma estratégia pedagógica diferente, mas coerente e sintonizada com a anterior. Foi neste contexto que o CMI-NSG, foi apontado como um local onde poderiam realizar-se ações de formação de carácter prático e teórico-prático. Já desde 2009, era reconhecido ao Centro, a existência de um dinamismo institucional e de um conjunto de práticas de saúde Materno-infantil, muito adequados ao enfrentar dos desafios inerentes aos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), nomeadamente os Objetivos 4 e 5. (F188; F193)

Uma vez que não seria possível acompanhar e supervisionar, pedagógica e cientificamente, 60 unidades de saúde, de onde seriam provenientes os formandos, muitos deles já participantes do Forvida, e porque a existência de Estágios era uma condição inerente aos objetivos do Projeto OM, o CMI-NSG, constituiu-se na solução equilibrada e viável. Note-se que a área de território a que o Projeto se dirigia, correspondia a 1 vez e $\frac{1}{2}$, a superfície do território de Portugal.

Concomitantemente, e tomando como facto, a colaboração institucional entre o Instituto Superior Politécnico Jean Piaget, de Benguela, e o Centro Materno Infantil N.ª Sr.ª da Graça, bem como o envolvimento da Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, de Portugal, em todo o Projeto, associou-se, ainda, a possibilidade de que estudantes finalistas da licenciatura em Enfermagem, de Portugal, efetuassem estágios curriculares no CMI-NSG, enquadrados pelos objetivos do “Obrigado Mãe”. (F159; F188)

Uma vez que um dos resultados esperados do projeto OM, -OE1R3-, era a constituição de um Núcleo de Recursos de Formação no Centro, o mesmo era uma realidade antes mesmo do início dos estágios, uma vez que todos os participantes tinham à sua disposição, a **Biblioteca Azul**, um recurso de natureza bibliográfica concebido pela Organização Mundial da Saúde, composto por cerca de 200 livros e manuais sobre Gestão em Saúde; políticas de saúde; cuidados de enfermagem; saúde da mulher e da criança; doenças infecciosas; HIV sida; malária, entre outros. Para além destes suportes em papel, o Centro de Recursos tinha ainda ao dispor, computador com mais de 500 manuais digitais, relativos às questões da saúde materna e infantil e, outras respeitantes à saúde e cuidados de enfermagem. Estava disponível, ligação à Internet, projetor multimédia e impressora. (F175; F189; F200)

A criação deste Núcleo de Recursos técnico-científicos, sediado no CMI-NSG, ^(F189) traria benefícios significativos, quer para os grupos-alvo (atuais e futuros profissionais de saúde), quer para as unidades de saúde onde exerciam ou viessem a exercer a sua atividade. Destaque-se que no conjunto, os utentes dessas mesmas unidades, seriam cerca de 40.000 pessoas. ^(F188)

As mais-valias do projeto, traduzidas num reforço de conhecimentos científicos, conciliação da teoria com a prática, troca de experiências e boas práticas entre unidades de saúde e instituições académicas, teriam impacto, na prestação de cuidados de saúde Materno-infantil, às populações das províncias de Benguela, Huambo e Bié. ^(F6; F188)

Desta forma, o CMI-NSG, constituía-se, não só como repositório de recursos de formação, para os estagiários do Projeto OM, mas também para a comunidade em que o Centro se encontrava. Consolidaria desta forma, a ideia de ser referencial, na gestão de processos de formação inicial e permanente, em saúde. Esta é, efetivamente, uma vertente nova; a abertura do Centro Materno-infantil à colaboração mais substancial com as entidades de ensino superior, tanto locais como estrangeiras.

O Projeto OM, alargava o público-alvo, na medida em que adicionava aos previstos 70 enfermeiros e parteiras provenientes do Forvida e aos 35 gestores de unidades de saúde das mesmas Províncias (Benguela, Huambo e Bié), a possibilidade de 54 estudantes finalistas da Licenciatura em Enfermagem, efetuarem uma experiência clínica no Centro, no âmbito do Projeto OM, e o envio de Enfermeiros Angolanos para Unidades de Saúde de referência, no estrangeiro. No caso concreto do projeto OM, foram acompanhadas 6 enfermeiras angolanas, em Estágio de Observação na Maternidade Alfredo da Costa, em Portugal. ^(F188; F195)

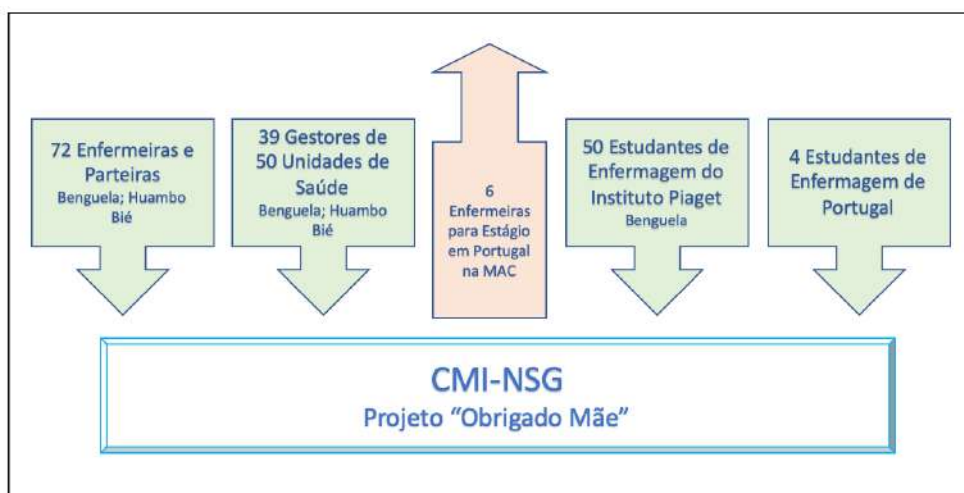


Figura 7 - Fluxo efetivo de pessoas durante o Projeto Obrigado Mãe, através do CMI-NSG ^(F26)

Esta parceria com as instituições de ensino superior era, aliás, uma das vertentes que o Centro Materno-infantil procurava desde o seu início. ^(F51) Mas, o OM tinha também uma preocupação em apresentar um Modelo, fundado na aplicação de teorias de Gestão adequadas ao contexto e, concretizado no Centro Materno-infantil. Daí o Projeto contemplar, para além de formação dirigida a enfermeiros e parteiras, e a estudantes de Enfermagem, a realização de um **Seminário prático de Gestão em Saúde** para os formandos do Forvida, na área da Gestão das Unidades de Saúde. Este tinha como objetivos, destacar o essencial da formação anterior; conhecer e debater a visão que cada gestor possuía, a respeito da estrutura e forma de administração da sua unidade de saúde; analisar a aplicabilidade dos conhecimentos antes adquiridos; avaliar os potenciais de mudança em cada unidade; e analisar o funcionamento do CMI-NSG, na resposta aos desafios em saúde e na interação com a comunidade envolvente.

Tal como no caso dos enfermeiros e parteiras, a abordagem à Gestão, no OM, contemplava uma metodologia indutiva, com particular destaque para realidade em que os formandos trabalhavam.

O seminário prático teria a duração de 2 semanas, dividida em duas sessões de 1 semana cada uma. Os períodos de 1 semana teriam lugar no CMI-NSG, com separação de cerca de seis meses.

No final da primeira sessão, cada gestor assumiria um compromisso sobre alterações a produzir na sua instituição de origem. Durante o tempo que mediaría

entre as duas sessões do Seminário, o gestor tentaria aplicar o compromisso por si elaborado. Na segunda sessão do Seminário proceder-se-ia à análise em *Focus Group*, do Compromisso e das ações levadas a cabo para o implementar. Cada participante apresentava o seu caso de estudo, e recolhia a contribuição de formadores e pares. (F36; F198)

Seminário <i>Obrigado Mãe</i> para Gestores de Unidades de Saúde Benguela, Huambo e Bié	
Momento	Temáticas
Momento 1 (1 Semana)	. Síntese de temas abordados na formação anterior (Projeto FORVIDA – Formação para a Vida). . Visão do formando, sobre a própria estrutura de gestão. . Adaptação dos conhecimentos teóricos à realidade de cada gestor. . Avaliação do potencial de mudança de uma instituição. . Estudo sobre as aplicações de um Manual de Procedimentos. . Utilização de ferramentas de gestão. . Análise da interação do CMINSNG, com a comunidade . Compromisso de alteração e/ou de criação de procedimentos unidade de cada gestor.
Momento 2 (6 a 8 Meses)	. Implementação do Compromisso na unidade de cada gestor.
Momento 3 (1 semana)	. Análise participada dos Compromissos individuais e das medidas para a sua aplicação . Avaliação dos compromissos. . Avaliação relativa ao processo de análise dos compromissos. . Avaliação Final do Seminário.

Quadro 3 - Conteúdo global e percurso no Seminário Prático OM, para Gestores de Unidades de Saúde (F36)

O Estágio para Enfermeiras e Parteiras estava organizado, para cada elemento, em dois períodos de três semanas. Entre esses dois períodos, existiria um intervalo de 9 a 12 meses. Das três semanas, duas eram aplicadas no CMI-NSG e uma, era destinada a que o estagiário desenvolvesse, no seu local de origem, uma análise e proposta de um “qualquer” procedimento novo, com a melhor fundamentação teórica que lhe fosse possível. Seria um procedimento novo, ou então, a adaptação de algo que tivesse observado como útil, nas primeiras semanas de estágio. (F194)

Esta estratégia implícita, nas opções pedagógicas do Projeto, assentava no pressuposto de que, a aplicação de soluções que resultam do avanço da ciência e da técnica, está dependente da determinação dos agentes que têm por missão, intervir diretamente na realidade. Concebia-se, no entanto, que essa determinação, decorreria dos saberes académicos e científicos, mas também e sobretudo, das

realidades-modelo, que pela sua dinâmica e configuração, podem servir de referência e de estímulo. Desta forma se justificava o cuidado e o tempo, destinados a conhecer, integrar e avaliar os procedimentos e opções terapêuticas, dos enfermeiros e parteiras do CMI-NSG. ^(F7; F26)

Estágios <i>Obrigado Mãe</i> , para Enfermeiras e Parteiras Benguela, Huambo e Bié	
Momento	Conteúdos
Momento 1 (2 Semanas)	. Seminário de Integração na dinâmica do CMI-NSG (Inclui avaliação inicial) . Prestação de cuidados de Enfermagem em Saúde Materna (no Pré-Natal) . Prestação de cuidados de Enfermagem, no âmbito da ginecologia. . Prestação de Cuidados no período perinatal, à Família como um todo. . Colaboração na assistência ao parto e ao puerpério imediato. . Demonstração de conhecimentos para os cuidados na área da Saúde materna e infantil. . Avaliação final, individual.
Momento 2 (1 Semana)	. Elaboração de relatório individual com análise às diferenças entre a sua unidade e o CMI-NSG . Proposta de medidas para melhorar os cuidados na sua unidade de saúde.
Momento 3 Após 9 a 12 M (2 Semanas)	. Repetição dos conteúdos do Momento 1, com a adição de cuidados de enfermagem em Saúde Infantil e ações de Saúde Comunitária (Sessões de promoção da saúde e Visitação domiciliária). . Conhecimento do Modelo de Gestão do CMI-NSG. . Conhecimento do Manual de Procedimentos do Centro.
Momento 4 (1 Semana)	. Elaboração de relatório individual Final, para avaliação. . Proposta de medidas para melhorar os cuidados na sua unidade de saúde.

Quadro 4 - Conteúdo global e percurso no Estágio OM, para Enfermeiros e Parteiras ^(F194)

O estágio dos estudantes finalistas de Enfermagem, tanto do Instituto Superior Politécnico Jean Piaget de Benguela, como da Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, em Lisboa, apresentavam objetivos análogos aos dos enfermeiros. Na prática, diferenciavam-se, no aspeto em que, os mesmos estudantes tinham uma tripla supervisão: por parte da sua instituição de ensino, pelo coordenador de estágios do CMI-NSG, e pelo enfermeiro a quem acompanhavam, nas atividades quotidianas. ^(F195)

Os objetivos da sua experiência clínica estavam ao nível da análise da realidade; da reflexão entre a teoria e as opções de cuidados de enfermagem; da análise da necessidade de comunicação terapêutica e, globalmente na prestação de cuidados sobre direta e permanente supervisão. Tomando como referência a perspetiva das

instituições de ensino, mas também do CMI-NSG, eram especialmente realçados os procedimentos de análise epidemiológica, tendo como base a atividade e os registos efetuados nos diferentes suportes. ^(F195)

Estágios <i>Obrigado Mãe</i> , para estudantes finalistas de Enfermagem Benguela e Lisboa	
Tempo	Conteúdos
Estudantes Angolanos (6 Semanas) Estudantes Portugueses (12 Semanas)	. Seminário de Integração na dinâmica do CMI-NSG (Inclui avaliação inicial) . Realização de um Projeto de Estágio. . Colaboração nos cuidados de Enfermagem em Saúde Materna (no Pré-Natal) . Colaboração nos cuidados de Enfermagem, no âmbito da ginecologia. . Colaboração nos cuidados no período perinatal, à Família como um todo. . Colaboração na assistência ao parto e ao puerpério imediato. . Colaboração na assistência em Saúde Infantil e Pediatria. . Demonstração de conhecimentos para os cuidados na área da Saúde materna e infantil. . Realização de Sessões de educação para a Saúde, na Comunidade . Realização de Visitas Domiciliárias. . Análise de dados epidemiológicos. . Avaliação final, individual.

Quadro 5 - Conteúdo global no Estágio OM, para estudantes de Enfermagem ^(F195)

Por forma a garantir a coerência do percurso curricular, os procedimentos burocráticos, dos percursos formativos e a sintonia dos estagiários, (Enfermeiros, Parteiras e Estudantes), o Projeto OM, contava com a presença, em permanência de um Orientador de Estágios, um profissional de Enfermagem, local, com vasta experiência no ensino e na prática clínica de Enfermagem. Este Orientador supervisionava, todas as atividades formativas do Projeto e reportava à Gestão do CMI-NSG e à Gestão do Projeto OM. ^(F26)

No que respeita à vertente do envio das enfermeiras e parteiras angolanas, para Portugal, a fim de estagiarem em unidade de saúde de referência na área da saúde Materno-infantil, a mesma decorreria em dois momentos de 6 semanas, cada. Primeiro, em Novembro / Dezembro de 2016, com dois elementos da Província de Benguela e, no ano seguinte, em 2017, nos meses de Novembro/ Dezembro, um segundo momento, com 4 elementos das Províncias de Huambo e Bié. ^(F196)

Às estagiárias, sob supervisão institucional da Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, era proposto um percurso por todas as unidades da Maternidade Alfredo da Costa, estando sempre acompanhadas, no local, por uma

enfermeira coordenadora de estágio. Era uma experiência de observação, e focava-se, preferencialmente no acompanhamento da gravidez normal e patológica, no Parto e nos cuidados ao neonato, sendo as estagiárias sujeitas a avaliação inicial e final, bem como a elaboração de um Relatório de avaliação da sua experiência. ^(F196)

Para além das experiências em Estágio acima enunciadas, para os diferentes tipos de participantes, o Projeto OM contemplava, ainda, a realização de Visitas de Supervisão às unidades de Saúde em Angola, nas Províncias de onde eram originários os estagiários. Essas visitas eram da responsabilidade do orientador de estágios e da coordenadora do Projeto, e efetuar-se-iam no último ano do mesmo Projeto.

Com o objetivo de maximizar o efeito das deslocações, uma vez que as distâncias eram muito grandes (*território de intervenção equivale a 1,5 vezes o território de Portugal*), seriam escolhidas unidades, das três Províncias. Contudo, seriam priorizadas aquelas onde trabalhassem gestores, enfermeiros e parteiras que tivessem, concomitantemente, participado na formação do FORVIDA e do “Obrigado Mãe”. Desta forma, a análise da implementação dos compromissos, poderia estimular projetos transversais à gestão e à prestação de cuidados. ^(198; F199)

Numa análise global, ao “Obrigado Mãe”, sempre considerámos estar na presença de um Projeto que extravasava largamente o conceito de *Ação de Formação*. O próprio Projeto, na sua estrutura pedagógica e filosófica, permite reforçar a crença na capacidade de renovação das pessoas, relativamente à sua postura profissional. Afirmava nos pressupostos e confirmaria nas conclusões, que as organizações sociais e os seus colaboradores, são entidades adaptáveis e que se desenvolvem, na medida em que perseguem objetivos pertinentes e significativos para as pessoas a quem servem, e o fazem de forma metodologicamente adaptada. Isto permite-nos pensar que o êxito das iniciativas, depende em grande medida, dos agentes colaboradores, que se tornam assim, simultaneamente promotores e beneficiários indiretos dessa transformação. ^(OD)

Desenvolvemos, no estudo e no acompanhamento do Projeto Obrigado Mãe, como também do Forvida, um especial interesse por saber se seria possível identificar as

razões pelas quais, os mesmos desafios em saúde são, umas vezes estímulo ao crescimento e desenvolvimento e, outras vezes, obstáculos insuperáveis.

Considerámos reforçada a justificação para a nossa abordagem e estudo do CMI-NSG, como um todo significativo, também porque sentimos perfeita sintonia entre a perspetiva de intervenção local e comunitária de proximidade, que o mesmo Centro revela, e a vontade política das autoridades angolanas, que nos últimos anos têm aproximado a gestão da política dos Serviços de Saúde, à realidade quotidiana das pessoas. O reforço dos sistemas de saúde a nível municipal, designado por *Municipalização dos Serviços de Saúde*, e dos cuidados básicos, em particular, é o primeiro desafio e um dos mais determinantes, que o Estado Angolano tem vindo a concretizar com vista a melhorar os vários indicadores de saúde. ^(F2)

Esta progressiva consciência de que é na área da Atenção Primária (Cuidados de Saúde Primários), que os problemas de saúde devem ser prevenidos e em primeiro lugar enfrentados, permite considerar que o exemplo do CMI-NSG pode, à sua escala, ser inspirador de dinâmicas de futuro, na saúde em Angola. ^(F2)

Neste caso, tendo a oportunidade de estudar a concretização de uma importante opção estratégica, da Igreja Católica de Angola, que foi a criação do Centro Materno Infantil N.ª Sr.ª da Graça, poder-se-á dar evidência ao trabalho e esforço efetivo, que muitas instituições análogas, levam a cabo em favor das populações, bem como os seus constrangimentos e eventuais resultados.

Este Projeto revela a assunção do princípio de que a proximidade com as populações e as respetivas comunidades locais, é um elemento indispensável à pertinência, oportunidade e eficácia das medidas sanitárias. A planificação e a gestão da saúde a nível local, a adequação dos recursos, a capacitação dos técnicos de forma eficaz no acompanhamento e tratamento da “mãe e filho”, através dos serviços fixos, móveis e avançados e, a participação comunitária dentro de uma determinada área sanitária, poderão permitir um maior acesso ao pacote essencial de cuidados e serviços de saúde materno - infantil e garantir a equidade dos serviços de saúde a todas as famílias. ^(F3; F6; F19)

Encontramos neste propósito de estudo, uma importante oportunidade para realçar o papel único e incontornável, na manutenção de respostas em saúde a toda a população, que a Igreja Católica de Angola desenvolve, em genuína sintonia com as preocupações do povo de Angola. Esteve junto das populações durante o longo e difícil período da guerra; geriu equipamentos de prestação de cuidados de saúde, promovendo a saúde e o bem-estar das pessoas, dentro das difíceis condições de um conflito social armado, grave; preservou estruturas e formou recursos humanos em meios rurais recônditos, desenvolvendo assim, um investimento sem preocupação de outro retorno, que não fosse a consciência de contribuir para a saúde e bem-estar de cada Pessoa, Família e Comunidade. É por tal, que os serviços da ICA, granjearam uma boa reputação e são encarados como serviços de qualidade. ^(F2)

Poderemos, ao estudar uma destas respostas, encontrar referenciais práticos exequíveis, por forma a alavancar o desenvolvimento de estratégias de melhoria dos cuidados de saúde, em outras regiões de Angola.

Neste enquadramento, num ambiente de pobreza acentuada, iliteracia e risco em saúde, mas com o pressuposto de que os profissionais de saúde, e em especial as/os Enfermeiras(os) podem, no exercício das suas funções ordinárias e especializadas, contribuir para subsidiar as respostas humanas em saúde, (102) pretendemos, neste estudo, desenvolver a tese de que é possível, em contexto de pobreza, com poucos recursos, mas com uma adequada intervenção de enfermagem, em termos individuais e organizacionais, promover eficazmente, a saúde das pessoas, mesmos nos limites da sua vulnerabilidade.

Como tal, efetuamos um Estudo de Caso único, explicativo ou causal, relativo a um equipamento de saúde, ao nível de centro de saúde, o CMI-NSG, no qual se implementou uma estratégia de intervenção e se avaliaram os resultados que permitirão analisar se é possível numa situação de vulnerabilidade social, com poucos recursos económicos, melhorar os indicadores de **Mortalidade Materna e Mortalidade Neonatal**.

Estudar o CMI-NSG, enquanto caso, permitirá conhecer a sua história, a sua natureza, as suas estruturas humanas e funcionais e, enfim, tudo o que o Centro é, sem se ver. Este estudo ajudará a encontrar as respostas à questão que inicialmente se impôs: *“Como se consegue, numa situação de vulnerabilidade social, com poucos recursos económicos, melhorar os indicadores de Mortalidade Materna e Mortalidade Neonatal?”*

Esta é a questão que África e, em especial, Angola, necessita ver respondida.

É assim, neste propósito de busca de evidências, relativamente à mortalidade materna e neonatal, mas também aos processos potencialmente eficazes de enfrentamento dos problemas de saúde da população angolana, que o CMI-NSG leva a cabo, que se nos afigura como uma indispensável oportunidade, estudar essa instituição.

1.5.3. Preocupações etnográficas

A incorporação de preocupações do âmbito da etnografia, na abordagem da enfermagem, alicerça-se em dois grandes vetores; o respeito pela identidade cultural dos indivíduos e, também, porque com o uso de uma abordagem etnográfica, no que Leininger designa por *etnoenfermagem*, temos acesso a factos, perceções e visões do mundo que, num contexto de prestação de cuidados e de investigação, nos ajudam a compreender a forma como as pessoas veem a realidade, no seu ambiente natural. (103) Nenhuma visão capta a totalidade da realidade. A visão do investigador é específica e incompleta. Analogamente, a visão do autóctone, não abarca toda a repercussão da Cultura na vida quotidiana. Sendo referentes à mesma realidade, tornam-se complementares, não obstante uma natural e compreensível priorização à visão que emerge de um contacto mais prolongado e substancial e é um contributo decisivo para o conhecimento científico das realidades estudadas. (104)

Tipicamente, a Etnografia associa-se a uma descrição rigorosa, credível e autêntica das vivências que se enquadram em determinado contexto. A apresentação dos factos revela aquilo que Fetterman designa por *densidade descritiva*, na medida em

que a história é contada através da visão de quem dela faz parte integrante, em termos de identidade cultural. (104)

A consideração da percepção que as pessoas têm dos factos é, não sintoma de falta de rigor, mas um enriquecimento, sendo que alvejamos um genuíno conhecimento da pessoa enquanto ser multidimensional; conhecemos, *não só o que tem, mas como sente aquilo que tem*. (103) (104) A perspetiva etnográfica na investigação facilita a compreensão e a descrição dos fenómenos, tendo em consideração a perspetiva de quem os incorpora na sua vida quotidiana. Neste contexto, a perspetiva etnográfica, realça e reforça a necessidade do carácter holístico da abordagem. Esta característica que se associa naturalmente à preocupação etnográfica, concretiza-se na noção de conhecer o todo e a forma como o autóctone percebe e vive com esse mesmo todo. (104)

Esta abordagem, mais dispendiosa em termos do fator tempo, permite que nos aproximemos das inter-relações entre os vários sistemas numa determinada comunidade. Isto será, naturalmente, observado na ênfase colocada na contextualização dos dados.

No presente estudo, incorporamos a presença do investigador no CMI-NSG, enquanto responsável científico e pedagógico do projeto *Obrigado Mãe*. De facto, ao longo dos anos de 2014 a 2018, permanecemos cerca de 31 semanas no contexto em estudo, razão pela qual a observação direta e a observação participante serão mobilizadas enquanto fontes de evidência.

Existem diferentes tipos de pesquisa, e diferentes metodologias que podem ser utilizadas, no âmbito das ciências sociais e humanas. Podemos desenvolver uma investigação sob forma de estudo experimental, um levantamento de uma qualquer situação contemporânea, uma investigação histórica, um estudo relativo a tendências de indicadores em saúde ou economia. Mas, é também possível abordar o fenómeno em estudo, num enquadramento de Estudo de Caso. (105) (106)

2.1. O Estudo de Caso como metodologia de Investigação

O Estudo de Caso é mais uma estratégia de investigação. Contudo, constata-se que não é por todos considerada em plano de igualdade, relativamente a outras estratégias. (105) Isto, porque persiste ainda, no âmbito da Ciência, uma tendência para a hierarquização das metodologias de investigação, relegando o Estudo de Caso para uma tipologia de abordagem preliminar à investigação em si mesma. Nesse enquadramento, os estudos experimentais seriam os mais adequados, para testar e descrever a realidade. (105)

Referimo-nos ao Estudo de Caso, como uma estratégia de investigação, e não só como método ou metodologia. A denominação método, evoca a noção de ferramenta de pesquisa, como se designam os questionários, as entrevistas, os levantamentos e a observação. O Estudo de Caso pode comportar em si, diferentes combinações de métodos. Daí que se possa concebê-lo a um nível de mais elevada abstração. (106) O Estudo de Caso é, pois, de forma muito sintética e primordial, uma metodologia de investigação. Em termos históricos, podemos encontrar Estudos de Caso, em especial nas ciências sociais e ciências humanas. É o caso dos primeiros estudos em sociologia, com recurso a esta metodologia, que encontramos no início do séc. XX. Constituíram as primeiras tentativas para compreender o fenómeno social, também através do detalhe fornecido pela particularidade da experiência individual. (106)

A estratégia de Estudo de Caso granjeou, ao longo do tempo, a aceitação de investigadores de diferentes disciplinas e áreas científicas. No presente, podemos encontrá-la patente em trabalhos das Ciências Humanas e das Ciências Sociais; com um referencial qualitativo, mas integrando também, abordagens quantitativas. (106)

Os Estudos de Caso são habituais em variadas áreas profissionais, como na Educação, na Gestão, na Administração Pública, em Saúde e em outras áreas de serviços prestados a pessoas. Não obstante a história e a vasta aplicação, a estratégia de Estudo de Caso recebe, ainda, escassa atenção por parte da literatura atinente. Sabe-se, no entanto, que ao investigar os fenómenos no seu contexto real, com a possibilidade de recurso a dados colhidos de forma ativa (entrevistas, observação participante, observação direta) e passiva (fontes documentais, arquivos, outros artefactos físicos), os EC, permitem uma compreensão profunda sobre o como e o porquê, de algo que acontece. (105) (107) Cabe destacar que os instrumentos de colheita de dados são, também, as observações e análises do investigador e devem ser considerados especificamente como formas de acesso a dados relevantes. É, de facto, uma forma diferente de conhecer a realidade e não uma forma secundária ou acessória. (108)

Esta abordagem em que os dados deverão ser colhidos a partir de fontes diversas e com recurso a diferentes métodos, é muito importante para o que Yin denomina de triangulação. É o processo que permite uma confirmação de dados, suportada na interação entre os diferentes métodos de colheita de informação, utilizados. (105) Geram, desta forma, importantes dados de ordem qualitativa, mas também quantitativa, tornando a metodologia especialmente adequada, quando o conhecimento sobre um determinado fenómeno é escasso ou, então, quando os achados são contraditórios com a lógica comum. (106) (107)

O Estudo de Caso é conduzido de forma muito flexível, o que lhe permite reivindicar uma especial adequação à realidade. O plano de investigação nunca está terminado, o que o torna valioso em fenómenos complexos. Esta é uma importante característica do Estudo de Caso. O investigador pode colher dados, estando

integrado no dia a dia da comunidade em diferentes intervalos temporais, por oposição uma leitura transversal da realidade. Recolhe, desta forma, conhecimentos relevantes e fundamentais para responder às questões de investigação. (108)

Uma característica comum a todos os contextos onde encontramos Estudos de Caso, é a necessidade e o desejo de melhor compreender fenómenos sociais complexos. Para este objetivo, destaca-se uma característica importante desta estratégia de investigação; a abordagem do fenómeno, de uma forma global, a qual Yin e MacQuarrey, denominam de holística, baseada no recurso a dados empíricos. (105) (106) (109)

O que determina a opção por esta estratégia de investigação, segundo Yin, é em primeiro lugar, o objetivo do próprio trabalho, que decorre da orientação do paradigma com que o investigador se identifica e das questões de investigação. Em segundo lugar há a considerar o tipo de controlo, por parte do investigador, relativamente aos comportamentos em estudo. Por último, se a investigação se foca em fenómenos contemporâneos, ou históricos. (105)

O problema e as questões de investigação vão determinar quais os métodos com que o fenómeno será estudado. A abordagem de Estudo de Caso pode constituir-se numa importante fonte para compreender as estruturas organizacionais, formais e informais, que dão corpo à vida das diferentes unidades estudadas. A sua principal virtude é a capacidade de obter um ponto de vista a partir do âmago do fenómeno, e a sua extrema flexibilidade para incorporar a utilização de diferentes métodos de colheita de dados. O seu principal desafio, reside na adequação do quadro teórico e na sensibilidade para desenvolvimento de conceitos baseados nos achados empíricos. Neste processo, o investigador pode desenvolver muitas competências que não estariam em jogo, caso optasse por uma estratégia de menor integração na realidade. (108)

No concreto, o Estudo de Caso, caracteriza-se por se iniciar com questões da ordem do “Como” ou do “Porquê”, o que também sucede com as investigações, histórica e experimental. O controlo por parte do investigador relativamente aos eventos, não

existe no Estudo de Caso nem na investigação histórica, mas apenas na investigação experimental. A contemporaneidade só se encontra no Estudo de Caso. Este é, assim, caracterizado por partir de questões da ordem do “Como” ou do “Porquê”, por não permitir controlo da realidade em estudo, por parte do investigador e, por último, estar focado em eventos contemporâneos. (105) (106) (110) (111) O fenómeno é abordado no seu contexto real e numa perspetiva dinâmica. Esta não manipulação da realidade, faz-nos conceber uma investigação que considera o fenómeno, mas também o como este se manifesta no contexto em que se insere. (106) Daqui resulta que, para a investigação de EC, se considerem os dados objetivos, que constituem a dimensão estrutural, mas também os dados subjetivos, que resultam da vertente funcional. (105)

A abordagem de Estudo de Caso pode, assim, constituir-se numa importante fonte para compreender as estruturas organizacionais, formais e informais, que dão corpo à vida das diferentes unidades estudadas. A sua principal virtude é a capacidade de obter um ponto de vista a partir do âmago do fenómeno e, a sua extrema flexibilidade para incorporar a utilização de diferentes métodos de colheita de dados. O seu principal desafio reside na adequação do quadro teórico e na sensibilidade para desenvolvimento de conceitos baseados nos achados empíricos. Neste processo, o investigador pode desenvolver muitas competências que não estariam em jogo, caso optasse por uma estratégia de menor integração na realidade. (108)

A questão da qualidade do trabalho científico, é destacada por Yin. Os critérios a que alude são: a) a validade do constructo - que consistirá na apresentação de medidas operacionais para avaliação dos conceitos em estudo; b) a validade interna - que se traduz, quando usamos Estudo de Caso explicativos ou causais, no estabelecimento de uma relação causal, através da qual se demonstra que certas condições conduzem a outras condições, para salvaguardar o aparecimento de conclusões falsas ou adulteradas; c) a validade externa - concretizada na demonstração da forma através da qual, se poderiam generalizar os achados; d) confiança - o objetivo deste parâmetro será o de minimizar os erros e viés, num determinado estudo. Conceptualmente será traduzido na hipótese de que, se um

outro investigador, levasse a cabo o mesmo estudo, no mesmo local, seria expectável que encontrasse os mesmos dados e chegasse às mesmas conclusões. (105)

2.1.1. Perspetiva Epistemológica do Estudo de Caso

A vertente epistemológica, permite-nos estudar e evidenciar a distinção entre o que consideramos conhecimento, obtido de forma cientificamente aceite, e outro tipo de dados, não válidos para conclusões. Desta forma, opiniões e conhecimento não representam a mesma realidade. O Estudo de Caso, enquanto metodologia científica, enfrenta uma preocupação epistemológica, no sentido de afirmar a existência de conhecimento obtido a partir da análise interpretativa dos fenómenos. (112) O debate é, assim, relativo à validade da abordagem metodológica e do conhecimento através dela obtido. É um debate epistemológico. De que forma a metodologia pela qual optamos, pode influenciar a consideração do conhecimento, como mais ou menos válido? (112)

A aquisição de conhecimento é a finalidade de quem faz ciência. (113) Mas o percurso científico pode incluir erros. No caso das ciências sociais, os que valorizam mais uma vertente epistemológica de cariz positivista, terão maior tendência para utilizar métodos quantitativos, ao passo que outros, alicerçados numa epistemologia que privilegie abordagens interpretativistas, enfatizarão os métodos qualitativos. A maioria das pesquisas de Estudo de Caso, são de natureza interpretativa e usam métodos qualitativos ou mistos. (112)

Torna-se claro, desta forma, que a opção fundamental pela interpretação do significado humano dos fenómenos, num estudo ou estudos, em particular, por oposição à busca de padrões estatísticos resultantes da análise de vários estudos, é uma decisão que tem na sua base, uma determinada conceção e opção epistemológica. (112)

A estratégia de Estudo de Caso representa uma resposta, na área da investigação, à necessidade de uma nova forma de conceber o estudo da realidade. Uma visão que atribui aos fenómenos em estudo, um carácter dinâmico e não estático;

complexo e não linear. Procura o dinamismo e não só a identificação ou quantificação dos mecanismos dessa realidade. As questões do “Como” ou do “Porquê”, fazem emergir uma nova conceção da realidade, que assenta na ideia de que o *Todo* é algo mais do que a mera *soma das partes* constituintes, tal como se afirma na teoria da dinâmica não linear. (114) Assim, como os fenómenos sociais são complexos e não podem ser compreendidos pela sua redução a um somatório de partes, a abordagem a essa realidade deve, assim, ser efetuada na base da sua dinâmica intrínseca, mas também da sua permanente e idiográfica relação com o ambiente em que se insere. (105) (114) De facto, a estratégia de Estudo de Caso, encontra fundamento na assunção de que os fenómenos complexos não podem ser apreendidos de forma simplista, pela simples observação parcelar dos seus constituintes. A teoria da complexidade afirma que qualquer fenómeno, constituído como sistema, é composto por elementos identificáveis, mas são as interdependências e interações entre os mesmos, que criam o todo único e especial. (114)

O Estudo de Caso pode caracterizar-se por incluir um especial foco nas complexas e recíprocas relações entre todos os elementos constituintes e o contexto, do fenómeno em estudo. Caracteriza-se, também, por incluir análise da relação dinâmica do fenómeno/entidade em estudo, com o contexto em que o mesmo se integra por forma a gerar teoria e/ou contribuir para a teoria existente. Privilegia: *i)* um foco nas inter-relações que constituem o contexto de uma entidade; *ii)* uma análise da relação entre a entidade em estudo e os fatores do contexto em que a mesma se encontra inserida, *iii)* um propósito explícito de usar os achados resultantes da relação entre a entidade e o contexto, (106)

O Estudo de Caso, é uma forma de trabalhar em investigação, que se poderia denominar de naturalista, pois estabelece uma especial relação entre o investigador e o objeto de pesquisa. Assume em si, a oposição ao paradigma das ciências naturais, o qual se mostra inadequado no campo das ciências sociais. A colheita de dados no efetivo contexto do fenómeno em estudo, permite associar-lhe, um carácter de abordagem etnográfica. (115)

Os pontos chave para o decurso do estudo são: i) a seleção do objeto de estudo; ii) proceder à adequação ao local ou ao ambiente do caso em estudo; iii) delinear um quadro teórico, como plataforma de clarificação dos objetivos; iv) colheita e análise dos dados. A validade do próprio Estudo de Caso, depende da consideração e concretização destas etapas. (108)

2.1.2. A generalização

A possibilidade de generalizar as conclusões de um qualquer estudo ou investigação, refere-se à possibilidade de aplicação em outras situações, dessas conclusões, resultados e/ou aprendizagens. O mesmo acontece quando falamos de um Estudo de Caso. É uma preocupação do investigador, que pretende o máximo aproveitamento daquilo que possam ser considerados, os frutos do seu trabalho de pesquisa. (116)

Os estudos de caso podem ser considerados abordagens suscetíveis de gerar proposições teóricas que permitam fazer previsões, sempre que nos possamos referir a situações em que existam ou então, em que falem, condições semelhantes às originais. (107) A associação do Estudo de Caso à área da investigação qualitativa, é preponderante, embora coexistam abordagens quantitativas e mistas. Desde cedo, a estratégia de Estudo de Caso, foi encarada como uma forma de permitir que se retirassem conclusões válidas de fenómenos que tinham lugar em contextos particulares. Não era apenas o fenómeno teórico, em si mesmo, mas a sua ocorrência, que se constituía como fonte de conhecimento, ou seja, o estudo do fenómeno, em situação dinâmica, no contexto em que poderia ser observado. (106) (105)

O objetivo de um estudo experimental em laboratório, bem como o de um Estudo de Caso levado a cabo numa qualquer realidade, é a generalização dos resultados. (105) No entanto, realce-se que, no conjunto das características da pesquisa de Estudo de Caso, se inclui o carácter único e distintivo do objeto de pesquisa. Daí que, o propósito não seja o de encontrar leis universais, como acontece no modelo das

ciências naturais, mas o de compreender o *Caso*, no seu ambiente particular. (108)
(117)

Uma das principais características do Estudo de Caso é, assim, a necessidade de uma particular perspetiva do conceito e processo de generalização. A análise de casos e a própria estratégia dos estudos de caso, contribuíram para questionar a lógica de generalização, que se encontra muito associada aos estudos quantitativos. Mas, contribuíram também para originar uma diferente abordagem metodológica e de colheita de dados em estudos empíricos ao nível social. (108) O valor científico de um estudo depende, não só dos resultados, mas também das implicações dos resultados; isto é, o grau de generalização para outros estudos ou situações. (118) Generalizar os resultados de um Estudo de Caso único, coloca um problema peculiar, uma vez que os estudos de caso são, tipicamente, relativos a uma situação específica. De facto, a especificidade de cada Estudo de Caso, torna-o numa situação única. (118) O que aqui se nos apresenta como obstáculo será o próprio conceito de generalização. Tradicionalmente, esta consiste na aplicação dos pressupostos estatísticos que nos permitem inferir algo de uma população, a partir de uma amostra. Mills, apresenta-nos um importante alargamento do conceito de Generalização, e seu paralelo com a estratégia do Estudo de Caso. (106)

Generalização estatística – Tipicamente, a generalização, pressupõe e permite a transposição dos resultados obtidos numa amostra, para uma população, segundo os devidos critérios estatísticos, concretamente, a dimensão amostral, o carácter aleatório da sua composição e a representatividade face à população. No âmbito de um Estudo de Caso, este critério estatístico não parece apropriado, na medida em que as amostras são reduzidas e não têm, por definição, de ser representativas da população. Sendo verdade que a credibilidade e o valor prático de uma investigação, está, em grande parte, dependente da possibilidade de generalização das suas conclusões e, concluindo que não é viável conciliar os critérios da generalização estatística, com a estratégia de Estudo de Caso, há que conceber diferentes formas de tornar relevantes os achados. A validade externa do Estudo de Caso, não pode assim ser alcançada, através desta forma de generalização. (119)

Por complemento à generalização estatística, surge a noção de generalização teórica, a qual é usada, quando se trabalha a estratégia de Estudo de Caso. Nesta forma de generalização, faz-se referência à Teoria anteriormente desenvolvida a qual serve de referência e enquadramento dos resultados obtidos no Estudo de Caso. (119) (120) A Generalização teórica apresenta-se sob duas formas, que passamos a enunciar:

Generalização analítica – Tanto no Estudo de Caso como na experiência laboratorial, existe uma intenção de generalizar os achados. O processo de generalização é constituído por duas etapas. A primeira envolve a demonstração de que os achados do Estudo de Caso, estão suportados numa determinada visão teórica. A segunda implica a transposição da teoria, com o fim de a aplicar em outros contextos onde eventos análogos, possam ter lugar. (118) (106) O significado científico de um estudo depende, não apenas dos achados, mas da repercussão que os mesmos achados possam ter, ou seja, a possibilidade de serem generalizados para outras pesquisas e outras situações. A pesquisa é tanto mais valorizada, quanto maior for a sua generabilidade. Ora, parece ser difícil generalizar resultados que são originados a partir de casos muito específicos. Curiosamente, a mesma situação se observa quando, a partir de uma experiência laboratorial, se pretende generalizar os resultados que estão associados a um grupo experimental de sujeitos, num determinado ambiente. A generalização analítica, requer assim, uma especial atenção na construção das afirmações. Não se tratando de axiomas matemáticos, podem mesmo assim contribuir para uma Teoria, sob a forma de confirmação do conhecimento patente na literatura ou, então, assumindo a forma de novas hipóteses. Estas devem enquadrar-se num nível conceptual mais abrangente do que o do caso estudado. Os achados do Estudo de Caso, deverão assim demonstrar de que forma os resultados empíricos suportam, alargam ou desafiam a Teoria. A generabilidade dos achados de um Estudo de Caso aumenta de forma significativa se for possível encontrar resultados similares, a partir de outros estudos de caso. A replicação dos resultados em diferentes estudos é, tal como na pesquisa laboratorial, um argumento importante para a generalização analítica. (118)

Generalização naturalista –A generalização naturalista é um processo, pelo qual o conhecimento pode ser vislumbrado (adquirido), quando se analisa e se reflete sobre os pormenores das descrições de um Estudo de Caso. Ao reconhecer semelhanças entre os detalhes do Estudo de Caso e as próprias experiências pessoais, o leitor sentir-se-á levado a considerar a ideia de generalização, ou seja, a transpor as ideias das representações enunciadas no Estudo de Caso, para os seus contextos pessoais ou para outros, com analogia de condições base.

Qualquer tipo de generalização, gera a possibilidade de transferência de conhecimento obtido numa amostra, para uma população. A generalização naturalista coloca a possibilidade de transferir conhecimento, de forma não tão abrangente. Robert Stake e Deborah Trumbull, criadores do termo generalização naturalista, sustentavam a convicção de que é possível fazer generalizações a partir das experiências quotidianas, bem como a partir de autores, professores e outras autoridades com quem convivamos. Desta forma, as generalizações naturalistas são conclusões a que chegamos, através de um compromisso sério com os assuntos do quotidiano, nos contextos em que vivemos, ou até pelas experiências alheias, que, de tão profundamente relatadas, se apresentam ao leitor, como potencialmente próprias. (121)

A generalização naturalista dá ênfase à aplicação prática e funcional dos achados, favorecendo a sua apreensão por parte do leitor. É um processo de análise que permite identificar as lógicas de causalidade dentro do Estudo de Caso, no âmbito de uma investigação de matriz qualitativa. (121) Esta nova lógica, ou seja, uma causalidade pluralista, reconhece a diferença entre os sistemas inanimados, orgânicos e os que resultam dos contextos humanos. Autores, como Boulding e Katz, consideram que esta noção de causalidade permite acomodar melhor, as características das sociedades humanas. (117)

O conceito de transferibilidade, introduzido por Lincoln e Guba, radica nesse reconhecimento da especificidade dos contextos, embora defendam que hipóteses geradas em processo de pesquisa, podem ser transferidas ou testadas em outro contexto. É como se o investigador colocasse a possibilidade de que determinados

resultados, obtidos num contexto A, pudessem igualmente ser obtidos num contexto B, partindo da premissa de que o segundo contexto, reunia condições análogas às do primeiro. (121)

Estamos perante processos de generalização muito associados à interpretação, dependentes das características dos contextos e da responsabilidade dos investigadores. Esta é uma das principais diferenças, relativamente às generalizações estatísticas. (119) (121)

Neste contexto, é importante destacar que na análise das raízes filosóficas que Hellström (121) apresentou, o mesmo rejeita a ideia da radical rutura com as tradições científicas. Considera que existem diferenças, mas também similitude, na medida em que todas as formas de generalização partilham o objetivo de aprofundar a compreensão, ao permitirem ou favorecerem a transferência de conhecimento da amostra em estudo, para uma população. A aplicação desses conhecimentos vai depender da necessidade e experiência do leitor e terá o filtro do contexto a que se destine. É uma perspetiva em que se assume que o investigador não prescreve a aplicação de conclusões. Pelo contrário, caberá ao leitor decidir, como e de que forma, os relatos e detalhes inerentes ao Estudo de Caso, possam ser aplicados à situação de que é interessado. Os “vislumbres práticos” decorrentes da pesquisa de Estudo de Caso, podem evoluir livremente, e ser transferidos para situações análogas. (121) (115)

2.1.3. A produção de teoria

O conceito de *Teoria*, não é uniforme ou consensual, em termos do seu significado. Podemos falar de Teoria, quando pretendemos referir um elevado nível de abstração da realidade, onde nos referimos a Metateoria, até ao nível mais ou menos concreto, em que nos referimos a conceitos simples ou representações mentais. Para alguns autores, Teoria define-se como um conjunto de hipóteses ou proposições inter-relacionadas. Esta relativa subjetividade do conceito *Teoria*, não permite uma clarificação definitiva acerca da relação da mesma, com a estratégia de Estudo de Caso. Podemos, contudo, afirmar que *Teoria* poderá entender-se como

o conjunto de conclusões a que se pode chegar, após uma investigação cuidadosa e meticulosa de todos os detalhes de um Caso específico. (122) No particular domínio do Estudo de Caso, a construção teórica pressupõe ainda, a formulação de hipóteses que surgem a partir dos dados empíricos e, o testar dessas mesmas hipóteses no contexto em estudo. Assim, fica claro que a principal diferença relativamente a outras formas de gerar proposições ou hipóteses, é o seu caráter acentuadamente empirista. (123)

Afirmar ou desenvolver Teoria, no âmbito das ciências sociais é, assim, uma das características do Estudo de Caso. No entanto, o conceito Teoria, como referimos, não apresenta um significado estático e universal. Tentando enquadrar esta afirmação, aprez-nos sublinhar que a investigação científica, bem como qualquer atividade humana, reflete a influência de paradigmas. Dentro de uma mesma atividade existem, por vezes até, paradigmas em confronto. Assim acontece no campo da investigação. É também por tal, que o conceito de Teoria, evoca diferentes significados; pode propor uma lei específica ou um sistema organizado de leis, como acontece no campo das ciências naturais. Pode, por outro lado, sugerir um determinado constructo ou conjunto de constructos, a fim de organizar a compreensão de determinado fenómeno. Seja qual for o significado atribuído, deve, no entanto, afirmar-se o papel central que a Teoria desempenha na estratégia de Estudo de Caso. (124) Em contraste com a pesquisa quantitativa simples, que visa gerar conclusões numéricas, logo quantificáveis, baseadas em dados estatísticos, o contributo do Estudo de Caso, é a afirmação da aplicabilidade ou o desenvolvimento de uma teoria, a qual pode, então, ser generalizada ou aplicada numa outra realidade. (124)

Independentemente da metodologia de investigação, qualquer projeto de pesquisa deve incorporar uma revisão da literatura mais relevante. Nela, o investigador busca o enquadramento teórico do assunto em questão. Daí se selecionam os dados a colher e os respetivos métodos de colheita de informação, bem como a forma de análise da informação. O projeto termina na discussão da questão de investigação, à luz da teoria e também da evidência empírica recolhida. (124)

Acresce que, para termos uma colheita de dados como um processo qualificado, é necessário que a mesma seja orientada pela teoria já existente ou, na sua ausência, por explicação detalhada do fenómeno em estudo e dos respetivos critérios de sucesso. (105)

Esta sequência, que é similar à de outros tipos de estudo, e é constituinte da estratégia de Estudo de Caso, permite afirmar que as conclusões dos Estudos de Caso múltiplos, ou até únicos, são generalizáveis ou, pelo menos, hipoteticamente transferíveis para contextos em que possamos encontrar condições semelhantes às originais. Este é um passo que afirma a fidedignidade dos dados.

Uma das principais características da estratégia de Estudo de Caso, é o seu elevado potencial para gerar dados teóricos relevantes. Pode testar e alargar os limites de uma teoria em particular, desenvolver novas teorias, ou ambas as situações. (124) Por outro lado, podendo afirmar-se que produção e a testagem da teoria, estão intrinsecamente associadas, surge o que Harlow designa por processo circular, no qual os dados emergentes impelem o investigador a reenquadrar as suas ideias, as quais, testadas vão gerando conclusões, num dinamismo que ocorre até que as mesmas sejam robustas sob ponto de vista científico. Quando questionamos o tipo de contribuição teórica do Estudo de Caso, é neste enquadramento que a mesma acontece. (124)

O Estudo de Caso pode, então, ser encarado como gerador de teoria; quer seja numa vertente de replicação, que é mais fácil ocorrer quando falamos de estudos de caso múltiplos, quer seja pela testagem da teoria vigente que, ao integrar os novos dados, irá necessariamente ser questionada e, eventualmente, reformulada. Importa, pois, acentuar que as conclusões dos estudos de caso múltiplos e até mesmo únicos, são generalizáveis ou pelo menos replicáveis em contextos semelhantes aqueles em que foram originadas. (124) (105)

2.1.4. A abordagem da realidade e os três tipos de Estudo de Caso

O Estudo de Caso pressupõe uma abordagem holística e indutiva, uma vez que abrange uma entidade como um todo, num determinado contexto e segue a lógica do específico para o geral. (105) (109)

A **abordagem holística** é relevante e estruturante. Destaca o dever de se conceber o Caso, num contexto abrangente, como condição para o tornar significativo. De facto, o holismo é um constructo teórico, que nos fornece a noção de que o objeto da nossa atenção ganha, de facto, significado, pela integração num determinado contexto. Compreender o fenómeno é, também, proporcionado pelo contexto. Assim, será legítimo afirmar-se que o Caso é o fenómeno em contexto. Estamos a afirmar que é necessária uma perspetiva abrangente para compreender o fenómeno, na medida em que o todo, (contexto + fenómeno), se constitui como uma realidade diferente, da que resulta da mera adição de partes. Sob este ponto de vista o holismo é o substrato essencial da dinâmica interpretativa do investigador. (109) (105)

A **abordagem indutiva**, faz referência ao processo lógico, segundo o qual as leis da ciência podem ser inferidas a partir dos factos ou evidências, observadas de forma naturalista, ou seja, com pouca ou nenhuma intervenção do observador. No caso das ciências sociais, o indutivismo aplica-se ao processo de construção teórica. Neste, partindo dos factos e através da racionalização, concebemos os princípios teóricos, que os justificam. Concretamente, significará partir da realidade para a teoria, por oposição ao método dedutivo, em que partimos da teoria para a realidade. (109) Uma das importantes aplicações desta abordagem, é a sua concretização em estudos levados a cabo em áreas pouco dotadas de conhecimento teórico prévio. No Estudo de Caso, a Teoria pode, assim, surgir através do reconhecimento dos padrões de interação dinâmica dos elementos em estudo. Esta etapa tem lugar durante a fase de análise de dados. Esses padrões são os pontos-chave para a construção de asserções teóricas, que poderão ser sujeitas a testagem nesse ou em outro contexto, com condições análogas.

Os estudos de caso com carácter indutivo, são usados para responder a questões do género “como” e “porquê”, que se colocam aos fenómenos da realidade. (125) (105)

O modelo de investigação do Estudo de Caso é, assim, considerado idiográfico, uma vez que visa compreender e explicar os casos individuais no seu próprio e único contexto. O Estudo de Caso, tanto descritivo, como explicativo, não se resume a uma descrição de dados. Deve conter uma abordagem de natureza lógica que se baseia na interpretação e na análise. O substrato dessa leitura de dados é o enquadramento teórico. O investigador é, então, um “aprendiz”, sendo a colheita de dados e sua interpretação, a base do processo de aprendizagem. (108) (105) Pode usar diferentes tipos de observação e outros métodos de colheita de informação. Pode realizar entrevistas, consulta de materiais escritos do local e levantamentos relativos a temas específicos, bem como contactos com diferentes protagonistas, dentro e fora do contexto. Os dados colhidos através da abordagem empírica devem então ser organizados e sistematizados para permitir elaboração das conclusões do estudo. (108)

Importa, neste ponto, referir o que os autores consideram ser os diferentes propósitos com que desenvolvemos projetos de investigação, de uma forma geral, e, particularmente, quando optamos pela metodologia de Estudo de Caso. Podemos ter pesquisas exploratórias, descritivas ou explicativas. (105)

O **Estudo de Caso exploratório**, representa a utilização da metodologia de estudo de caso para investigar fenómenos relativamente aos quais não se disponha de dados prévios. Caracteriza-se por não possuir proposições prévias e hipóteses. Este tipo de estudo é adequado como fase preliminar de uma pesquisa explicativa ou causal numa área em que não existam dados suficientes para a necessária formulação de hipóteses. Dentro da taxonomia de Yin, baseia-se na pergunta “**o quê?**”. Trata-se, portanto, de estudos muito flexíveis e adaptáveis, no que respeita à colheita de dados, sendo assim considerados estratégicos quando procuramos acumular conhecimento inicial sobre uma realidade. Permite fornecer uma compreensão ampla e macroscópica dessa realidade, o que se constitui como etapa muito importante, pensando em pesquisas subsequentes. Por este motivo, é muitas

vezes considerado como uma etapa preliminar de um estudo de caso explicativo ou causal. (126) (105)

O **Estudo de Caso descritivo**, tem como objetivo sistematizar toda a informação relativa a um determinado fenómeno. Concretamente, foca-se nas proposições, gerando o que se pode designar por teoria descritiva. Ao analisar e escrutinar as proposições, cria um conjunto de critérios que vão tornar evidentes, os limites do caso. O estudo de caso descritivo, aborda e caracteriza uma realidade, em detalhe e profundidade, procurando identificar quais os padrões estruturais dessa mesma realidade. Distingue-se dos restantes tipos de estudo de caso, por produzir uma teoria descritiva. Realce-se que a distinção com os estudos de caso explicativos ou causais, reside no facto de não proporcionarem comparações entre grupos, nem afirmações de causalidade, ou não abordarem áreas completamente inexploradas e desconhecidas. Resultam do estudo de caso descritivo, proposições teóricas que podem ser testadas e, eventualmente, proporcionar generalizações. Ao contrário do que sucede com o estudo de caso exploratório, neste caso, o protocolo de investigação é organizado e deve conter objetivos, assuntos e tópicos, bem como procedimentos da colheita de dados previstos. Deverá conter igualmente proposições teóricas alicerçadas na literatura e um esquema sobre o qual assentará o relatório final. (127) (105)

O **Estudo de Caso explicativo ou causal**, permite-nos pensar numa investigação em que se procura compreender o fenómeno, em profundidade, inserido no seu contexto de existência. Por outro lado, o investigador não tem controle sobre a situação e, aborda um fenómeno contemporâneo.

As teorias explicativas, independentemente da estratégia de investigação, visam responder ao “**porquê**” e, ao “**como**”. O que as distingue é a identificação de lógicas de causalidade. Enquanto que, nas ciências naturais, as afirmações de causalidade são objetivas e concretas, no domínio das ciências sociais, as explicações, por envolverem sujeitos autónomos, naturalmente impregnados de subjetividade, não se podem reduzir a uma estrutura mecanicista de causalidade positivista linear. Por analogia, e perante uma criança recém-nascida com hipotonia e um valor de

glicémia de 40 mg/dl, poderíamos fazer dois tipos de análise. No âmbito das ciências naturais, diríamos que a hipotonia se relaciona com a hipoglicémia, resultante do facto de a mãe não ter proporcionado a amamentação. No âmbito das ciências sociais e humanas, poderíamos partir da afirmação anterior e questionar “o porquê” de a mãe não haver amamentado o recém-nascido. Encontraríamos, eventualmente, indicadores de análise relacionados com a preparação para a gravidez e parto, os fatores culturais, ou até, os mitos associados à religião, e à amamentação numa vertente estética.

Estes dois focos face a uma mesma situação, manifestam a necessidade de uma visão abrangente, assumida por parte da estratégia de um estudo de caso explicativo ou causal. Acentue-se, no entanto, a necessidade de coexistência das duas abordagens; ou seja, a possibilidade de alargar a visão do fenómeno, por forma a concebê-lo com um realismo multidimensional. (128)

Esta forma de procurar descrever uma situação, proporciona uma melhor compreensão de como o fenómeno em estudo se manifesta e, que sequência de factos o precedem. A partir daqui, constroem-se as teorias explicativas que emergem da busca sistemática de variáveis e padrões de comportamento, presentes nos dados colhidos. Como refere Yin, para explicar um fenómeno, é necessário estabelecer um conjunto de possíveis causas que o justifiquem. É tentar responder a “como” ou “porquê”, algo ocorreu. No entanto, essas possíveis causas podem ser muito complexas e difíceis de “medir” de uma forma precisa. (128) (105)

3.1. O Contexto do Caso

3.1.1. O País

Angola é um país da região Ocidental da denominada África Austral. Apresenta uma vasta extensão de costa Atlântica, com cerca de 1700 Km, e uma superfície total de 1.246.700 Km². É o vigésimo terceiro país do mundo, em termos de área, sendo de realçar que apresenta, aproximadamente, catorze vezes a superfície de Portugal. Faz fronteira com a República Democrática do Congo, a República do Congo, a República da Zâmbia e a República da Namíbia. ^(F9) Angola possui um clima subtropical, com duas estações; as Chuvas, que ocorrem entre os meses de Setembro e Abril, e o Cacimbo, ou Seca, que é menos quente e ocorre entre os meses de Abril e Setembro. A região litoral apresenta uma temperatura média, anual, superior a 23°C. As variações climáticas associam-se à grande extensão do território e às assinaláveis diferenças na altitude, entre o litoral e o interior. Assim, coexistem, zonas de floresta densa e húmida; a savana seca com árvores e arbustos e, zonas de estepe e deserto, a sul, na província do Namibe. ^(F9)

Angola foi uma colónia portuguesa, até 11 de Novembro de 1975, data em que se tornou independente. O conhecimento da História do país poderá levar-nos a uma melhor compreensão de algumas das suas atuais idiossincrasias.

Num tempo remoto, em que não existia qualquer divisão político-administrativa formal, em África, os Povos eram identificados como grupos de pessoas que se associavam em função da sobrevivência e do usufruto dos recursos naturais. Angola resultou da união de dois Povos que se localizavam a sul do Reino do Congo; o Reino de Ndongo e o de Matamba. Esta união ocorreu por volta do ano de 1559. Ora, nesta ocasião estavam já presentes na região, os portugueses, os quais haviam estabelecido acordos com o Reino do Congo. Explorando o facto de persistirem rivalidades e conflitos entre os reinos de Ndongo e o de Matamba, na primeira metade do século XVI, os portugueses instalam-se, então, na região de Angola. ^(F9)

O interesse dos colonizadores portugueses era o de explorar os recursos naturais, razão pela qual, tentaram desde sempre, consolidar a delimitação de tão vasto território. Associa-se a este processo, o tráfico de escravos, para as plantações de cana-de-açúcar, do Brasil. ^(F9)

Contudo, para se conhecer e compreender o essencial da sociologia angolana, é necessário referir a existência durante os séc. XV e XVI, de assinaláveis deslocações de pessoas, do norte/centro de África, para sul. Nesse tempo, as populações Bantu, da África central, deslocaram-se para Sul e para Este.

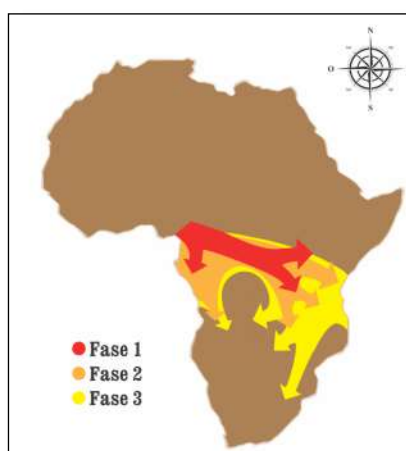


Figura 8 - Esquema do fluxo migratório dos povos Bantu^(F9)

Dadas as grandes distâncias percorridas, os povos fixavam-se nas regiões visitadas e iam criando novas comunidades que assumiam controlos territoriais e geravam diferentes contextos culturais. Os documentos oficiais de Angola, assinalam os **Bantu**, os **Jaga**, os **Nhanecas**, os **Hereros**, os **Ovambos**, os **Quiocos**, os **Cuangares**, e os **Macocolos**. ^(F9) Todos estes Povos, e suas tradições culturais, foram confluindo para o território Angolano. Uns fixaram-se no Norte, outros no Sul, no litoral e nas montanhas, enfim, usando de forma muito natural a apetência pelos locais banhados pelos imensos rios em que Angola é fértil. ^(F9) Estes povos eram e foram reconhecidos como Caminheiros; autodenominados como “descobridores de terras novas”. Referem escritos portugueses do final do séc. XIX, que são educados na vida de Caminheiros. *“Elles são educados na vida de caminheiros e todas as comitivas levam*

innumeras creanças, que com cargas apropriadas às suas forças, acompanham os pais ou parentes nas mais longínquas correrias.” ^(F178)

Angola, como a grande maioria dos países independentes de África, é um estado multi e transcultural. Isto quer dizer que abriga em seu território diversas culturas, com línguas, costumes e origens diferentes, que muitas vezes extrapolam as fronteiras políticas estabelecidas pelos europeus, no século XIX. De assinalar que em Angola, estão identificados 42 idiomas regionais, sendo reconhecidas 8 (oito) línguas oficiais. São elas, o **umbundu** (centro do país), **kimbundu** (centro e o eixo noroeste) **kikongo** (norte), **chokwe** (cobre todo o Leste), **kwanhama**, **nhaneka**, **nganguela**, e **fiote**, presentes nas fronteiras de Angola. A língua portuguesa é falada por cerca de 70% da população, com uma distribuição deste facto, por 85% de população urbana e 49% da população rural. ^(F8; F179)

3.1.2. A divisão política e administrativa do País e a Demografia

O território angolano, encontra-se dividido segundo uma lógica de *Província – Município – Comuna*. Existem governos provinciais, órgãos de gestão municipal, e administrações comunais. Podemos assim encontrar em Angola, **18** (dezoito) Províncias, - Bengo Benguela, Bié, Cabinda, Kuando-Kubango, Kwanza-Norte, Kwanza-Sul, Cunene, Huambo, Huíla, Luanda, Lunda-Norte, Lunda-Sul, Malanje, Moxico, Namibe, Uíge, Zaire -, **162** Municípios e **559** Comunas; (2.352 bairros em áreas urbanas e 25.289 aldeias em áreas rurais).^(F8;F12) Segundo o Recenseamento Geral da População e Habitação de Angola, que teve lugar no período de 16 a 31 de Maio de 2014, vivem no país, **25.789.024** pessoas, sendo que 16.153.987 (62,6 %) se encontram em áreas urbanas e 9.653.037 (37,4 %) em áreas rurais. De referir que a província de Luanda, congrega cerca de 27% da população total e Benguela, Huambo e Bié, albergam, no seu conjunto, cerca de 23%.

A análise da estrutura etária permite constatar que 47% da população se situa na faixa dos 0 aos 14 anos. São 12.196.496 crianças e jovens, que permitem perspetivar um crescimento populacional significativo, nos próximos anos. Para além disso, estamos, já no presente, perante uma população, globalmente muito jovem. A

idade média é de 20,6 anos, não havendo variações significativas no que respeita a homens ou a mulheres, e a meio urbano ou meio rural^(F8). As províncias com maior percentagem de crianças e jovens, são o Huambo e o Bié. Paralelamente, e em sintonia com estes indicadores, o índice de envelhecimento – relação entre a população idosa com 65 e mais anos, e a população com idade compreendida entre os 0 e os 14 anos, é de 100->5. Temos assim que, por cada 100 crianças ou jovens, existem apenas, 5 pessoas com 65 ou mais anos.^(F8) Não obstante esta realidade demográfica, que decorre de uma taxa de fecundidade de 5,7 (5,2 a nível urbano e 6,5 a nível rural), apenas 53,5% da população residente, possui um registo de nascimento, sendo que a percentagem em ambiente urbano, é de 67,7 e, em ambiente rural de 29,6%.

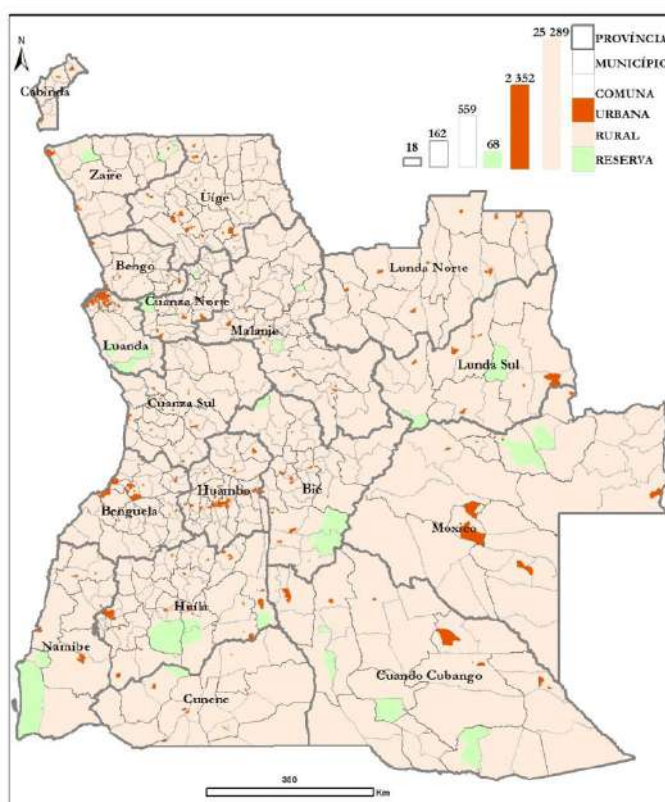


Figura 9 - Mapa Político-Administrativo de Angola (F8)

No âmbito dos Determinantes Sociais da Saúde, importa referir que o Censo 2014, assinala que a maioria dos agregados familiares, 70%, despeja o lixo ao ar livre e

apenas 44% tem acesso a água apropriada para beber, e 31% tem acesso a eletricidade pública, nas respetivas habitações. ^(F8) (103)

3.1.3. Sistema Nacional de Saúde de Angola

Até ao ano de 1992, Angola construiu, o que designa de Sistema Nacional de Saúde, gerido pelo Estado e assente em pressupostos de universalidade e equidade, com gratuidade dos Cuidados Primários de Saúde. Em 1992, aprovada que foi, a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde, fica consignado no ordenamento jurídico do país, a possibilidade de outras entidades, não públicas, prestarem serviços de saúde, com a respetiva comparticipação financeira, dos utentes.

Apresenta-se assim, um Sistema Nacional de Saúde, constituído por Subsistemas.

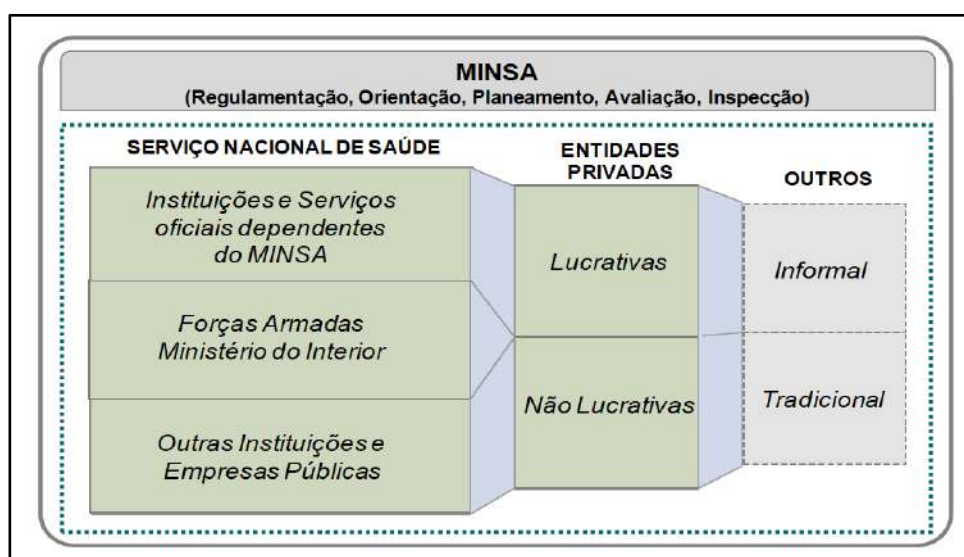


Figura 10 - Sistema Nacional de Saúde de Angola ^(F3)

O ordenamento jurídico Angolano, através da Lei n.º 21-B/92, onde se fundamenta o Regulamento Geral das Unidades Sanitárias, define a prestação de cuidados de saúde, em três níveis, Nível primário, Nível secundário e Nível terciário.

O Sistema Nacional de Saúde engloba, assim, estes três níveis de cuidados de saúde, que se concretizam: (i) o primeiro nível, é constituído por postos de saúde, centros de saúde, hospitais municipais, postos de enfermagem e consultórios médicos, e oferece serviços de baixa complexidade; (ii) o segundo nível, integra os hospitais

gerais e monovalentes, que oferecem serviços de complexidade intermédia, (iii) o terceiro nível, compreende os hospitais centrais e hospitais especializados. ^(F16)

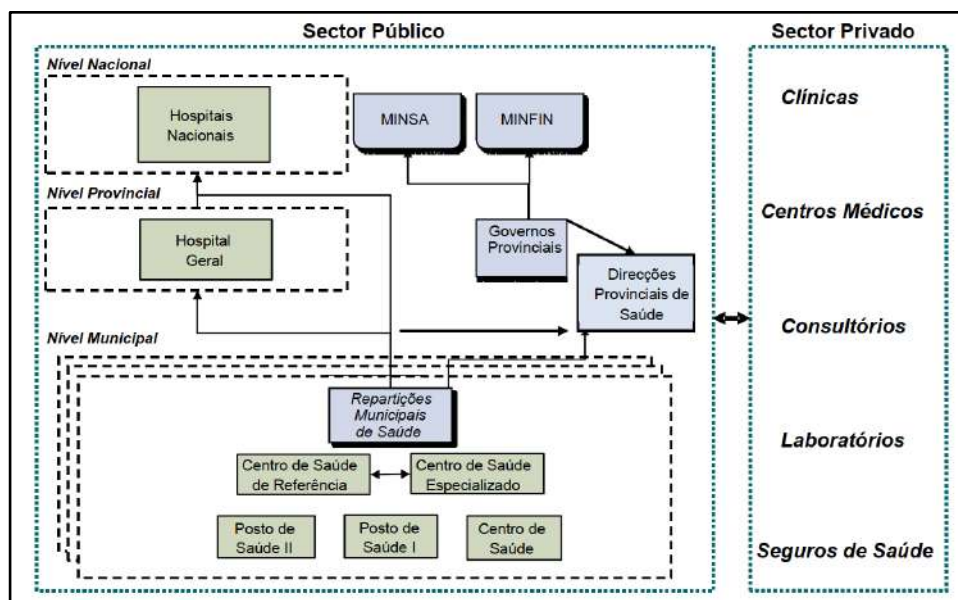
Estes três níveis encontram-se articulados entre si através de mecanismos de referência e contra referência, de forma a garantir uma assistência integrada e contínua. ^(F3; F16; F18)

Organicamente, o Ministério da Saúde rege-se por um sistema com três níveis hierarquizados de administração: os níveis **Central**, **Provincial** e **Municipal**. 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.

O nível Provincial integra as Direções Provinciais de Saúde (DPS) que dependem administrativamente dos Governos Provinciais e organicamente, do nível central do MINSA, em articulação com outros organismos intrassectoriais e intersectoriais.

O nível Municipal integra as Repartições Municipais de Saúde (RMS) que são parte integrante da Administração Municipal, e dependem do MINSA, através da DPS. A este nível, as RMS constituem a autoridade sanitária máxima. ^(F3; F18)

A relação entre os organismos de prestação de cuidados de saúde, do Estado, e as respectivas tutelas, encontram-se patentes no quadro 6.



Quadro 6 -Quadro ilustrativo da orgânica do Sistema Nacional de Saúde de Angola ^(F3)

A rede de serviços públicos de Angola está distribuída ao longo do território nacional em especial nas províncias da costa atlântica. A distribuição assimétrica, dos recursos humanos da saúde, em Angola, com uma concentração relativa, excessiva, verifica-se, não só nos grandes centros urbanos, como no litoral atlântico.^(F3; F2)

O conjunto dos equipamentos de prestação de cuidados, é insuficiente para cobrir as necessidades atuais da população, quer seja devido ao facto de não terem sido realizados investimentos significativos em infraestrutura física nos últimos 30 anos, quer seja porque a população praticamente, duplicou. Acresce ainda, que grande parte das estruturas existentes foi devastada pela guerra, especialmente no Leste e nas áreas rurais do país.^(F2) Especialmente as áreas rurais, têm escassas unidades de saúde, e as mesmas estão isoladas, em geral sem apoio nem supervisão. Com o final da guerra e com o retorno de 2 - 3 milhões de pessoas às comunidades de origem, o deficit de serviços de saúde acentuou-se.^(F2)

Existe em Angola uma organização estruturada do Serviço Nacional de Saúde, que faz com que os cuidados sejam concebidos em três **níveis administrativos**: o Nível Primário ou cuidados primários de saúde; o nível secundário ou da rede hospitalar polivalente; o nível terciário ou rede diferenciada.

Quando se trata de atender às situações concretas, estabelece-se uma lógica assistencial baseada em **níveis sanitários**, que são dois: o Nível de atenção primária e o Nível de atenção especializada.

Os níveis sanitários e os administrativos, correspondem a diferentes visões do Sistema de Saúde, como um todo, mas articulam-se da seguinte forma; o Nível de atenção primária, relaciona-se com a rede de cuidados primários de saúde. O Nível de atenção especializada, faz referência e suporta-se na rede hospitalar polivalente e na rede hospitalar diferenciada.^(F16; F18)

As denominações que se podem encontrar e que correspondem às estruturas básicas de prestação de cuidados de saúde, em todo o território, são: Posto de Saúde; Centro de Saúde; Centro de Saúde de Referência / Hospital Municipal; Hospital Geral; Hospital Central; Estabelecimentos e Serviços Especiais. Assim, ao nível de cuidados primários de saúde, encontramos os Postos de Saúde, os Centros de Saúde e os Centro de Saúde de Referência / Hospitais Municipais. Quanto ao

nível secundário, os Hospitais Gerais ou Polivalentes. No nível terciário, os Hospitais Centrais e os Estabelecimentos e Serviços Especiais (geralmente, Hospitais especializados).

Nível Sanitário Nível Administrativo	Cuidados de Saúde Primários (Atenção primária)	Cuidados de Saúde Diferenciados (Atenção especializada)
Nível Primário (I)	Postos de Saúde Centros de Saúde Centros de Saúde de Referência / Hospitais Municipais	
Nível Secundário (II)		Hospitais Gerais Hospitais Monovalentes
Nível Terciário (III)		Hospitais Centrais Estabelecimentos Especiais

Quadro 7 - Equipamentos de Saúde segundo os Níveis Sanitário e Administrativo ^(F16)

Angola adotou uma forma de hierarquização das respostas em Saúde, de maneira a tornar integradas as respostas da Assistência Primária e da Assistência Diferenciada, dentro da Região Sanitária, a qual corresponde ao nível administrativo Provincial (excetuam-se os casos em que o número de habitantes excede os 750.000, sendo que nestes casos, poderão existir duas ou mais Regiões Sanitárias, dentro da mesma Província). ^(F16)

Existe um sistema de relação funcional entre os diferentes níveis de cuidados, que estabelece um percurso teórico, segundo o qual, as unidades menos diferenciadas, sinalizam e enviam à unidade imediatamente superior, tanto dentro do mesmo nível administrativo, como em termos da sua diferenciação, do nível da atenção primária para a atenção especializada. ^(F16)

Está assim concebido um processo, segundo o qual, as unidades de menor diferenciação, sempre que necessário, referenciam os casos à unidade

imediatamente superior e mais diferenciada. ^(F16) Assim, os Postos de Saúde, referenciam aos Centros de Saúde e estes, aos Hospitais Municipais que por seu lado, poderão referenciar aos Hospitais Gerais. ^(F3; F16)

O Serviço Nacional de Saúde de Angola, e a rede de equipamentos de Saúde, está assente numa clara atribuição de responsabilidades às unidades onde se prestam cuidados de atenção primária de saúde. Existe um objetivo estratégico de prestação de cuidados, em contexto de proximidade, com prioridade aos grupos mais vulneráveis. Isto porque é convicção das autoridades que as unidades designadas Postos e Centros de Saúde e Centros de Saúde de Referência, em colaboração com os hospitais de primeira linha para referênciação, poderão dar resposta a mais de 90% da procura de cuidados. ^(F16)

Para este efeito, foram definidos, num enquadramento de cuidados Preventivos e Curativos, um conjunto de serviços básicos, que são constituídos pelos: Cuidados pré-natais e Cuidados ao parto; seguimento da gravidez de alto risco; Cuidados pós parto; serviços de planeamento familiar; Plano Nacional de Vacinação; vigilância do desenvolvimento e saúde da criança; assistência em ambulatório de pessoas com doenças agudas (malária, doenças diarreicas e respiratórias, sarampo, poliomielite, infeções por transmissão sexual), assim como algumas doenças crónicas (Hipertensão arterial, Tuberculose, Diabetes).

No capítulo da prevenção, afirma-se como componente básico dos serviços de saúde, um forte investimento na informação e educação para a saúde, por forma a permitir que a população tenha dados que favoreçam e estimulem a mudança de comportamentos e a minimização do efeito das doenças.

Com base nestes pressupostos, espera-se que, globalmente, num centro de saúde de referência / Hospital Municipal, se prestem serviços preventivos e curativos, mas também, que se avalie o estado da saúde da população por forma a assessorar as autoridades sanitárias da respetiva área de saúde, no planeamento administrativo e funcional da mesma. Esta unidade, é ponto de referência para outras unidades, no capítulo das situações de emergência, mas também nos exames complementares de diagnóstico que aqui podem ser efetuados; gere a atividade sanitária da sua área e desenvolve atividades de promoção da saúde, assim como

iniciativas de formação permanente para todos os profissionais; efetua vigilância epidemiológica, na sua área de influência e promove permanente melhoria dos cuidados, com especial destaque para a área de saúde materno infantil. Aqui é efetuada, igualmente, a gestão de medicamentos.

No âmbito da área de saúde em que se insere, colabora no ensino de enfermagem disponibilizando lugares de estágio para estudantes. Dada a sua maior diferenciação técnica, colabora na supervisão das outras unidades de saúde. ^(F16)

Os postos de saúde são estruturas mais reduzidas, das quais se esperam serviços de promoção da saúde, mas também serviços curativos, no âmbito da atenção primária. Pela proximidade com as populações, podem desenvolver visitas domiciliárias e colher dados epidemiológicos. Aí se procede, igualmente, à gestão de medicamentos. Os postos de saúde funcionam assim, como o nível mais básico e próximo da população, do Serviço Nacional de Saúde. ^(F16)

Em termos globais, em Angola, a rede de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde é, oficialmente, constituída por **2.356 unidades sanitárias**, sendo 1.650 postos de saúde, 331 centros de saúde, 43 centros materno-infantis, 165 hospitais municipais, 25 hospitais provinciais, 20 hospitais centrais e 122 unidades não tipificáveis. ^(F3)

As denominações de Centros de Saúde ou Hospitais Municipais, em geral, não correspondem sempre à complexidade dos mesmos. Um Centro de Saúde municipal (também designado Centro de Saúde de Referência ou Especializado), pode ter mais camas do que um Hospital Municipal, observando-se falta de cumprimento das regras normalizadas de construção, equipamento e organização, existentes. Os Centros de Saúde em funcionamento são escassos, tendo em conta todo o território e encontram-se concentrados em áreas urbanas. ^(F2) Cabe, mesmo assim, destacar que, globalmente, mais de 86% das unidades sanitárias são unidades de proximidade. Os hospitais municipais, provinciais e centrais, embora integrados nas comunidades, são planeados para prestar assistência a populações mais amplas, de acordo com a respetiva tipologia, constituindo cerca de 9% dos equipamentos de saúde. ^(F3) Este facto permite-nos suportar a noção, de que é essencial conhecer e compreender as competências e atribuições dos

equipamentos de saúde de tipologia menos diferenciada, pois é aí que se realiza o primeiro e, muitas vezes o único, cuidado às pessoas em necessidade.

Os Cuidados para a mãe e criança, nas unidades de primeiro nível (Postos de Saúde; Centros de Saúde e Hospitais Municipais), no que respeita ao apoio ao Parto e pós-Parto, apresentam-se discriminados segundo orientações do Ministério da Saúde de Angola, e constituem um referencial essencial, para conhecer a forma como se encontram definidas, para as diferentes unidades de saúde, dos diferentes níveis assistenciais e administrativos, as fronteiras da sua atuação. ^(F10; F11)

Assim, e com especial foco na área da Saúde Materna e Neonatal, identifica-se:

- **Parto de rotina – Posto de Saúde**

Esta unidade deve estar capacitada para: efetuar pesquisa de HIV, através de Teste Rápido; administração de terapêutica antirretroviral protocolada, em caso de mãe HIV+; controlo dos sinais vitais de mãe e do feto; acompanhamento, excecional, do trabalho de parto, caso não haja tempo ou condições para transferência para a unidade de referência; efetuar a ressuscitação básica e prevenção da hipotermia do RN; promoção do aleitamento materno e envolvimento da família. ^(F11)

- **Parto de rotina – Centro de Saúde**

Para além do estipulado para o Posto de Saúde, deve-se: controlar o trabalho de parto, com o Partograma; efetuar o manuseio efetivo do período expulsivo; realizar a episiotomia (SOS) e respetiva episiorrafia; proporcionar cuidados essenciais ao RN e eventual ressuscitação; efetuar a revisão do canal de parto e correção por sutura, das eventuais lesões. ^(F11)

- **Parto de rotina – Hospital Municipal**

A Nível do Hospital Municipal, adiciona-se a competência para o parto distócico e o tratamento da dificuldade respiratória do RN. ^(F11)

Quanto à abordagem da **hemorragia pré parto**, os Postos de Saúde, devem providenciar a rápida transferência e evitar efetuar Toque Vaginal. Nos Centros de Saúde, deve assegurar-se a existência de acessos venosos eficazes, tratar o Shock,

caso ocorra e, transferir para unidade de saúde com condições cirúrgicas, mobilizando, em simultâneo, junto da família, eventuais dadores de sangue. ^(F11)

Em situação de **Eclâmpsia**, com convulsões, dever-se-á, a nível de Posto de Saúde, providenciar a transferência, prevenir a bronco-aspiração, manter vias aéreas permeáveis e prevenir o traumatismo. No Centro de Saúde, está também preconizada a transferência para Hospital, salvo se o parto estiver iminente. Deve assegurar-se vias venosas permeáveis, a permeabilidade das vias aéreas e a administração de Sulfato de Magnésio, segundo protocolo. ^(F11)

A **hemorragia pós-parto**, sendo a principal causa de mortalidade materna, em África e, especialmente em Angola, constitui causa de grande preocupação e razão das indicações dadas às unidades de saúde de primeiro nível.

Assim, os Postos de Saúde deverão estar capacitados para: distinguir a hemorragia perigosa, relativamente à hemorragia puerperal normal; providenciar vias de acesso venoso; fazer compressão uterina bimanual, externa; administrar Misoprostol por via retal. Os Centros de Saúde, deverão para além disso, administrar Oxitocina e se não ocorrer a expulsão espontânea da placenta, fazer a remoção manual da mesma. Fazer massagem uterina externa e colocar o bebé à mama. Deverá existir pessoal capacitado para fazer a manobra de compressão externa da artéria abdominal; para suturar lacerações e episiotomia; para efetuar a algaliação e para administrar a primeira dose de antibiótico. Quando existam lacerações do colo, ou lesões altas da vagina e, caso a placenta não seja expulsa ou a hemorragia não pare em 30 min., deve ser providenciada a transferência para um hospital com valência cirúrgica. Nesta unidade de referência, serão desencadeados os protocolos relativos à situação de hemorragia. Poderá iniciar-se transfusão sanguínea e/ou dar-se início a procedimentos cirúrgicos. ^(F11)

Constata-se assim que as autoridades sanitárias a nível central, estabelecem um conjunto mínimo de competências que servem de referencial para as diferentes unidades de saúde, em todo o território nacional, no que diz respeito à vigilância do Parto. ^(F11; F16)

De uma forma global, no **Posto de Saúde**, são essenciais as habilidades para: manuseio do parto normal; realização de exame pélvico; utilização de registos

escritos; referência adequada e atempada; realização da compressão bimanual externa; canalização de vias venosas periféricas; proteção do períneo, para prevenir as lacerações; remoção manual de restos placentares na cavidade uterina; revisão do canal de parto; administração de Misoprostol. ^(F11)

Preconiza-se que o **Centro de Saúde** esteja capacitado para concretizar todos os procedimentos levados a cabo nos Postos, e ainda para: prevenção e tratamento de Shock; administração de qualquer terapêutica, por via IM ou IV; aplicação de medicação ARV segundo protocolo nacional; suturação de lacerações da região alta da vagina e colo do útero; apoio adequado na terceira fase do trabalho de parto (oxitocina – tração e clampagem, adequadas, do cordão umbilical); aplicação de sonda vesical; remoção manual da placenta; entubação naso gástrica; uso de fórceps e ventosas. ^(F11)

O **Hospital municipal** deverá estar munido das condições técnicas e humanas que lhe permitam, para além do preconizado para o Posto e o Centro de Saúde, avaliar as incompatibilidades feto-pélvicas; realizar ecografia e CTG; proceder a intervenções cirúrgicas adequadas à situação (nomeadamente cesariana); efetuar reanimação fetal in útero; efetuar transfusões sanguíneas. ^(F11) O MINSA publica, igualmente, a listagem de equipamentos e material especial a fazer parte de cada unidade sanitária, em função da sua classificação.

Para abordar as situações de pós-Parto, as unidades de saúde devem considerar procedimentos a partir das competências que lhes são acometidas. Assim:

- **Pós-Parto – Posto de Saúde**

Nesta tipologia, processam-se os cuidados de menor complexidade, quando não estejam em jogo, alterações do puerpério. É o ambiente apropriado para efetuar diversos ensinamentos que visem adaptar as mães e famílias à função maternal e aos cuidados ao RN. Assim, é suposto que se proceda a: promoção do aleitamento atempado (na primeira hora após o parto) e como forma exclusiva de alimentação até aos 6 meses; adaptação da mãe à amamentação, com ensino das técnicas corretas; prevenção do ingurgitamento mamário e identificação de situações de

abcesso mamário (a referenciar) ; ensinamentos sobre higiene e alimentação da mãe e do RN; promoção do cumprimento do PNV; ensino sobre os cuidados com o coto umbilical; testagem do VIH, caso a mãe não apresente o resultado de teste antes efetuado; desenvolvimento do protocolo com medicação ARV, caso o teste VIH seja positivo. Porém, enquanto “primeira linha” de acesso das populações à saúde, o Posto de Saúde deverá ter, nos seus elementos, preparação adequada, a fim de identificar situações de risco, nomeadamente Sepsis puerperal, hemorragia pós-parto e anemia, agindo em função do protocolo de referência. Globalmente, espera-se que o Posto de Saúde se constitua como um recurso acessível, onde se possa encontrar informação adaptada às necessidades da população, mas também onde se possam detetar situações de perigo, efetuar os primeiros cuidados e proceder à referência da pessoa para uma unidade adequada ao tratamento. Neste contexto, torna-se evidente a necessidade de competências na ordem das relações interpessoais e da comunicação. As consultas no período pós-natal, deverão ser organizadas segundo o esquema de vigilância adotado, mas existindo sempre a disponibilidade para acessos extemporâneos. É também o espaço adequado para a discussão dos métodos de planeamento familiar, numa lógica de apoio ao projeto procriativo de cada família. A humanização dos cuidados de saúde é um dos princípios mais evidenciado, pois concebe-se que todo o trabalho de promoção da saúde implica uma aproximação à vida concreta de cada pessoa e família, e à sua intimidade, com estratégias de aconselhamento, por forma a assegurar a sua adesão terapêutica e a eficácia da intervenção. (F10; F16)

No que respeita a complicações do foro sanguíneo, como seja o caso de hemorragia, anemia ou, infecciosas, nomeadamente Sepsis, o Posto de Saúde deve transferir de imediato para o nível de cuidados superior.

- **Pós-Parto – Centro de Saúde**

Os Centros de Saúde são, por definição das autoridades angolanas, unidades menos diferenciadas no ambiente urbano, que prestam serviços preventivos, mas também curativos. Não possuem camas para observação em ambulatório nem para internamento de curta duração. Não têm serviço de urgência, a valência de

ginecologia, radiologia ou consultas de endemias. É, geralmente, apoiado por um pequeno laboratório que realiza exames básicos. São, pois, unidades muito semelhantes aos Postos de Saúde, mas situam-se em meio urbano, ou em meio rural, quando a população abrangida seja da ordem das 75.000 pessoas.

Os Centros de Saúde com maior diferenciação técnica e que disponham de, até 30 camas para ambulatório, ou internamento de curta duração, são denominados Centros de Saúde de referência. ^(F16) Estes, devem possuir características e meios necessários, que lhes permitam a prestação de cuidados de apoio às estruturas de prestação de cuidados de saúde na Área Sanitária respetiva; Laboratório, Serviço de Imagiologia e transporte sanitário e internamento de curta duração, com uma capacidade inferior a 30 camas. ^(F16)

Encontra-se estabelecido que nestas unidades, se deve proceder ao diagnóstico e tratamento de abcessos mamários e outras infeções da mama; que se faça todo o tipo de ações conducentes a uma eficaz amamentação dos bebés, nomeadamente, ensinos e despistagem de alterações mamilares. Acolher e avaliar a situação de crianças e mães referenciadas pelos Postos de Saúde, procedendo, em conformidade com o sistema de referência; acompanhar as situações de mães e bebés expostos a VIH, procedendo com a distribuição da medicação e ensinos referentes à PTV; proceder ao ensino sobre planeamento familiar e distribuição de métodos contracetivos. Tendo em conta a questão das infeções genitais, o pessoal do Centro de Saúde, deve efetuar revisão de canal de parto, por forma a detetar e tratar lacerações ou infeção na episiotomia, assim como identificar e, neste caso, transferir, as situações de incontinência e prolapso. Quando são detetadas situações infecciosas dever-se-á proceder ao controlo das funções vitais, aumentar a ingestão de líquidos e iniciar antibioterapia, segundo o protocolo estabelecido. Mantendo em vigilância, deve transferir a pessoa para o Hospital Municipal ou Geral, se a situação não reverter em 48h. Deverão ser providenciadas análises sanguíneas, e fazer a despistagem de Malária. ^(F10) A abordagem à hemorragia pós-Parto é de extrema importância ao nível de Centro de Saúde, na medida em que tem capacidade para combater situação de Shock. Assim, neste tipo de unidade de saúde, deverá existir capacidade para monitorização de sinais vitais e laboratório

para análises sanguíneas, básicas. É igualmente esperado, que se interpretem os resultados do hemograma e que se promova a administração IV de soros adequados e a mobilização da família para eventual transfusão sanguínea. A transferência para o Hospital Municipal ou Geral, após estabilização, é uma prioridade absoluta.

- **Pós-Parto – Hospital de Referência**

O Hospital Municipal, é a estrutura que desempenha as mesmas funções que o Centro de Saúde de referência, mas possui mais de 30 camas de internamento de curta estadia. Daí que, aqui se considere como Hospital de Referência, o Hospital Geral da rede especializada polivalente. A este nível, prestam-se cuidados mais diferenciados de diagnóstico e tratamento. Possui internamento, para além das 72h. ^(F16) As situações que no pós-Parto, para aqui podem ser referenciadas e tratadas, dizem respeito ao tratamento médico e cirúrgico de abscessos mamários; tratamento de situações de Sepsis e infeções genitais, associadas ao pós-Parto; abordagem dos casos de malária complicada; realização de transfusões sanguíneas ou de Hemo derivados; tratamento cirúrgico do prolapso; abordagem cirúrgica da hemorragia anormal do puerpério e remoção de restos placentares, assim como de todas as situações que necessitem uma abordagem cirúrgica convencional. ^(F10)

3.1.4. Angola e a gestão política e administrativa da Saúde

Angola possui diversos documentos prospetivos que procuram formalizar a identificação dos problemas na Saúde e das linhas de rumo para a sua resolução, num quadro de futuro mais ou menos longínquo. A nível nacional destaca-se a "Estratégia a Longo Prazo - Angola 2025", que procura constituir uma resposta multidimensional e sustentável, aos grandes desafios que se colocam ao país, também no âmbito da saúde. Desta orientação, continuam a depender, os planos operacionais, ainda generalistas, que se vão sucedendo ao longo dos anos. Assim aconteceu com os Planos Nacionais de Desenvolvimento de 2009-2011, 2013-2017 e com o Plano de Desenvolvimento Nacional 2018-2022.

O Estado angolano evidencia uma crescente consciência da magnitude e especificidade dos problemas relacionados com a saúde da população. Isto pode constatar-se através da leitura dos sucessivos Planos Nacionais de Desenvolvimento (2013-2017) ^(F180) e (2018-2022) ^(F6) e da importância concedida a este problema. No primeiro Plano, as questões da saúde são pouco evidenciadas, no que respeita à priorização e abrangência de medidas efetivas. De notar que, tanto no *elencar das Fraquezas Críticas e Principais Potencialidades a Nível Sectorial*, um indicador aí desenvolvido, como nas prioridades do Estado, a saúde e as áreas sociais, em geral, são subalternizadas relativamente ao setor económico e ao das infraestruturas. Quando se refere aos principais resultados relativos aos períodos anteriores, assinala que no plano de 2009-2011, evidenciava exclusivamente, o número de casos registados, relativamente a sete situações de doença; a malária, as doenças respiratórias agudas, as doenças diarreicas agudas, a febre tifoide, a tuberculose, a Sida e a Cólera. Em todas essas patologias se constatava um significativo aumento do número de casos, entre 2009 e 2011, sem que o facto mereça qualquer outra consideração no que respeita ao seu enfrentamento. ^(F180)

De uma maneira geral, conclui-se que, neste planeamento de 2009, as principais orientações para o desenvolvimento, já haviam privilegiado os setores económico e produtivo, e das infraestruturas. Em lugar de menor destaque, assinalam-se orientações para os setores sociais, nos quais, a Saúde se vislumbra em três rumos estratégicos: *i) a municipalização dos Serviços de Saúde, ii) a existência de mapas sanitários a nível provincial e, iii) a melhoria das condições de vida das populações*, através das ações de saúde preventiva e de educação para a saúde. ^(F180)

De assinalar que em 2017, ocorreu uma mudança do Governo da Nação, que se sucedeu ao processo eleitoral de 23 Agosto de 2017. ^(F12)

Neste enquadramento de um novo governo, quando conhecemos o Plano de Desenvolvimento Nacional de Angola, 2018-2022, é possível constatar uma profunda diferença nos pressupostos, nomeadamente no que concerne ao reconhecimento de uma insuficiente evolução no campo da saúde e uma concreta determinação em implementar medidas realistas de promoção do bem-estar das

peças. Pode constatar-se tal facto, através da identificação das prioridades do Estado Angolano. Estas, apresentam-se agora organizadas em torno de seis eixos estratégicos que se desdobram em Políticas, que se traduzem em Programas de Acção. E, o primeiro eixo coloca em evidência as Pessoas. É o **eixo da População**, onde podemos confirmar diferenças substanciais na orientação estratégica da intervenção do Estado. É, aliás, claramente afirmado que o Eixo 1 é a dimensão central de todo o Plano de Desenvolvimento. ^(F6)

Nesse **Eixo 1**, em posição de relevo, encontramos a Política da Saúde, trazendo à primeira linha de prioridades, a melhoria da assistência médica e medicamentosa; a melhoria da saúde materno-infantil e da Nutrição; o combate às grandes endemias, enquadrado no espírito dos Determinantes Sociais da Saúde; e o Reforço do Sistema de Informação Sanitária e Desenvolvimento da Investigação em Saúde. Por outro lado, constata-se, subjacente a este mesmo documento, uma diferente filosofia no que respeita à determinação de políticas e orientações operacionais. Isto observa-se na assunção de que o anterior Plano (2013-2017), havia sido elaborado de forma relativamente centralizada, ou seja, sem o necessário envolvimento das estruturas locais (Governos Provinciais e Municípios). Assim, a elaboração do Plano de 2018-2022, foi, segundo o próprio documento, precedida de reuniões com os governos Provinciais e outras estruturas locais de actividade económica e social, que visaram fomentar a apropriação e o sentimento de pertença por parte destes agentes sociais, estruturas mais próximas das realidades e, conseqüentemente, mais operacionais, das grandes linhas de actividade do Estado, bem como das suas opções fundamentais. ^(F6)

Entende-se aqui, a busca de uma maior proximidade com a realidade sociocultural, uma procura de conhecimento das reais condições dos problemas e, de forma geral, dos factores condicionantes da vida dos cidadãos, como condição prévia à concepção de políticas e programas de intervenção, simultaneamente pertinentes e exequíveis. É uma opção que nasce da realidade de um território muito vasto, culturalmente heterogéneo, com inúmeras localidades dispersas, e onde as configurações sociais são coerentes com a geografia. ^(F6)

O Estado Angolano manifesta reconhecimento destas condicionantes e havia já inscrito no PND 2013-2017, um diagnóstico objetivo da situação sócio sanitária do país, quando assinalava que Angola apresentava grande escassez e distribuição assimétrica de recursos humanos qualificados, insuficiente cobertura sanitária e dificuldade na manutenção das unidades de saúde existentes. Eram persistentes elevadas taxas de mortalidade materna, infantil e infantojuvenil, assim como, elevado nível de malnutrição em menores de 5 anos. Continuava a constatar-se uma alta incidência de doenças crónicas não transmissíveis, infecciosas e parasitárias, com destaque para as grandes endemias, doenças respiratórias e diarreicas bem como a persistência de surtos de Cólera, Raiva e Sarampo. Coexistiam com acentuadas dificuldades no Sistema de Gestão de Saúde e com um inadequado modelo de financiamento. ^(F180)

Neste contexto, será lícito afirmar que uma das importantes decisões relativas à saúde em Angola reside, de facto, na orientação para os cuidados de proximidade; os cuidados disponíveis junto das comunidades. E, não será aproximar as Pessoas aos cuidados, mas sim, aproximar os cuidados às Pessoas.

Num país tão vasto e sem um real sistema de transportes públicos, esta é uma aposta lógica e decerto bem acolhida pelas populações. A intenção já antes manifestada, em vários documentos estratégicos do Estado Angolano, torna-se no presente, mais robusta, pela respetiva inscrição no Plano de Desenvolvimento Nacional 2018-2022, assim como no PNDS 2012-2025, onde se preconiza que a afetação de recursos nos anos próximos, deverá dar, prioridade absoluta ao primeiro nível de cuidados, ou seja, aos cuidados primários de saúde. ^(F6) Esta será a forma de garantir o acesso, havendo igualmente a convicção da necessidade de que aqui se associe a qualidade, que se traduz, entre outros, no acesso a medicamentos, vacinas e dispositivos médicos. Conjugando esta intenção com a atribuição de responsabilidades de administração às autoridades provinciais e municipais, no que se designou por, municipalização dos serviços de saúde, temos como estratégia, uma nova Visão, provavelmente mais adequada a conhecer e compreender, para poder dar resposta, às necessidades das pessoas,

independentemente da sua localização geográfica e distância aos grandes centros urbanos. ^(F6)

A um nível mais próximo da realidade e, agora, especificamente para a área da Saúde, surge em 2011, o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012-2025, que é elaborado por uma comissão multissetorial criada pela Presidência da República e coordenada pelo Ministro da Saúde.

O PNDS 2012-2025, contempla objetivos que procuram enfrentar os sérios problemas vividos pela população, no domínio da saúde, destacando algumas vertentes a privilegiar, como sejam: a questão da qualidade na prestação de cuidados de saúde; a rentabilização das estruturas e recursos humanos como elementos fulcrais nos cuidados a nível comunitário; a melhoria da organização e gestão do Sistema Nacional de Saúde; o esforço no enfrentar os Determinantes Sociais da Saúde e; a melhoria dos indicadores de mortalidade materna e mortalidade infantil. ^(F3)

A estratégia para a concretização deste plano orientador da política de saúde, traduz-se no elenco de 9 Programas, subdivididos em 20 Subprogramas, por seu lado, traduzidos em 47 Projetos. Os programas colocam foco nos temas, 1) das doenças, 2) da articulação entre os diferentes níveis de assistência à saúde, 3) da gestão e desenvolvimento dos recursos humanos da saúde, 4) da investigação em saúde, 5) da gestão e ampliação da rede sanitária, 6) da gestão farmacêutica e dispositivos médicos, 7) do desenvolvimento dos sistemas de informação em saúde e gestão sanitária, 8) do desenvolvimento do quadro legal e institucional do setor da saúde, e 9) do financiamento e gestão financeira do SNS.

Prevê-se que este plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, possa servir de referência e orientação para todas as ações formais, relacionadas com a saúde em Angola. Neste sentido, preconiza-se o envolvimento de todos os parceiros, nomeadamente das autoridades provinciais e municipais, numa lógica de descentralização, sem, no entanto, comprometer a responsabilidade do Ministério da Saúde de Angola ao qual devem ser submetidos para orientação e validação, os planos estratégicos operacionais. Desta forma se pretende assegurar que os

serviços centrais do estado zelem pela qualidade e equidade das intervenções em saúde, em todo o território nacional. ^(F3)

A importância concedida a este processo de desenvolvimento da assistência sanitária, em Angola, está espelhada na composição da Comissão Multissetorial, nomeada pela presidência da República e coordenada pelo Ministro da Saúde, na qual têm assento os Ministros, das Finanças, do Planeamento e Desenvolvimento Territorial, Urbanismo e Habitação, Construção, Justiça, Administração do Território, Assistência e Reinserção Social, Ensino Superior e, Ciência e Tecnologia. ^(F3)

Trata-se de uma abordagem muito abrangente, não só em termos de focos de intervenção, como também em termos do horizonte temporal em que decorre. Não obstante a participação multifacetada, nesta Comissão, destaca-se que os projetos são predominantemente centrados em diferentes doenças que, pelo seu impacto e prevalência, condicionam a intervenção com base em projetos mais abrangentes. Independentemente da maior ou menor dificuldade em operacionalizar este grande Plano, importa destacar que todo o seu conteúdo se constitui como um valioso e insubstituível referencial para todas as iniciativas internas ou para as resultantes de processos de cooperação. É sob as linhas mestras traçadas pelos responsáveis do país, que devem desenvolver-se dinamismos de mudança, de inovação ou de avaliação. ^(F3; F4)

3.1.5. Os Recursos Humanos da Saúde

Os recursos humanos são um dos elementos determinantes em qualquer sistema de saúde. São relevantes e essenciais na produção de cuidados e na forma de utilização dos serviços de saúde. E esta sua relevância é ainda maior em contextos de ausência de meios técnicos estruturais. Aqui, os Recursos Humanos constituem-se, eles mesmo, em recursos únicos dos cuidados de saúde. Por esta razão, a sua existência, formação e produtividade, são variáveis-chave na análise da situação do sistema Nacional de Saúde de qualquer país. ^(F3; F15; F18)

Angola atravessou um processo social de conflito armado durante, praticamente, 40 anos; primeiro na vertente da conquista da independência, face aos

colonizadores e, depois, numa confrontação interna, generalizada, entre grupos partidários, com o objetivo de conquista do poder. Este conflito condicionou, de forma ainda não totalmente conhecida, a vida e as diferentes estruturas sociais, de entre as quais se destaca, a estrutura de assistência sanitária. As estruturas, os profissionais de saúde e as lógicas assistenciais enraizadas na matriz cultural do colonizador, deixaram de ser adequadas face à nova realidade sociopolítica e, nomeadamente, face a uma situação de guerra. Em ambiente de conflito, os recursos humanos da saúde, surgiam amiúde, como fruto de circunstâncias, e asseguravam como era possível, as necessidades dos cidadãos. Oportunidade, Coragem e Caridade, seriam os grandes e principais fatores motivacionais, para os “recursos humanos da saúde”, que auxiliavam pessoas em necessidade.

Tendo, embora, atingido o desejado clima de paz social, em 2002, os efeitos da guerra e de tal estado dos serviços assistenciais, continuaram, como seria expectável. As autoridades angolanas demonstram ter clara consciência desse facto e dos desafios colocados. (F3; F9)

Desde 2002, o esforço pela organização do conjunto dos recursos humanos para a saúde, tem sido assinalável, embora subsistam enormes ameaças. Assistiu-se a uma proliferação de instituições formadoras de Quadros Técnicos, nomeadamente de enfermeiros. Isto, associado a uma falta de planeamento; poucos docentes qualificados; escassas estruturas formativas de carácter assistencial e, deficientes equipamentos técnicos, resultou num aumento do número de profissionais que ocupam lugares de atividade formal sem, contudo, deterem a necessária e adequada componente de conhecimentos científicos, de competências técnicas e, não menos destacável, de qualidades humanas. (F1; F15; F18)

Associam-se a esta situação, as questões das assimetrias no que respeita à colocação de Técnicos e à disponibilização dos cuidados de saúde. Segundo números do Ministério da Saúde de Angola, 45% da população angolana, reside em meio rural e, apenas, 15% dos recursos humanos da saúde, se encontram colocados nessas áreas. Não existe um conhecimento formal e centralizado das características demográficas e sócio profissionais dos trabalhadores da saúde. São, na sua maioria,

as mulheres quem ocupa estas funções, o que reforça a dificuldade de colocação, em locais longe das suas residências, quando se considera o papel determinante da Mulher na sociedade angolana, em toda a gestão da dinâmica familiar, e se conhece a elevada taxa de fertilidade.

Este conjunto de circunstâncias, onde se constata a existência de um Sistema de Saúde quase totalmente dependente de Recursos Humanos básicos, nomeadamente Enfermeiros, leva a que a maioria das decisões clínicas sejam tomadas por pessoal com escassa formação específica. Pode afirmar-se que neste quadro, o sistema de saúde, no seu todo, embora composto por diferentes áreas técnicas, depende quase exclusivamente de enfermeiros que são quadros técnicos básicos com formação técnico-profissional. ^(F15)

É, no entanto, muito evidente a falta de competências e de dinamismos de formação permanente, dos recursos humanos que se encontram em exercício, bem como dos quadros de gestão das unidades de saúde. Acresce que as formações proporcionadas, por vezes apresentam conteúdos descontextualizados, tanto da realidade angolana, como do nível de preparação base dos participantes. Todo este quadro se torna mais relevante, quando falamos das unidades de saúde localizadas no interior do território. ^(F1)

Destaque-se que os Recursos Humanos de Enfermagem em Angola, possuem formações muito diversas, sendo que na sua maioria possuem **Cursos Técnicos de Enfermagem**, que podem originar, ou **Auxiliares**, ou **Técnicos de Enfermagem**.

A formação superior, a nível de licenciatura, é relativamente recente, e é levada a cabo em Institutos Superiores Politécnicos. Os enfermeiros que obtêm esta formação, designam-se Enfermeiros Técnicos Superiores e estão quase totalmente localizados nos centros urbanos.

A própria **carreira de enfermagem**, aprovada pelo Decreto Presidencial nº254/10 de 17 de Novembro, que se integra no regime do pessoal técnico, contempla de forma conjunta, os auxiliares de enfermagem, os técnicos de enfermagem, e os técnicos superiores de enfermagem. No espírito e no texto da Lei, os auxiliares possuem formação conferente do diploma de auxiliar de enfermagem, obtido em

estabelecimento autorizado. Já o Técnico de Enfermagem deve ser detentor de diploma ou certificado, de Técnico de Enfermagem, conferido por instituição de ensino técnico-profissional. O denominado Técnico Superior em Enfermagem, é aquele que obteve Diploma ou Certificado de Bacharelato ou de Licenciatura em Enfermagem, em instituição de ensino superior. ^(F13)

Estrutura indiciária do Regime da Carreira de Enfermagem				
Grupo de pessoal	Nível	Categoria	Índice	
Técnico superior	5.º	Especialista em enfermagem	900	
	4.º	Licenciado em enfermagem de 1.ª classe ...	840	
		Licenciado em enfermagem de 2.ª classe ...	760	
		Licenciado em enfermagem de 1.ª classe ...	680	
		3.º	Bacharel em enfermagem de 1.ª classe	540
	Bacharel em enfermagem de 2.ª classe		480	
	Bacharel em enfermagem de 3.ª classe		420	
	Técnico de enfermagem	2.º	Técnico de enfermagem especializado	420
		1.º	Técnico de enfermagem de 1.ª classe	380
Técnico de enfermagem de 2.ª classe			350	
Técnico de enfermagem de 3.ª classe			260	
Auxiliar		Auxiliar de enfermagem de 1.ª classe	200	
		Auxiliar de enfermagem de 2.ª classe	160	
		Auxiliar de enfermagem de 3.ª classe	120	

Figura 11 - Estrutura de Categorias e Índices de Enfermagem em Angola ^(F13)

No que respeita aos médicos, os números oficiais apontam para a existência, em 2015, de 4.298 profissionais, sendo este número relativo a nacionais e expatriados. Prevê-se um aumento para, cerca de 15.000, em 2025. Quanto aos enfermeiros, calcula-se a existência em 2015, de 32.177 profissionais, (dos quais 15.615 são auxiliares), perspetivando-se um número total de 95.828, (dos quais 10.857 serão auxiliares), em 2025. ^(F15)

Para além das existências, ou seja, do número de profissionais em exercício no Sistema, como um todo, uma outra variável que se adiciona às dificuldades

estruturais relacionadas com a disponibilidade dos recursos humanos na saúde, é a questão da produtividade. A Direção Nacional dos Recursos Humanos, no seu projeto do reforço dos serviços municipais de saúde para o período de 2013-2025, estima que a produtividade dos técnicos, (sem discriminação profissional), e em minutos médios efetivamente trabalhados, por técnico e por dia, varie entre 29,5 e 116,2. Este facto, que decorre e se associa a, condições de trabalho desfavoráveis, baixa satisfação profissional, elevado absentismo, baixas expectativas no capítulo salarial e dos incentivos, bem como da progressão profissional, deficiente articulação entre as várias estruturas sanitárias, (desde o nível central ao municipal), faz emergir um verdadeiro problema, direta e claramente associado à área da Gestão. A conhecida prática de cobranças ilegais é um pequeno, mas significativo, indicador da disfunção que se pressente, ao nível dos órgãos centrais, relativamente ao Sistema Nacional de Saúde. A competência técnica na gestão, é baixa e constitui-se como um dos focos de atenção para a própria DNRH, e para as administrações provinciais e municipais, mas essencialmente, para cada unidade de saúde, seja Posto, Centro de Saúde, ou Hospital. (F15; F16; F18) Neste sentido, a descentralização da gestão em saúde, pressuposto base da municipalização dos cuidados de saúde, implica novos processos de gestão e administração que deverão passar pela construção de Manuais de Gestão que, em cada unidade de saúde, clarifiquem estruturas humanas e físicas, procedimentos, normas e regulamentos, responsabilidades, instrumentos e procedimentos. (F15; F3)

3.1.6. A Província e a Cidade de Benguela

A partir de 1578, os colonos portugueses fixaram-se na, então denominada, Benguela-a-Velha, perto da cidade de Porto Amboim, na costa ocidental, por forma a iniciarem a exploração da região sul de Angola.

A atual cidade de Benguela, 200 Km abaixo de Porto Amboim, foi fundada em 17 maio de 1617, sendo a segunda cidade mais antiga de Angola. Foi durante cerca de 200 anos, uma região administrada autonomamente. Holandeses e depois Franceses, conquistaram-na, mas voltou sempre a recuperar a sua independência.

Ali nasceu a primeira linha férrea, dos Caminhos de Ferro de Benguela, que foi um meio decisivo na exploração do interior do território. Essa linha, criada no início do séc. XX, atravessava todo o território até à, hoje designada, República Democrática do Congo, num trajeto superior a 1.000 Km. Esta linha proporcionou o aparecimento de outras vilas e localidades do interior de Angola; Ganda, Cubal, Cuma, Longonjo, Lépi, Caala, Bela Vista, hoje Katchiungo, Chinguar, Silva Porto, etc. Benguela ficou assim conhecida como a **“Cidade, Mãe de Cidades”**.

A própria cidade de Benguela, em termos administrativos, define-se como Município, e tem como limites geográficos, a norte, o Município da Catumbela, a sul, a Baía-Farta e o Caimbambo, a sueste, o Bocoio. Comporta 76 Bairros e cinco povoações. Encontra-se dividida em 6 zonas administrativas (zonas A, B, C, D, E, F). A Zona F, onde se integra o Bairro N.ª Sr.ª da Graça, comporta, ainda, Damba Maria, Kawango, Tchipiandalo, Cambajela, Mina, Calomburaco, Palongo e Kendi .

A província de Benguela tem uma população estimada, de 2.600.000 habitantes, sendo que, aproximadamente 70%, se situam nas zonas do litoral, nomeadamente, Benguela, Lobito e Baía Farta. O município de Benguela conta com cerca de 750.000 habitantes. Foi durante o tempo da guerra civil em Angola (1975-2002), destino das populações do interior do país, que aí encontravam refúgio. ^(F181; F182)

3.1.7. A zona “F” e o Bairro de Nossa Sr.ª da Graça

O Bairro de Nossa Sr.ª da Graça, fica localizado na periferia da cidade de Benguela, na região norte, e na denominada Zona “F”, que inclui, para além deste, os bairros da Damba Maria, Kawango, Tchipiandalo, Cambanjela, Mina, Calomburaco, Cavaco, Palongo, Kapilongo e Kendi. A Paróquia da Graça, abrange, assim todos estes bairros, tendo um limite geográfico que se situa até aos 200 km da sede. Abrange uma área de 989km², correspondendo a 47% do território do Município de Benguela. É limitado a norte, pelo Município da Catumbela, a nordeste, pela Comuna do Biópio e o Município do Bocoio, a sul pela zona “D” e “E”, a este, pelo Município do Caimbambo e a Oeste pelo Oceano Atlântico ^(F54; F88; F185)

O Bairro, é uma amálgama de habitações rudimentares, sem qualquer ordenamento arquitetónico ou urbanístico, onde coexistem, casas feitas à base de *Adobe* (material tradicional, composto por argila e vegetação), com outras feitas com recurso a blocos de fibrocimento. Não existem quaisquer estruturas de saneamento básico, nomeadamente água, esgotos ou recolha de lixo. Não existe iluminação



Figura 12 - O interior do Bairro N.º Sr.ª da Graça (F250)

pública e a rede elétrica, apenas existe na periferia do Bairro. A pavimentação é inexistente o que constitui condicionante relevante, pois na época das chuvas, as rudimentares vias existentes, tornam-se intransitáveis, levando, em muitos casos a que os cidadãos fiquem retidos nas habitações. (F88; F185)

Existe um espaço, destinado a trocas comerciais, a que os habitantes chamam o “mercado”. Aí se transacionam todo o tipo de mercadorias e bens; desde o carvão, aos produtos alimentares, vestuário, veículos motorizados, comida confeccionada no

local, animais vivos para consumo, medicamentos e material de uso médico (soluções desinfetantes, soros, sistemas de soro...). ^(OD)

A comunidade é gerida pelo Soba, uma autoridade informal de carácter tradicional, mas reconhecida pela população e pelas autoridades oficiais. ^(F137)

Ao longo dos anos, e fruto da cooperação com a organização católica, portuguesa, “Leigos para o Desenvolvimento”, foi criado o Grupo Comunitário da Graça, uma associação espontânea, inicialmente informal, que congrega representantes de igrejas, escolas, órgãos locais do Estado, estruturas de cuidados de Saúde, bem como autoridades tradicionais, associações culturais, os quais discutem as dificuldades enfrentadas no dia a dia e traçam metas para a resolução. Igualmente se constrói uma agenda de atividades culturais e sócio recreativas. ^(F186; OD)

As carências sentidas pelos habitantes do Bairro N.^a Sr.^a da Graça e, de uma forma geral pelos cerca de 75.000 residentes da Zona F, são imensas e passam pela área da educação (refere-se a falta de cerca de 250 salas de aula do 1º e 2º Ciclos, distribuídas pelos Bairros da Zona) com a construção e eletrificação das mesmas; pela área da saúde, onde se reclama a reconstrução e apetrechamento de 5 postos médicos, existentes, e a construção de mais 6, nos bairros sem nenhum. Numa zona em que cerca de 57% da população tem menos de 18 anos, pede-se ainda a mobilização de meios de transporte e socorro, para situações de emergência, para os Bairros, e o alargamento da possibilidade de internamentos no Centro da Graça. Para além destes equipamentos que a população reclama com urgência, reforçam, ainda, a necessidade de criação de condutas de saneamento, para eliminar os esgotos a céu aberto que, as características argilosas do solo, tornam especialmente perigosos. O escoamento das águas é, aliás um dos principais motivos de preocupação, pois as características pluviométricas, com precipitação média de 446,5 mm³, na época das chuvas, e a proximidade de muitos bairros com o rio Cavaco, que é um rio intermitente, com descargas sazonais, gera inúmeros episódios de inundações devastadoras, com dezenas de mortes assinaladas, em anos recentes.

É uma população com elevados níveis de analfabetismo, que vive, fundamentalmente da venda a retalho, nas margens da estrada ou em mercados

informais, numa economia de subsistência, mas também da agricultura e da pecuária. (F88; F185)

3.2. A descrição do Caso; o Centro Materno-Infantil Nossa Senhora da Graça



Figura 13 - Foto do CMI-NSG - Vista da Igreja da Paróquia de N.ª Sr.ª da Graça (F251)

Contextualizado que está, o Centro Materno-infantil, iremos agora abordar a sua identidade e estrutura, começando pela sua história e, transmitindo posteriormente, informação sobre a atual configuração física e funcional, a fim de proporcionar uma visão longitudinal, completa e fiel, do Caso em estudo.

Para esse efeito e, ao referirmos a contemporaneidade, iremos posicionar-nos no intervalo temporal, que vai de **Junho de 2014 a Dezembro de 2018**, e que corresponde ao período em que contactámos diretamente com o Centro Materno-infantil e aí desenvolvemos atividades de assessoria técnico-científica e pedagógica, assim como atividades de apoio à formação permanente, no âmbito do Projeto “Obrigado Mãe”. Utilizaremos, assim, a observação e a observação participante, enquanto fontes de informação. Tal como refere Yin, a pesquisa é tanto mais enriquecida, quanto mais forem as fontes de dados. (105) Nesse sentido iremos utilizar o resultado das 31 semanas de presença efetiva no CMI-NSG em que tivemos o ensejo de conhecer, observar e participar nos cuidados aí prestados.

Como estratégia de organização de informação, adotamos uma lógica de enquadramento inspirada na trilogia de Donabedian, de Estrutura, Processos e Resultados. (67)

Na **Estrutura**, enquadramos a história do próprio Centro Materno-infantil, a identificação e caracterização dos seus espaços físicos, a forma como está organizado o funcionamento quotidiano, os equipamentos de que dispõe, os recursos humanos que lá exercem funções e os parceiros através dos quais estabelece a sua ligação ao exterior.

Quando abordarmos o **Processo**, iremos clarificar os processos de gestão ligados à atividade assistencial, às alterações proporcionadas pela concretização do Projeto “Obrigado Mãe”, a dinâmica de formação permanente que o Centro desenvolve com os diferentes colaboradores, os métodos e a gestão do trabalho, os protocolos e os procedimentos técnicos associados aos diferentes departamentos, as dinâmicas ligadas à Cooperação, em que englobaremos o que o Centro recebe, mas também o que dá, nessa área.

Os **Resultados**, serão todos os considerados pertinentes; desde os indicadores epidemiológicos possíveis, até uma análise da qualidade na perspetiva da população e em função dos *Standards* da OMS, para a melhoria da qualidade dos cuidados Materno-infantis nas unidades de saúde, bem como a visão dos profissionais do Centro, relativamente às intervenções efetuadas. Neste ponto específico, muito beneficiaremos, pela análise efetuada por profissionais de outras unidades de saúde e que, durante este tempo visitaram CMI-NSG, em diferentes contextos.

3.2.1. História e Percorso Assistencial

O Centro Materno Infantil de Nossa Senhora da Graça (CMI-NSG), foi inaugurado em **9 setembro de 2008**, pelo bispo emérito de Benguela, D. Óscar Braga. ^(F133) A inauguração do Centro foi um momento importante na existência desta resposta em saúde, mas o processo que levou à sua organização começou logo após o fim da guerra civil, em 2002. O então Bispo de Benguela, Dom Óscar Lino Lopes

Fernandes Braga, recebia da população apelos preocupantes, relativos à falta de condições de salubridade, na zona do bairro da Graça. Assim, no âmbito da sua administração pastoral, decidiu criar a paróquia de Nossa Senhora da Graça, sendo que, segundo o seu próprio testemunho, ^(F133), e porque acreditava que as famílias seriam o ponto nuclear da estruturação social do bairro, perspectivava, na ocasião, a criação de uma qualquer estrutura sócio sanitária, que garantisse "*a vida das crianças*", com saúde, e a ajuda às mulheres. O pensamento deste alto dignatário da igreja, teve profundas repercussões, não só na Diocese de Benguela, como em toda a dinâmica de apoio social da Igreja Católica, em Angola. De tal modo, que não se pode deixar de assinalar a sintonia manifestada com toda a sua obra, pelo Papa João Paulo II, quando em 1987, em carta pessoal, lhe cita a encíclica *Gaudium et Spes*, escrevendo, "No centro da preocupação do bem comum está sempre a pessoa humana, com as suas iniludíveis necessidades de ordem social – que vão da alimentação à saúde, da educação ao trabalho, até à participação na vida colectiva – e de ordem moral e espiritual." ^(F183)

D. Óscar Braga, foi o fundador da **Promaica** – Organização das mulheres da Igreja Católica em Angola-, um movimento de carácter nacional que pugna pelo reconhecimento da importância do papel da Mulher, na Família, na Sociedade e na Igreja. Igualmente, fundou a Pastoral da Criança, movimento nacional de promoção dos direitos da Criança, com especial foco na educação, na formação e na saúde. ^(F184)

É neste contexto social, mas também doutrinário, em termos de intervenção social da Igreja, que D. Óscar nomeia o Pároco da Paróquia de N.^a Sr.^a da Graça, Padre HK, e estimula de imediato, a abertura de respostas para algumas das necessidades do Bairro. A primeira foi a organização de um espaço onde se ensinava às mulheres, a prática da costura, no edifício que alberga, atualmente, o CMI-NSG, e que é propriedade da Caritas Angola, sob jurisdição da Diocese de Benguela. A casa, cedida ao projeto social, era onde igualmente residiam as três freiras da congregação das Pobres Servas da Divina Providência, que tomavam a responsabilidade do ensino a viúvas, sobre a produção de algumas peças de vestuário, de ensino aos homens na ocupação de sapateiro, bem como alguns

cuidados a pessoas mutiladas de guerra e portadoras de deficiência. (F136; F138; F148)

Uma dessas Religiosas era também enfermeira, razão por que se manifestou muito desperta para as questões da saúde na maternidade e saúde infantil. (F138; F136)

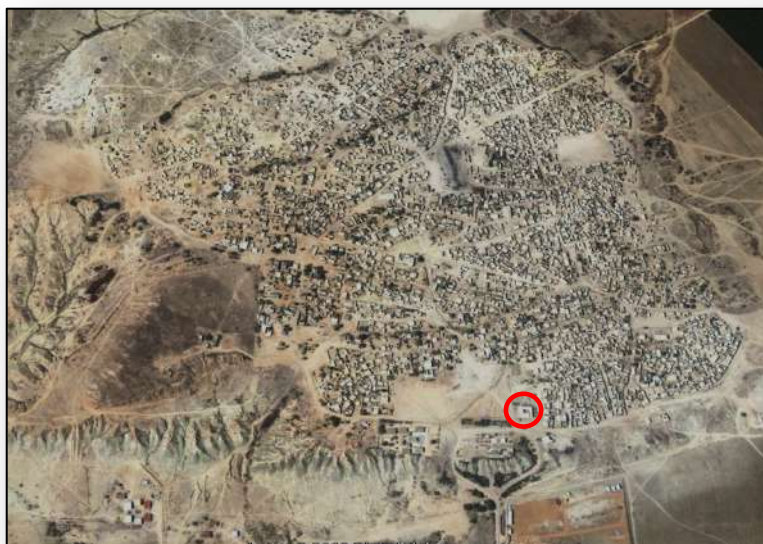


Figura 14 - Vista aérea do Bairro de N.ª Sr.ª da Graça com CMI-NSG assinalado

A Igreja, a residência do Pároco e o edifício do CMI-NSG, ficam localizados na orla do Bairro, próximo das vias de acesso a Benguela.

Era muito conhecido, o facto de que no Bairro, se registavam mortes maternas e de bebés e crianças, em números muito elevados. (F131; F134; F136; F138; F139; F149; F150) Com a força da memória de quem o vivenciou, regista-se que era muito frequente, logo a partir de 2002, que os habitantes do Bairro da Graça, recorressem ao padre da paróquia, como sendo a única entidade que possuía transporte para, em situações de extrema urgência, levar grávidas em trabalho de parto ou mulheres com problemas decorrentes de partos feitos por pessoas não qualificadas, ao Hospital Central de Benguela, unidade Provincial. (F136; F150) Desta forma, para além de participar no socorro bem-sucedido a muitas mulheres e crianças, o padre HK, ficava a conhecer os inúmeros casos em que as mulheres e os bebés, morriam. Isto porque, recorrendo ao auxílio, a meio da noite e em situação extrema, as mulheres reduziam, em muito, as possibilidades de um socorro eficaz. (F51; F131; F136; F149) Era

prática frequente, a população recorrer a todos os meios, com a finalidade de transportar a parturiente ou a mulher com complicações pós-parto, para o hospital, que dista entre 7 a 10 Km, uma vez que é muito difícil, senão impossível a circulação de automóveis no bairro. Quando, às condições naturalmente difíceis, se acrescentasse a chuva ou a escuridão da noite, a mobilidade era praticamente impossível. Daí que, em muitos casos recorriam ao “**Cangulo**” que é o que designa um carrinho de mão, com duas pegas e uma roda, usado no transporte de areia.

(F149)

Na cidade de Benguela, e particularmente no bairro da Graça, encontrava-se, desde 1996, uma organização de voluntários da Igreja Católica Portuguesa, denominada “Leigos para o Desenvolvimento”, aí conhecida por “*Leigos*”. Esta organização, vocacionada para atividades de promoção do desenvolvimento comunitário, integrava uma médica pediatra, portuguesa, a Dr.^a HM. Sensíveis aos relatos e à constatação de muitas situações de morte materna e neonatal, os Leigos, em sintonia com o Bispo, e com o pároco, tomaram a iniciativa de, em representação da Diocese e da Caritas de Angola, apresentar à Fundação Calouste Gulbenkian, em Lisboa, um projeto protocolo de colaboração ^(F160), que permitisse, entre outros pontos, o apetrechamento do CMI-NSG, para possibilitar o desenvolvimento de atividades assistenciais na área da saúde materna e infantil. A Fundação Calouste Gulbenkian, à luz do referido Protocolo, cedeu equipamento básico diverso, para o apetrechamento do Centro, constituído por equipamento completo para uma Sala de Partos, para uma enfermaria com quatro camas, instrumentos de primeiros cuidados em neonatologia e, mobiliário para uma sala de consultas de vigilância da gravidez. ^(F52; F56; F131; F160)

Em 2006, no país, tinha relevante visibilidade e encontrava-se em vigor, o *Plano Estratégico para a Redução Acelerada da Mortalidade Materno Infantil de Angola*, (PERAMMIA). Era clara a consciência das autoridades, de que os números da Mortalidade Materna e Mortalidade Infantil, no país, exigiam uma ação estruturada e prioritária. Até porque as causas dessa situação seriam conhecidas e enfrentáveis a nível de cuidados de saúde não diferenciados, nos Centros de Saúde, nas

comunidades e nas famílias. Daí que, entre outros, o Plano tinha como objetivo estratégico, aumentar o acesso aos Cuidados Primários de Saúde, a toda a população. ^(F19)

Reuniram-se, desta forma, um conjunto de circunstâncias favoráveis, para que o CMI-NSG iniciasse a sua atividade de apoio à saúde da população do bairro. No ano de 2008, mês de Setembro, o Centro Materno-Infantil tornou-se realidade, como resultado de uma parceria operacional diversificada, que traduziu uma visão referencial de trabalho em rede, uma vez que congregava:

- A Diocese de Benguela, na pessoa do bispo que era a entidade promotora e responsável pelo projeto.
- A Caritas de Angola que cedeu o edifício, no qual poderia funcionar o Centro e que, pela sua localização privilegiada, junto das vias de acesso, reunia todas as condições essenciais.
- Os Leigos para o Desenvolvimento que desenvolviam atividades no Bairro, desde 1996, e operacionalizaram o projeto de funcionamento do Centro com a formalização do pedido de apoio à Fundação Calouste Gulbenkian.
- A Fundação Calouste Gulbenkian que, no âmbito do seu *Programa Gulbenkian de Ajuda ao Desenvolvimento*, como resposta ao apelo à Cooperação, contido no PGAD (Programa Gulbenkian de Ajuda ao Desenvolvimento), forneceu o equipamento técnico, necessário para o início do funcionamento.
- A Doutora IM, médica especialista em ginecologia e obstetrícia, de Portugal, que coordenaria o Centro e a organização técnica do serviço clínico a prestar às grávidas e às crianças.
- A Dr.^a HM, que enquanto economista, contribuiu para a consolidação de um modelo de gestão, baseado nas mais atuais medidas contabilísticas e estratégias de gestão de recursos humanos.
- A Paróquia de Nossa Senhora da Graça e o seu pároco, Padre HK, que enquadraram o funcionamento do Centro no bairro, uma vez que o mesmo era contíguo ao edifício da residência paroquial.

- A Organização não Governamental (ONG), *"África não nos pertence"*, de origem italiana, que contribuiu com o equipamento para um consultório de oftalmologia.
- O Governo Provincial de Benguela, através da Direção Provincial de Saúde, (DPS), e da Repartição Municipal de Saúde (RMS), que sancionou legalmente o funcionamento do Centro, de acordo com o art.º 13º do Regulamento das Unidades Sanitárias de Angola, e cedeu material para um Posto de Vacinação a funcionar no Centro. Igualmente cedeu alguns enfermeiros, funcionários do Estado, para trabalhar no Centro, apoiando assim o esforço financeiro.
- A Fundação DT, de Angola, que colaborou fornecendo um projeto de ampliação do edifício e lançando desde logo, uma campanha entre os seus sócios e clientes, com a finalidade de conseguir verbas para uma futura ampliação do Centro.

Este conjunto de entidades conjugadas, entre si, e como resposta à necessidade da realidade social das cerca de 140.000 pessoas na área de influência da Paróquia, gerou uma unidade de saúde que iniciou a sua atividade, em Setembro do ano de 2008. (F16; F52; F55; F56)

É muito evidente que o Centro Materno Infantil N.ª Sr.ª da Graça, possui, desde o seu início, alicerces filosóficos decorrentes da doutrina social da Igreja Católica, vivenciados pelos promotores do projeto, e traduzidos em princípios como humanismo, solidariedade, proximidade, respeito cultural, serviço e promoção da mulher, de entre os quais se destaca a orientação pastoral do Bispo, D. Óscar Braga.

(F133; F134; F125) Mas, os seus dirigentes assumem, igualmente, princípios ligados à boa Gestão, como sejam a disciplina, a responsabilidade, a pontualidade e a ordem. (F52)

Desta forma, e desde o início da sua atividade, em 2008, o Centro funcionou 24 sobre 24 horas, com três turnos diários e serviço de urgência, no que respeita à valência de Maternidade.

Inicialmente, apresentava as valências de: **maternidade** (que compreendia a sala de dilatação, a sala de parto e a sala de puerpério imediato), consulta de **ginecologia**, consulta de **obstetrícia**, atendimento de **pediatria** e **vacinação**. Tinha igualmente

um atendimento de **oftalmologia**, mas com caráter semanal. Existia um pequeno armazém de medicamentos, para uso interno e um pequeno **laboratório** de análises clínicas, onde se efetuavam rastreios de malária e febre tifoide, assim como análises à urina, hemograma e, despistagem da gravidez. ^(F52) Como técnicos, o Centro contava com uma médica ginecologista e obstetra, uma enfermeira supervisora, uma enfermeira parteira, três parteiras tradicionais, uma enfermeira encarregada da sala de partos, um enfermeiro generalista, dois técnicos de laboratório e uma funcionária administrativa / financeira. A maioria das enfermeiras era funcionária do Estado, tendo sido colocadas no Centro por indicação da RMS. ^(F52; F134; F143) Integrava o Centro, igualmente, a Economista, Dr.^a HM, angolana, que chefiava a Secção Administrativa e Financeira, e que, tal como a Diretora Clínica, trabalhava em regime *pro bono*. ^(F55)

Desta forma se regista a adequação da configuração da oferta assistencial do Centro, relativamente ao preconizado no Regulamento das Unidades de Saúde de Angola, ^(F16) onde se estabelece que uma Unidade de Saúde denominada “*Centro de Saúde de Referência*” deve estar preparada para a prestação de Serviços de Apoio no nível de atenção primária, nomeadamente, meios radiológicos adequados, laboratório e meios de transporte, em caso de referenciação e, possibilidade de internamento de curta duração. Como iniciativa privada, embora pertencente à Igreja Católica, os promotores do CMI-NSG, vislumbraram a organização ao nível máximo de prestação de serviços a que poderiam alvejar, em ambiente comunitário. Isto constata-se porque só neste nível se integra a assistência à gravidez e ao Parto, razão estrutural para a construção desta resposta em Saúde. ^(F10; F16)

Para além dos Centro de Saúde de Referência, existem previstos na legislação Angolana, os Centros de Saúde, Postos de Saúde Tipo I e Postos de Saúde tipo II. Nestes três tipos, não existem camas para internamentos, ou salas de assistência ao Parto ou ao Pós-Parto. ^(F3; F10; F16)

Logo no ano de 2008, as orientações técnicas da direção e as normas de gestão do CMI-NSG, começaram a produzir resultados positivos. ^(F56; F97; F137) Observou-se o início da concretização de utilização dos elementos de registo formal da atividade do Centro. Cada setor podia registar todas as atividades desenvolvidas. Podia encontrar-se livros de registo de atividade: da sala de partos; das consultas de Ginecologia e de Obstetrícia; das ecografias; das consultas de Pediatria; dos cuidados de enfermagem (pensos; tensão arterial; injetáveis); das análises clínicas; das vacinas e o livro de registo do stock de medicamentos. No entanto, nem sempre os registos eram efetuados, ou correspondiam à realidade. ^(F56; F134)

Este funcionamento ainda inicial, sem referenciais de ordem prática, sustentava-se naturalmente, na formação científica e na prática de medicina, de muitos anos, da diretora clínica, da organização documental estimulada pela diretora administrativa, das orientações normativas das autoridades de saúde e, pela orientação pastoral do pároco. ^(F134; F135; F136)

Constata-se, no entanto, que existia na intenção dos dirigentes, um pensamento estratégico, em que a unidade de prestação de cuidados, haveria de alargar o seu espectro de intervenção, por forma a tornar-se sustentável e, também, difusora de boas práticas em saúde, por parte de todos os profissionais que ali prestavam serviço. Tal compreende-se pelo conhecimento da existência de, entre outros, um plano para a criação de uma unidade de telemedicina, que proporcionaria a ligação com um centro em Portugal. ^(F56; F134)

Só assim, com uma preocupação de qualidade e rigor científico, poderia o Centro, constituir-se como parceiro preferencial de instituições de Ensino Superior, nomeadamente do Instituto Superior Politécnico Jean Piaget de Benguela, cujas instalações, também se localizavam na orla do próprio Bairro da Graça. ^(F56; F134) Uma vez que o referido Instituto Piaget lecionava o Curso de Licenciatura em Enfermagem, a direção clínica, vislumbrou esse facto como uma oportunidade para que alunos da área de obstetrícia, pudessem efetuar estágios no CMI-NSG. Tal veio efetivamente a ocorrer, após estabelecimento de um Protocolo formal, entre ambas as instituições, em 2013. ^(F159) Posteriormente, o Instituto Superior Politécnico de

Benguela, uma outra instituição de ensino superior da cidade, demonstrou interesse em enviar estudantes, sendo que foi estabelecido um Protocolo Formal para trabalhos de Investigação em Saúde. ^(F168)

Também o estado Angolano, através da DPS de Benguela, demonstra reconhecimento pela atividade do Centro, constituindo-o como um espaço de deteção e acompanhamento terapêutico das pessoas com VIH, o que só ocorre em condições especiais. ^(F56)

Esta atenção que se encontra no CMI-NSG, relativamente às conexões entre a formação e a prática de cuidados, prendia-se com a preocupação relativa à melhoria da qualidade técnica dos funcionários do Centro; não só dos, então, presentes, como dos que iriam, no futuro, integrar a equipa. ^(F134) Revelavam-se, assim, aqueles que se poderão considerar os dois pilares referenciais do projeto; **Cuidados às Mães e Crianças**, traduzido na aposta da diminuição da mortalidade materna e infantil, e **Formação técnico-científica e ética**, como matriz da qualidade assistencial. ^(F27; F52; F53; F56; F88; F134)

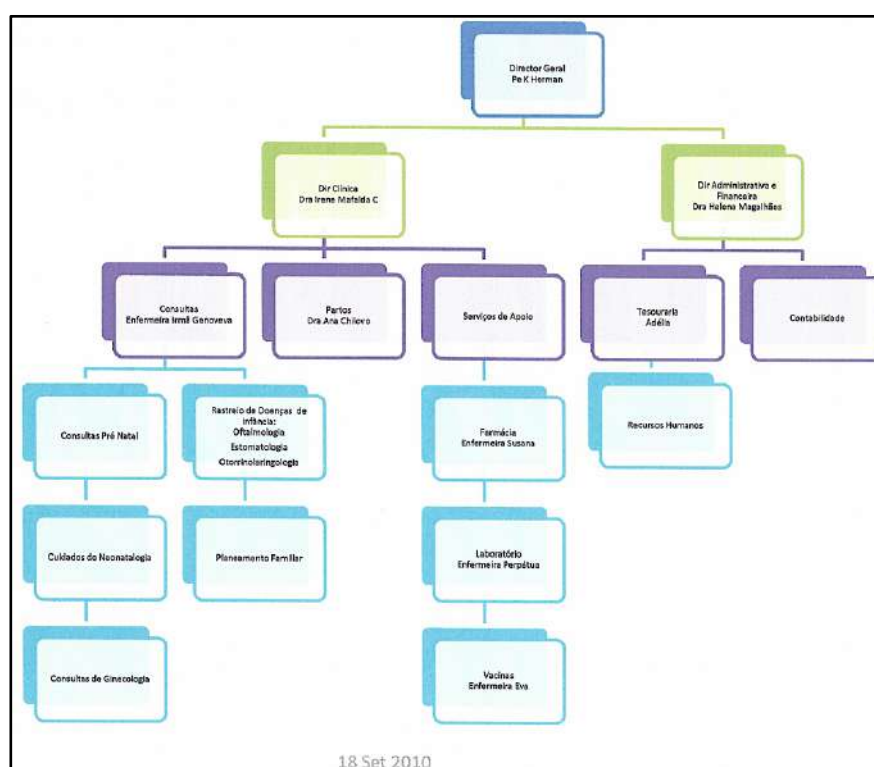


Figura 15 – Primeiro Organograma do CMI-NSG, após o início da sua atividade ^(F55)

3.2.2. A atividade assistencial inicial e a dinâmica organizacional

Entre os anos de 2008 e 2011, o CMI-NSG, revelou de forma clara, a efetiva pertinência da sua existência. De facto, analisando a atividade clínica e assistencial, constata-se que o número de partos aumentou exponencialmente e o número de situações de risco atendidas, foi igualmente significativo. Em 2008, no 2º Semestre, registam-se 38 partos, com 100% de sobrevivência dos RN e Mães e, no primeiro Semestre de 2009, registam-se 124 partos, com 100% de sobrevivência materna e dois casos de morte do filho (1 nado morto e 1 morte neonatal). Contabilizam-se 11 casos de referenciação para o Hospital Geral de Benguela. ^(F53)

Entre os meses de Janeiro e Junho de 2009, foram efetuadas 391 consultas Pré-natais de alto risco, sendo 53 casos por idade inferior a 18 anos da gestante; 37 casos por grande multiparidade (superior a 6 gestações); 6 casos por doença hipertensiva. Foram atendidas, também, grávidas doentes: 103 casos por Malária (Paludismo) na gravidez; 29 casos de portadoras de Infecção sexualmente transmitida; 15 casos de infeção urinária; 148 casos com situações não discriminadas de doença aguda. ^(F53)

Risco associado à Gravidez	Nº casos atendidos no 1º Semestre 2009
Idade inferior a 18 anos	53
Grande multiparidade (+ de 6 partos)	37
Doença hipertensiva na gravidez	6
Malária ativa	103
Portadora de IST	29
Infeção urinária	15
Outras doenças agudas	148
Total	391

Quadro 8 - Distribuição dos atendimentos, pelas situações de risco, no primeiro Semestre de 2009
^(F53)

Ano	Nº Partos
2008	39
2009	343
2010	696
2011	1753

Quadro 9 - Distribuição do número de Partos pelos 4 primeiros anos de atividade
^(F53; F97)

Os indicadores relativos aos atos técnicos, relevantes para a quantificação e para uma apreciação básica da pertinência da atividade assistencial, permitiram afirmar que os promotores do projeto, se basearam numa análise dos factos da realidade

social, que se veio a confirmar. ^(F97; F134; F137) Contudo, se numa primeira fase estes indicadores eram essenciais para afirmar que o projeto era pertinente, eles não anularam diferentes situações problemáticas, de carácter estrutural, que se vieram a revelar ao longo dos primeiros anos. ^(F56; F97 F134; F136)

Não será assim difícil afirmar, em função das várias fontes disponíveis, que todos os promotores acordavam sobre o que respeita aos princípios estruturantes do Projeto CMI-NSG. Apresentavam uma clara consciência dos objetivos do mesmo e das necessidades da população. Mas, uma vez que era necessário passar do plano das intenções para o plano da concretização quotidiana, cedo se começaram a tornar visíveis alguns problemas operacionais, que resultavam de diferentes visões estratégicas e funcionais, para o próprio CMI-NSG. ^(F56; F134; F136)

A diretora clínica, possuía uma formação médica, levada a cabo no exterior, em Portugal, onde havia exercido funções de ginecologista e obstetra durante perto de 30 anos. A conciliação dos seus padrões profissionais com as condições e atitudes de pessoas com diferentes e menos diferenciadas preparações técnicas, era um desafio permanente. As parteiras que trabalhavam no Centro eram, em muitos casos, parteiras tradicionais, com muitas limitações ao nível de conhecimentos científicos e, conseqüentemente, muito carenciadas de formação. Com consciência desta necessidade, a diretora clínica, efetuava a ritmo semanal, sessões de formação em serviço, a fim de ensinar, de uma forma prática, o desenvolvimento de melhores cuidados e hábitos de prática reflexiva. E aí, descreve, surgiram obstáculos ao nível da comunicação. Era necessário estar certa de que entendia corretamente a população e as parteiras e que, estas, também a entendiam a ela.

^(F52; F134) Por outro lado, no início do funcionamento do Centro, constatava-se uma não suficiente reflexão científica, por parte das enfermeiras e parteiras, sobre a questão da qualidade e da organização, subjacentes aos cuidados. O ato técnico, fosse ele qual fosse, era desenvolvido numa lógica de repetição, com demonstração de enraizamento em práticas meramente tradicionais. ^(F56; F134)

Como não existia muita facilidade em encontrar enfermeiros disponíveis para contratação, nem fundos económicos para esse efeito, a capacidade de seleção era naturalmente diminuta. ^(F56; F134) A DPS de Benguela, disponibilizava alguns recursos

humanos para o CMI-NSG, sendo que o respetivo salário era assegurado pelo Estado. Contudo, estes recursos humanos, eram pessoas de idade mais avançada, com hábitos de trabalho muito incompatíveis com a visão que os dirigentes técnicos, teriam para o Projeto e que influenciavam negativamente os colegas mais novos, contratados pelo CMI-NSG, os quais possuíam apenas Cursos Básicos. ^(F56; F134)

Em forma de resumo, podemos dizer que, em 2008, não existiam normas uniformes de intervenção. Não eram efetuados e organizados os processos clínicos. Desta forma, em cada intervenção, o profissional de saúde dispunha apenas da informação fornecida pelo paciente. Era um trabalho muito repetitivo. A afluência elevada de pacientes, favorecia cuidados menos personalizados. Um dos únicos registos, de entre os possíveis, era efetuado no Livro de Partos, no qual se assinalavam os dados da mãe, o tipo de parto, o peso do recém-nascido e o índice APGAR. Posteriormente, foi introduzido um outro livro de registos, relativo às consultas do pré-natal. ^(F56; F134) Havia igualmente livro de vacinas, pois sendo o CMI-NSG, reconhecido enquanto idóneo para vacinação, tinha a obrigação formal de anotar, quais e quantas, as vacinas efetivamente administradas. ^(F134; F139)

No início, como se pode observar na Fig.15, desempenhava a função de diretor-geral do CMI-NSG, o pároco de Nossa Senhora da Graça. Este reclamava a autoria do Projeto CMI-NSG e, logo nos primeiros anos, manifestou-se contra a noção de desenvolvimento sustentado, trabalho interinstitucional em dinâmica de projeto e adaptação permanente, tudo o que havia estado na base da iniciativa e do seu financiamento. ^(F56; F134; F136; F160) Na sua perspetiva o Centro deveria servir unicamente para efetuar a assistência ao parto, sem outras valências no horizonte. Valorizava a “paixão” enquanto condição para se trabalhar numa obra desta natureza. ^(F136) Desta forma, a situação de registo da Instituição na Repartição de Finanças de Benguela, o que permitiria ao Centro ter identificação fiscal e receber verbas de mecenato, nunca foi autorizada pelo pároco. Dessa forma, os eventuais contributos teriam de ser efetuados diretamente para a conta da *Obra do Renovamento Missionário*, instituída pelo mesmo pároco, em 2011. ^(F56) Para assegurar a sustentabilidade, o sacerdote desejava contar, apenas, com o apoio das Irmãs consagradas, uma

enfermeira e outra parteira, e recorrer a doações feitas à Igreja, para esse efeito.

(F136; F138)

Constata-se, no entanto, que os promotores iniciais, apresentavam uma conjugação da perspectiva assistencial, com uma visão de trabalho em rede, envolvendo instituições angolanas e estrangeiras, uma Unidade de Telemedicina, em colaboração com o Instituto Português de Oncologia do Porto, cooperação com empresas angolanas para manutenção e aumento faseado do próprio Centro; a parceria com a Fundação Calouste Gulbenkian, e com instituições de ensino superior com vista a projetos de investigação científica. (F56; F88; F134) O próprio apoio da Fundação Calouste Gulbenkian / Área de Serviços de Saúde e Desenvolvimento Humano, assenta na definição de *Princípios e Orientações do Programa Gulbenkian de Ajuda ao Desenvolvimento na Área da Saúde*, que é impulsionador de dinâmicas de desenvolvimento e não, de projetos assistenciais. No caso em análise, o apoio efetuado, aparece no âmbito do Plano Estratégico de Angola para a Redução Acelerada da Mortalidade Materno-Infantil. (F19; F160)

Eram, portanto, visões algo diferentes. Uma de desenvolvimento contínuo e abertura a novas áreas e formas de intervenção; baseada no pragmatismo de referenciais de qualidade, segundo padrões técnicos consensuais e normas de gestão, orientada por princípios de sustentabilidade económica. Outra, era meramente assistencialista, de curto espectro de intervenção, com uma vertente sócio caritativa e contornos algo subjetivos sobre os serviços a prestar e a forma como seriam prestados e financiados. (F53; F88; F134; F136) Estas diferenças, no que respeita à concretização do Projeto, tendo em conta os diferentes protagonistas, realçam igualmente a evidência da afirmação de protagonismo por parte de quem, sem competências técnicas específicas na área, afirma a autoria e reivindica a condução do Projeto CMI-NSG. (F136)

Uma vez que o Centro era propriedade da Diocese de Benguela e não da Paróquia, existiu uma deliberação do Bispo de Benguela, para a colocação do pároco de N.^a Sr.^a da Graça, numa outra Paróquia, o que se concretizou em 2014. (F136)

3.2.3. A Formação técnica e o desenvolvimento da intervenção

Podemos conceber a situação inicial do Centro, neste capítulo, referindo a existência de: baixo nível de formação dos enfermeiros; a não atualização de conhecimentos; o recurso sistemático a práticas não validadas sob ponto vista científico; a complexidade das situações de saúde; a escassez e inadequação de recursos.

Por outro lado a responsabilidade conferida pelo mandato social, com vista à redução da mortalidade materna e infantil, proporcionava aos responsáveis pelo Centro e pelos cuidados de saúde, consciência real da existência de uma situação muito complexa e delicada.

Tratava-se, de um panorama epidemiológico grave, daquela população, o qualurgia enfrentar e, por outro lado, da ausência dos recursos humanos adequados para essa função, ou da ausência de competências adequadas, nos recursos humanos existentes. ^(F56)

Assim se compreende que tentassem vislumbrar estratégias robustas para enfrentar o problema. A elevada mortalidade materna e infantil reportada, seria um foco de atenção suscetível de melhoria de resultados, somente e sobretudo, na consideração da situação profissional e de atualização técnica e científica, daqueles que seriam os agentes de estímulo à transformação, ou seja, os técnicos de saúde do CMI-NSG. Esta vontade de qualificação e estruturação da atividade era claramente afirmada, por parte da Direção Clínica e Direção Administrativa e Financeira, pela aproximação estratégica à Instituição de Ensino Superior, Instituto Superior Politécnico Jean Piaget, de Benguela, (ISPJPB), que se situa na vizinhança do Centro. ^(F56) Os dirigentes do Centro intuía que, a aproximação institucional ao Ensino Superior, numa ocasião histórica em que se levavam a cabo, os primeiros cursos de nível de licenciatura, em Enfermagem, era uma oportunidade que aparecia como uma parceria mutuamente vantajosa. O Centro poderia desenvolver formação para os seus técnicos, com o suporte científico do ISPJPB, sendo que o segundo poderia utilizar as instalações do CMI-NSG, para efetuar estágios de enfermagem, na área da saúde materno-infantil. ^(F56) No ano de 2009, e ainda no

âmbito do Protocolo com a Diocese de Benguela, foi feito um novo pedido à Fundação Calouste Gulbenkian, do qual resultou que o Centro tenha recebido, um Ecógrafo e um Autoclave, mas também a possibilidade de dois profissionais do Centro, efetuarem estágios em instituições portuguesas, em regime de Bolsa de Estudo. Esses estágios concretizaram-se no Hospital de S. José, em Lisboa e S. João, em Braga. ^(F56; F141)

A questão da formação era especialmente sensível. Não era raro, desde o início do funcionamento do Centro, serem identificadas situações em que os níveis de preparação técnica dos enfermeiros que o Estado havia cedido, fossem manifestamente insuficientes, relativamente às funções e aos padrões que a direção clínica afirmava como indispensáveis. ^(F56; F134) Essa situação radicava, fundamentalmente, no facto de que alguns enfermeiros atuavam, baseando-se em experiências de outros contextos com práticas antigas e desadequadas. ^(F134) O registo formal dos atos clínicos, estava instituído, como prática corrente. No entanto, começaram a ser reportadas situações em que os mesmos não eram efetuados, ou então, efetuados incorretamente, o que comprometia seriamente a veracidade dos relatórios mensais que o Centro tinha e tem, de submeter à Direção Municipal de Saúde de Benguela. ^(F56; F139)

Também ocorreriam situações em que os profissionais não apresentavam os seus certificados de habilitações e eram relatados casos, em que os funcionários pediam dinheiro aos utentes para além daquilo que estava determinado, na Tabela de Preços, aprovada pela direção do Centro. ^(F56)

Constatava-se, de forma global, que a ausência de atualização profissional sistemática e regular, visando a clarificação da natureza e da metodologia dos procedimentos; a sua utilidade para os utentes e para os próprios profissionais, se tornava num ponto de fragilidade e de risco para toda a dinâmica do Centro. Poderia, inclusivamente, colocar em risco, o próprio projeto.

A fiscalização da conformidade com as normas legais aprovadas para as unidades de saúde, por parte da Direção Provincial de Saúde, é uma prerrogativa legal. As ações de fiscalização acontecem sem aviso prévio, incidem sobre todos os aspetos

de funcionamento (desde a área clínica à área da limpeza e manutenção geral), e podem gerar penalizações pecuniárias e, em certos casos, determinar o encerramento das Unidades de Saúde. ^(F16; F163)

De alguma forma este conjunto de situações, começava a colocar em causa a disposição inicial dos trabalhadores, que começavam a temer pela continuidade do seu posto de trabalho. ^(F56)

Assim, foi-se tornando imperioso, delinear uma estratégia institucional de aprimoramento técnico-científico e de afirmação de padrões de qualidade, sem os quais, o Centro correria o risco de não cumprir os seus objetivos, podendo mesmo estar a contribuir para o agravamento da situação sócio sanitária. ^(F134)

Em 2010, pouco menos de dois anos, após o início da atividade, os dirigentes do centro elaboraram um documento que seria, simultaneamente, um relatório de atividades até aí levadas a cabo e, também, um plano de atividades para o futuro.

^(F53; F88; F90) Nele se desenhava uma lógica de desenvolvimento para o Centro, a que se atribuía o nome de **Fase II do Projeto**. O mesmo abrangia a proposta de consolidação, mas também, o aumento das respostas em saúde para a área geográfica de influência do Centro. Tal passava pelo redimensionamento do espaço do edifício; criação de Bloco Operatório de ginecologia e obstetrícia; reforço das consultas de pediatria e de toda a atividade de promoção da saúde no bairro e na Paróquia. ^(F88; F90)

A ampliação do Centro que estava sustentada em projeto de arquitetura, ^(F90) visava aumentar a oferta de cuidados de saúde primários e, também, de cuidados de continuidade e de reabilitação, à população mais carenciada. Tinha como critério, a conformidade com os requisitos legais, por forma a poder equiparar-se a um Centro de Saúde de Referência / Hospital Municipal. Esta classificação estaria dirigida com carácter de prioridade, à área da Saúde materna e infantil, com serviços de apoio ao controle de natalidade e planeamento familiar; cuidados no período pré-natal, com consultas de rotina e de alto risco; assistência ao parto (Eutócico e Distócico), com um bloco de partos e bloco operatório; assistência ao RN, com cuidados de Neonatologia e vacinação; cuidados na primeira infância, com consultas de

pediatria e de apoio ao desenvolvimento infantil. Contemplaria, igualmente, serviço de prevenção de doenças (malária, doenças diarreicas agudas, doenças respiratórias, sarampo, poliomielite e IST); rastreios em saúde infantil nas escolas nas valências de otorrino, estomatologia, ortodontia e oftalmologia e, ainda, um Laboratório de análises clínicas. (F53; F88)

Simultaneamente, assumia-se com elevado destaque, a inclusão de atividades em Saúde relacionadas com a interação e intervenção na comunidade, nomeadamente, campanhas de informação sanitária, educação para a gestão da própria saúde e mudança de comportamento para estilos de vida saudáveis. (F53; F88; F90)

Esta perspetiva de desenvolvimento assentava na constatação da evolução muito significativa da atividade clínica, desde 2009 e, especialmente, no primeiro semestre de 2010. No mês de Agosto desse ano, realizaram-se 139 partos, o que constituía o número mais elevado num só mês, desde o início de atividade. (F53; F97)

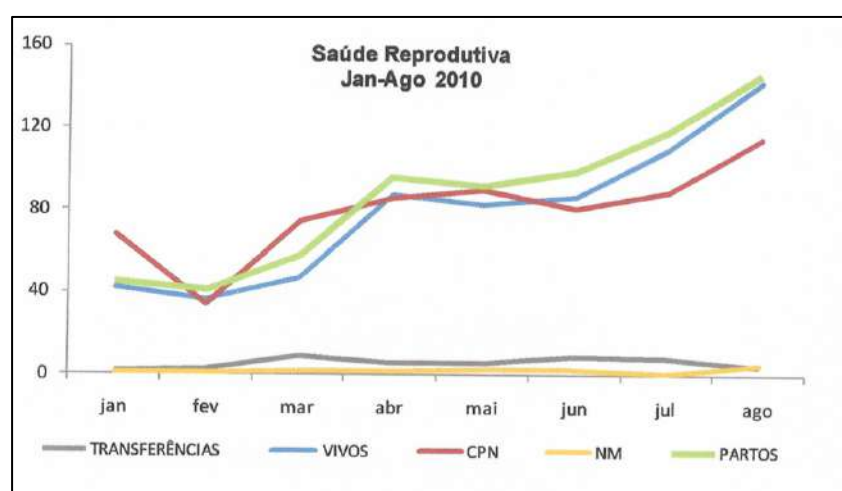


Gráfico 1 - Evolução da atividade clínica nos primeiros 8 meses de 2010 (F53)

A **Fase II do projeto** apresentava-se, de forma bastante mais específica e estruturada, quando comparada com a decisão inicial, de oferecer atividade assistencial às mães e crianças, no âmbito da gravidez, parto e puerpério. Afigura-se como um projeto amadurecido, pelo tempo e pela experiência de contacto e cuidado, a uma população muito específica.

Patenteava uma taxonomia baseada na definição de objetivos; de resultados esperados; de atividades a desenvolver e dos meios necessários. Caracterizava-se como uma forma de suprir as necessidades da população-alvo, não só no capítulo da Saúde materna e infantil, mas alargando a sua intervenção às questões da saúde pública e ambiental; à promoção dos programas de saúde, de origem estatal; à Vacinação; à prevenção, diagnóstico e tratamento de casos de VIH-SIDA, Hepatite B e incompatibilidades sanguíneas. Tudo isto, sem perder o foco, na sua missão primordial de apoio ao Parto, e a tudo o que dele resulta em termos de risco para a saúde. (F53; F88)

Com esta reformulação dos seus objetivos e estratégias, o projeto CMI-NSG, enunciava resultados esperados da sua atividade, tanto a curto, médio ou longo, prazos. Continuava a desejar estar a contribuir permanentemente, para a redução da mortalidade materna e infantil, que era e é, recorde-se, um dos principais objetivos nacionais em Angola, no campo da Saúde. Igualmente se pretendia conseguir promover uma população juvenil, mais informada sobre a gravidez não desejada e a prevenção de DST. Enquadrava na sua atividade, de forma pertinente, na área da saúde escolar, a vertente dos rastreios auditivos, oftalmológicos e dentários. Demonstrava a sua visão comunitária da saúde, ao incluir nos seus resultados a possibilidade de manter em funcionamento um atendimento de 24h e reduzir a deslocação dos pacientes para o Hospital Geral de Benguela, pelo fornecimento de serviços adequados e com igual nível de segurança terapêutica.

(F53; F88) Os meios que o projeto apresentava, focavam-se na reconstrução e alargamento do Centro, com as necessárias adaptações em termos de equipamentos e dotações de pessoal técnico.

Em coerência com o antes enunciado, realçam-se, as parcerias institucionais com a Direção Provincial de Saúde de Benguela, a organização Leigos para Desenvolvimento, a Fundação Calouste Gulbenkian, o Instituto Superior Politécnico Jean Piaget, de Benguela, a fundação DT e a Sonamet, um grupo de Investigação sobre a Malária. (F53; F88;)

Em termos da sustentabilidade, o Projeto, na sua **Fase II**, introduz a questão da comparticipação económica, com o princípio da contribuição mínima, de todos os utentes, à semelhança do que era norma nos serviços públicos. Mas, fica igualmente na expectativa de outros contributos individuais ou institucionais, ao abrigo do mecenato. ^(F53) É manifesto que este Plano para a **Fase II** do Projeto, pretendia captar a atenção de potenciais doadores. O custo do processo de remodelação e apetrechamento, estaria orçado em \$ 4.000.000,00. ^(F53; F56; F88)

Importa realçar que no descritivo deste Projeto de Ampliação do CMI-NSG, está patente e bem evidente, a mesma orientação estratégica inicial, e que dizia respeito à ancoragem institucional, no reconhecimento de idoneidade pelo Estado Angolano, e na associação da assistência clínica de todas as profissões em função no Centro, a sólidas dinâmicas de formação inicial e permanente. Daqui se compreende que se continue a evidenciar a necessidade de “Cursos de Reciclagem”, em obstetrícia e em Pediatria, para médicos e enfermeiros (nacionais e expatriados), assim como cursos para parteiras. ^(F53; F88)

Objetivos para o CMI-NSG (Fase II)	
Geral: Ampliar o Centro de Saúde existente, para que se possa dar assistência em nível de cuidados primários e continuados a população mais carenciada.	
Específicos: . Prestar assistência sanitária individual e coletiva em regime de consultas . Realizar as ações dirigidas à promoção da saúde, Prevenção da doença e reintegração social . Contribuir para a educação sanitária da população . Realizar o diagnóstico continuado de saúde, e executar os programas sanitários . Desenvolver os programas de formação contínua e de treino para o pessoal do próprio centro . Inspeccionar realização de actividades de carácter ambiental que impliquem riscos para a saúde . Realizar cuidados na área da Obstetrícia com a realização de todos os tipos de partos . Efectuar um regime de curto internamento em situações específicas e não complicadas . Prestar serviço de assistência contínua em regime ambulatorio de 24 horas . Coordenar com outras estruturas sanitárias, a prestação de cuidados . Efectuar transporte sanitário com as características elementares para transporte habitantes	

Quadro 10 -Objetivos, Geral e Específicos para a Fase II do Projeto CMI-NSG ^(F88)

3.2.4. A Estrutura Física do Centro Materno-Infantil

O Centro Materno-Infantil N.^a Sr.^a da Graça, funciona num edifício pertencente à Caritas Angola, situado na Orla Oeste do Bairro da Graça, no cimo de uma elevação, que se observa a 200 metros da estrada Nacional 100, que liga a cidade de Benguela à cidade do Lobito, e ao lado da Igreja Paroquial e da residência e Serviços Paroquiais. É um edifício térreo, sem qualquer enquadramento urbanístico. Os acessos são rudimentares e difíceis, com caminho de terra e areia, por onde passam todos os meios de transporte de acesso ao Bairro. No tempo das chuvas, a lama é um elemento permanente e durante a época seca, existe a presença constante de poeira.



Figura 16 - Visualização frontal e aérea do CMI-NSG (F252)

O Centro ocupa um terreno de forma quase quadrada, com uma área bruta de, aproximadamente, 1.275 m². O Edifício principal, também de forma quadrangular, aproveita uma área de 425 m². A área edificada, distribuída pelos vários compartimentos, totaliza 231 m². No centro da edificação, existe um pátio, que liga todas as entradas para as várias salas. Este pátio tem uma cobertura em chapas-telha, que protege do sol e da chuva permitindo, no entanto, a completa circulação do ar. (F90)

Os espaços encontram-se esquematizados na Fig.17 e, estão assinalados com letras, para facilitar a sua identificação e associação às atividades que aí têm lugar.

Temos assim, a **Sala A**, com cerca de 30 m² que é uma sala de apoio à consulta Pré-Natal. Aí se desenvolvem as avaliações iniciais da consulta, (peso, rastreio do VIH, avaliação de Tensão Arterial) e o preenchimento da ficha da Grávida, caso seja a primeira consulta. Esta sala serve igualmente para efetuar reuniões diversas, e ações de formação, quando não ocorrem consultas. É também o espaço onde se armazenam as Vacinas no frigorífico específico.

A **Sala B**, com cerca de 20 m², é a sala de consulta Pré-Natal, onde existe um espaço de atendimento e uma zona de observação obstétrica da grávida.

A **Sala C**, com cerca de 35 m², é a sala das Expectantes, ou seja, a sala à qual as grávidas que estão na fase final da sua gravidez, se dirigem, a fim de serem observadas e lhes ser indicada a fase em que se encontram, no que respeita ao Parto. É o espaço onde as grávidas em trabalho de parto (na fase de dilatação), aguardam a fase expulsiva.

A **Sala D**, com cerca de 25 m², é a sala de Partos, aqui designada Sala de N.^a Sr.^a do Bom Parto. ^(F200) É também nesta sala onde se encontra o autoclave, para esterilização do material e a unidade de receção e reanimação do recém-nascido.

A **Sala E**, com cerca de 8 m², é o armazém de guarda do stock da medicação e material clínico diverso.

A **Sala F**, com cerca de 8 m², foi, durante alguns anos, desde o início do CMI-NSG, a cozinha. Atualmente a sala serve para arrumos de produtos de higiene e limpeza.

A **Sala G**, é o WC, e a zona de lavagem de tecidos em uso no Centro. ^(F158)

A **Sala H**, com cerca de 12 m², é o Laboratório de análises clínicas. No presente, tem anexado, na zona posterior, um contentor com equipamento laboratorial, onde se efetuam os procedimentos técnicos das diferentes análises.

A **Sala I**, com cerca de 18 m², é o espaço de Receção do Centro, espaço para alguns procedimentos administrativos e, também, o local de guarda do arquivo dos Processos Clínicos. Aqui se realiza, também o recebimento dos valores pecuniários associados aos atos clínicos.

A **Sala J**, com cerca de 33 m², é o espaço de atendimento dos utentes pediátricos. Aqui se procede às consultas de pediatria e à Vacinação. É, igualmente, o espaço em que uma a duas crianças podem ficar internadas, em regime de ambulatório. Pode-se, excecionalmente, acolher uma pessoa adulta, em situação de emergência, pois o espaço contempla uma cama de adulto.

A **Sala K**, com cerca de 33 m², é a sala do Puerpério, na qual as puérperas recuperam, no período do pós-parto imediato. Aqui se processa o protocolo da Alta clínica.

As Salas L, M, N e O, são contentores adaptados para que neles se possam desenvolver atividade quotidiana. São posteriores ao início da atividade do Centro.

A **Sala L**, é um espaço administrativo relativo às questões de Recursos Humanos e zona de trabalho da Diretora Administrativa.

A **Sala M**, é a sala de consultas de Ginecologia e Obstetrícia, com espaço de ecografia. É também a sala destinada à Diretora Clínica.

A **Sala N**, é uma zona para um espaço de oftalmologia, mas que se encontra em fase de aguardar o respetivo material, fruto da cooperação com uma ONGD italiana. Este processo encontra-se em curso. ^(F64; F65)

A **Sala O**, é o espaço de cozinha, onde se confeciona a comida para os funcionários. O Centro assume esse encargo, por forma a garantir, pelo menos, uma refeição diária a todos os que ali trabalham. ^(F134)

No espaço periférico ao Centro, mas parte do respetivo terreno, encontra-se junto à cozinha, uma zona de lazer, onde os funcionários tomam as suas refeições.

O Centro não tem abastecimento de água próprio, proveniente da rede pública. Tem um ramal de água, originado da casa do Pároco. Como este abastecimento não é seguro, em termos da sua disponibilidade, existe no CMI-NSG, um depósito de 3.000 litros de água, para funcionar como recurso. ^(F65; F67; F160; F185)

Quanto à rede elétrica, ela cobre, apenas a periferia do Bairro, contemplando o abastecimento ao Centro. Contudo, e dada a grande inconstância verificada no

abastecimento, o Centro possui dois geradores alimentados a Diesel que funcionam de forma alternada, em situação de emergência. (F67; F157; F185)

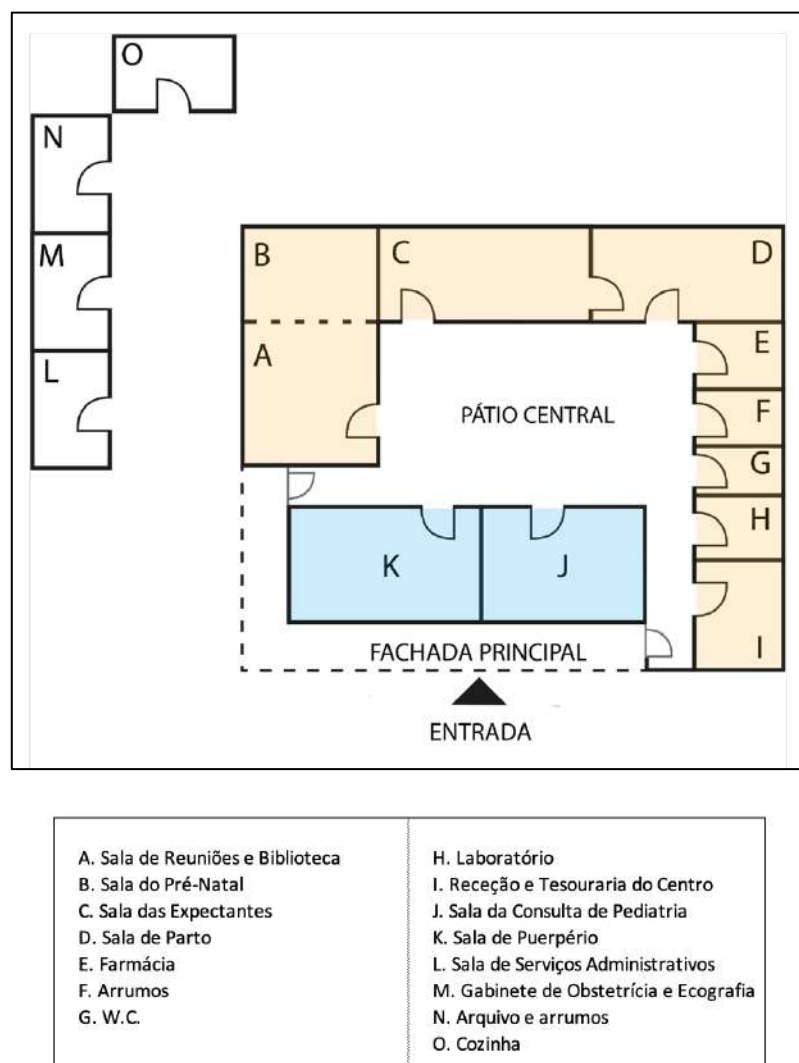


Figura 17 - Esquema de distribuição do Espaço do Centro Materno-Infantil N.ª Sr.ª da Graça (F90)

3.2.5. Recursos Humanos do Centro Materno-Infantil

Coexistiam no Centro Materno-infantil, profissionais contratados pelo próprio Centro e outros, cedidos pelo Estado. Esta situação aconteceu desde o início, em 2008, sendo que, embora favorável sob o ponto de vista económico, comportava também o inconveniente de a direção do Centro não poder seleccionar as pessoas

em função da sua competência profissional e da adequação às características do trabalho naquele local. ^(F56) Assim, o Centro não recorria mais ao mecanismo de solicitar enfermeiros à RMS, por uma questão de preservação da sua filosofia de intervenção.

Em 2014, Junho, trabalhavam no centro trinta e duas pessoas, distribuídas pelas várias funções e departamentos, como se pode observar no Quadro 11.

O maior número era o dos enfermeiros e parteiras, com doze elementos; a Diretora Clínica, médica e, a Diretora Administrativa. ^(F60) As funcionárias de Limpeza, eram cinco; os guardas das instalações, quatro; motoristas dois e, administrativos, três.

No Laboratório de análises clínicas, trabalhavam duas técnicas. Como responsável da guarda dos medicamentos e material clínico, havia um elemento, o mesmo se passando relativamente à cozinha.

De um total de trinta e dois trabalhadores, quatro eram cedidos e pagos pelo Estado, dois eram voluntários, sem vencimento e, vinte e seis eram assalariados contratados pelo Centro. ^(F60)

Nos anos de 2011 e 2012, por uma questão de saúde familiar grave, a Diretora Clínica que, até essa data, defendia a estruturação de uma resposta em saúde qualificada e ao mais elevado nível de qualidade técnica e assistencial, viu-se obrigada a reduzir a sua contribuição em termos de tempo, para o Centro. ^(F56)

Ao regressar, constatou que o Projeto estaria a tomar um rumo algo diferente do que havia sido planeado na sua origem. Tomou conhecimento de que o pároco, por discordar dos projetos de ampliação do Centro e da perspetiva de cooperação nacional e internacional, antes planeada, havia criado uma associação, em 2011 – obra do renovamento missionário -, à qual desejava atribuir a gestão do CMI-NSG.

^(F56; F134; F136) Nessa mesma época, a Diretora Clínica, manifestou à tutela, a sua discordância e realçou situações que estariam a comprometer o próprio projeto da Diocese. Fez notar que, segundo a sua própria avaliação, no Centro, se podia observar, ausência de registos corretos; situações de pessoas que não

apresentavam os seus certificados de formação; relatórios clínicos mal elaborados; pedidos ilegais de pagamento aos utentes, entre outros. ^(F56)

As condições de higiene e salubridade haviam piorado. Constatou também uma ausência de cumprimento das indicações por si dadas, o que se deveria ao facto de uma das enfermeiras tentar assumir o comando técnico do Centro. ^(F56; F134)

Perante toda esta situação, e após uma exposição ao Bispo de Benguela, o mesmo tomou as devidas providências para garantir a continuidade do Centro, na sua vertente primordial e sob a direção da Dr.^a IM, Diretora Clínica.

Esta readaptação do projeto inicial veio a coincidir, temporalmente, com a avaliação efetuada no diagnóstico estratégico das infraestruturas dos serviços de saúde da ICA ^(F2), sendo que o projeto Forvida, (2012-2013), e o “Obrigado Mãe”, foram desafios que motivaram o próprio CMI-NSG, nas pessoas dos seus dirigentes e trabalhadores.

A organização do Centro assentava, como é natural e patente, na estrutura conceptual de matriz Católica dos seus fundadores, mas dependia, no plano da concretização, dos recursos humanos que lá desenvolviam a sua atividade.

Assim, durante o projeto Forvida e os primeiros meses do projeto “Obrigado Mãe”, o Centro sofreu adaptações em termos dos vários profissionais que ali trabalhavam. Uma das orientações fundamentais se avançou, na forma de gestão que proporcionava o envolvimento dos trabalhadores, nos objetivos do Centro, assim como nos Planos de Atividades, nas normas de execução técnica, na organização dos procedimentos e, na clarificação da cadeia hierárquica, com vista à materialização das indicações dadas pela diretora clínica. ^(F57; F59; F60)

Ainda no ano de 2014, e derivado da intensa atividade do Centro, houve algumas reformulações que se ficaram a dever à saída de uma enfermeira e ao óbito de uma outra. Passaram a ser treze enfermeiras (onze contratadas e duas do Estado), mais um funcionário administrativo e menos uma funcionária da limpeza. No global passaram a ser trinta e três pessoas.

No final do ano de 2015, em função do desenvolvimento do projeto “Obrigado Mãe” mas também, da abertura do Centro a um maior leque de atividades na comunidade, os quadros de pessoal sofreram novas adaptações.

Nesta ocasião deu-se a celebração do contrato com uma empresa de análises clínicas. Passou a haver um total de quarenta e duas pessoas destacando-se a presença de mais dois médicos: um na área da ginecologia e um na área da pediatria. O número de enfermeiros passou a catorze e os administrativos, a cinco. O laboratório, a partir de 2015, julho, incluiu mais três funcionários, não constituindo estes, qualquer encargo para o Centro. ^(F22; F91) Também a FEC, entidade promotora do projeto “Obrigado Mãe”, colocou no CMI-NSG, uma funcionária gestora de projeto. O respetivo vencimento fazia parte do próprio Projeto.

Contabilizavam-se, assim, no final de 2015, um total de quarenta e dois elementos, em funções no Centro Materno-infantil, cuja distribuição e condição, se pode constatar, no Quadro 11.

Função	Nº em Jun.14		Nº em Nov.14		Nº em Dez.2015			
	Pagamento CMI-NSG	Pagamento Estado	Pagamento CMI-NSG	Pagamento Estado	Pagamento CMI-NSG	Pagamento Estado	Pagamento OM	Pagamento Laboratório
Enfermeiro(a) / Parteira	9	3	11	2	12	2	0	0
Administrativo(a)	3	0	4	0	5	0	0	0
Guarda	4	0	4	0	4	0	0	0
Funcionário Laboratório	1	1	1	1	1	1	0	3
Funcionária Limpeza	5	0	4	0	5	0	0	0
Médica(o) contratado	0	0	0	0	2	0	0	0
Motorista	2	0	2	0	1	0	0	0
Encarregado Serviços Gerais	0	0	0	0	1	0	0	0
Gestor Armazém Medicamentos	1	0	1	0	1	0	0	0
Gestor de Projetos de Saúde	0	0	0	0	0	0	1	0
Cozinheira	1	0	1	0	1	0	0	0
Diretora Clínica (*)	1	0	1	0	1	0	0	0
Diretora Administrativa (*)	1	0	1	0	1	0	0	0
Total	28	4	30	3	35	3	1	3
(*)Trabalhadoras "Pro Bono" Total		32	33	42				

Quadro 11 - Distribuição dos diferentes profissionais no CMI-NSG, entre 2014 e 2015 ^(F22; F60; F72)

3.2.6. Equipamentos e Materiais de Consumo

No ano de 2008, início do funcionamento do Centro Materno-infantil, o mesmo recebeu, como resultado do Protocolo oportunamente assinado com a diocese de Benguela, equipamentos técnicos adequados à função e que, na ocasião, foram referidos como material para o funcionamento de um Centro de Saúde, nomeadamente material para atividades curativas gerais, material para equipar uma sala de partos, para uma farmácia e um laboratório. Incluía equipamento genérico, como mobiliário para salas de consultas e para atividades de formação e educação para a saúde. (F139; F160)



Figura 18 - Equipamentos técnicos originais cedidos pela F. Calouste Gulbenkian (F110)

Dada a grande carência de equipamentos clínicos acessíveis e a dificuldade na importação dos mesmos, a gestão do CMI-NSG, bem como todos os colaboradores, terão desenvolvido uma noção particular do seu valor, o que conduziu à sua manutenção em condições minimamente adequadas, até ao tempo presente. Esta consciência e a forma de gerir os bens técnicos, está demonstrada no rigor do seu inventário e na formalização de procedimentos para a sua utilização e manutenção, bem como para as compras e reposição de stocks. Encontramos uma discriminação bastante pormenorizada dos equipamentos técnicos utilizados no Centro. Não obstante não serem abundantes, a preocupação na sua identificação acentua o valor que possuem, pois, na situação de desaparecimento ou inutilização, dificilmente podem ser substituídos. Para além do mobiliário normal de

atendimento e trabalho, nomeadamente secretárias, cadeiras, bancos, armários de arrumação de materiais, em todas as salas, destacamos o material mais diferenciado, nomeadamente o de laboratório. Este havia sido fornecido no âmbito do protocolo com a Fundação Calouste Gulbenkian, em 2008 e, não obstante os anos de utilização, apresentava-se funcionante. Em 2015, como antes referido, foi assinado um protocolo com uma empresa da área das análises clínicas, ^(F91) com a finalidade de substituir todos os equipamentos de laboratório e concessionar a atividade dos exames laboratoriais. Realce-se, que essa substituição teve na sua origem, não o mau funcionamento dos equipamentos, mas a sua limitação em termos do tipo de exames que poderiam efetuar. ^(F81; F91; F98; F135; F172)

Podemos constatar a existência de listagens de material associados aos nomes inicialmente atribuídos às salas; da Recepção (Sala I), do Laboratório inicial (Sala H), da sala de Puérperas (Sala K), da sala de Primeiros Socorros (Sala J), da sala de Dilatação (Sala C), Gabinete de Ginecologia e Consulta Pré Natal (Sala B), Sala de Triagem (Sala A) e, da Sala de Partos (Sala D). ^(F81)

De entre os materiais mais diferenciados, para além dos do laboratório, destacam-se os aparelhos destinados ao acompanhamento médico da gravidez e do parto. O Centro possui um ecógrafo, um aparelho de cardiotocografia e uma rampa de ressuscitação do RN. Possui também uma marquesa de parto, um aparelho de fototerapia, um aspirador de secreções, pediátrico e, uma incubadora, a qual se encontra desativada por avaria e falta de peças de reparação. Neste elenco de material, embora com um carácter mais generalista, encontra-se na Sala de Partos, um Autoclave, perfeitamente funcional. ^(F98; F81) Podem encontrar-se, igualmente, os instrumentos básicos para esta tipologia de cuidados, ou seja, esfigmomanómetros, estetoscópios, pediómetros, ambús de diferentes tamanhos, balança eletrónica e balança de coluna, berços em acrílico, carros com rodas, de apoio aos procedimentos de enfermagem, fontes de luz, portáteis, suportes de soros e cadeiras de rodas. As diferentes salas estão apetrechadas com aparelho de ar condicionado, os quais, frequentemente, estão avariados. ^(F81; F98; OD)

Existem ainda, arcas congeladoras, dois frigoríficos (um para as vacinas e outro de uso genérico), um frigobar, para a medicação da sala de parto e três televisores.

3.2.7. Limpeza, higienização de espaços e equipamentos e esterilização

Associado a esta área dos diferentes equipamentos e materiais de consumo, cabe destacar um conjunto de três procedimentos instituídos, para a área da limpeza dos espaços e equipamentos, da higienização e esterilização de ferros e outro material de uso clínico. ^(F79; F170; F171)

O primeiro classifica as diferentes áreas no que concerne à sua tipologia, à periodicidade e à forma de higienização. As áreas são classificadas como, **Críticas**, **Semicríticas** e **Não críticas**, em função do risco de transmissão de infecções que justifica determinado processo de limpeza e desinfecção das superfícies. ^(F79)

No Centro Materno-infantil, estão classificadas como **Críticas**, ou seja, com risco aumentado de transmissão de infecção, a sala de partos, e a consulta do VIH. Como **Semicríticas**, estão classificadas as salas onde se processam consultas médicas ou de enfermagem, a sala das expectantes, a sala do puerpério, o laboratório e o WC. As áreas **Não críticas**, aquelas onde não se realizam procedimentos de risco, são, a cozinha, a sala de receção, os gabinetes de contabilidade e recursos humanos e o pátio. Após a classificação, está definida a frequência da higienização e, estão também descritos, em fluxograma, os passos técnicos a levar a cabo, com destaque para as situações em que existam resíduos orgânicos. ^(F79)

Igualmente, na área da segurança microbiológica, mas no plano da esterilização dos materiais, interessa destacar que os mesmos são higienizados, de acordo com o procedimento *“Tratamento de ferros usados/infetados, para esterilização”*, o qual explica exhaustivamente o processo de esterilização e a importância da limpeza dos ferros, antes da sua embalagem. Existe uma enfermeira responsável pela verificação da conformidade do ciclo de esterilização dos materiais, processo que é desencadeado pelo responsável técnico nomeado para o efeito. ^(F135; F170)

Para consolidar a importância dos procedimentos anteriores, a direção leva a cabo ações de formação periódicas, relacionadas com este tema.

Existe, por outro lado, a preocupação da preservação do autoclave. O procedimento *"Esterilização de ferros no Centro Materno-infantil"*, integra este *dossier*, explicando o funcionamento do aparelho e alertando para a sequência de atos, prévios à sua colocação em funcionamento. ^(F171)

Na área da higiene e assépsia, mas num plano mais abrangente e transversal, realçamos o *"Procedimento de lavagem das mãos"*, instituído no CMI-NSG após várias sessões de sensibilização e formação, levadas a cabo por um conjunto de enfermeiras do Centro e dirigidas a todos os colaboradores. ^(F169; F256; F257)



Figura 19 - Sessão de formação sobre higienização das mãos ^(F256; F257)

Existe, em cada espaço de prestação de cuidados, um folheto afixado sobre as técnicas corretas de desinfecção e de lavagem das mãos. Existem, igualmente, doseadores para sabonete líquido e solução alcoólica. ^(F169)

3.2.8. Os Medicamentos e o Material Clínico

A sistematização de procedimentos antes descrita, está igualmente presente numa outra área, reputada da maior importância; a do material de consumo clínico e da farmácia. De facto, existe uma listagem de material clínico (material de proteção, luvas, máscaras, palhaças, entre outros), material de higiene e desinfecção, material

cirúrgico, material de penso, sondas diversas, material para soroterapia e, material específico para o Parto. ^(F58; F172) Existe igualmente uma listagem de 57 fármacos, relativa aos que se entende deverem existir sempre em stock, no armazém de medicamentos, uma sala devidamente climatizada. ^(F62; F98) Esta listagem serve de suporte à verificação semanal que a responsável da farmácia deve efetuar e, em função de números mínimos definidos, deve providenciar a requisição para reposição de níveis, segundo fluxograma específico para este procedimento. ^(F62; F135; F172)



Figura 20 - Armazém de medicamentos e material de consumo clínico e sua responsável ^(F253)

A questão dos medicamentos e do material clínico, constitui-se como um ponto sensível para toda atividade. De uma forma geral, o Centro fornece os medicamentos e todo o material técnico necessário para o parto, englobando o respetivo custo no valor que cobra por este ato clínico, como um todo. ^(F76; F135) Em outras unidades de saúde, nomeadamente nas públicas, a parturiente não tem de pagar qualquer valor pelo parto, mas tem de comprar, por si, todo o material clínico e medicamentos necessários. Estes estão, muitas vezes disponíveis em condições inadequadas, relativamente à segurança farmacológica e à assépsia. ^(F135; F158; F254; F255)



Figura 21 - Medicamentos e material clínico à venda no Mercado do Bairro da Graça (F254; F255)

Ora, uma vez que não existe qualquer controlo de qualidade, no que respeita a material clínico (luvas esterilizadas, soros, injetáveis, seringas, *abocaths*, fio de sutura, etc), que pode ser adquirido no mercado, ou em estabelecimentos designados “farmácia”, nos Bairros, o CMI-NSG optou por comprar os produtos referidos, junto de revendedores credenciados e, sob o seu controlo direto, avaliar as suas proveniências, o estado de conservação e o respetivo prazo de validade. Proporciona assim o que considera ser um mais elevado nível de segurança, sendo que apresenta os valores despendidos, diretamente à parturiente. (F58; F76; F202; F203)

3.2.9. Gestão Administrativa e Financeira

A gestão administrativa e financeira é coordenada pela Diretora Administrativa, Dr.^a HM. O setor administrativo, poder-se-ia dizer, sofreu uma grande transformação com a chegada do projeto OM, em termos dos meios e procedimentos. Daí que consideramos necessário fazer em cada área da respetiva atividade, uma nota dessas diferenças. Até 2013, o setor era composto por 4 funcionários administrativos, cujas funções quotidianas se dividiam por cinco áreas: a) receção de pacientes; b) recebimento de pagamentos ao Centro; c) gestão de recursos humanos; d) gestão de materiais e compras; e) gestão documental.

Em 2014, passaram a ser cinco funcionários. (F99; F152)

A **recepção de pacientes** consistia, até meados de 2014, no atendimento e encaminhamento das mulheres grávidas, ou de outro tipo de pacientes, para o departamento respetivo, fazendo um registo manual, no caderno próprio. Igualmente se recebiam os pedidos de consulta da especialidade de Ginecologia ou Obstetrícia, e ainda de Ecografias, procedendo-se às respetivas marcações. ^(F152) Com o início do projeto OM, a recepção dos pacientes passou a ser feita de forma mais personalizada, ou seja, o registo era efetuado no computador e, ao paciente, atribuído um número de processo clínico. ^(F152)

Nome do Utente	Nº Processo	Contacto
Isabel ...anga	1302	7014113
Hilaria ...uel	1301	4920435
Marga ...ro	1300	9240049 8992310
Marisa ...ol	1299	9239712 3192028
Emilia ...	1298	8917591
Joana ...tião	1297	5227931
Marga ...utu	1296	1750559
Nguyê ...Phvõng	1295	6410288
Ta Thi ...	1294	6410288
Lurdes ...sto	1293	7786895

Figura 22 - Listagem da base de dados de Pacientes em 2014 ^(F20)

O **recebimento dos valores** correspondentes aos atos clínicos, segundo tabela afixada, era feito, inicialmente com um registo manual em caderno próprio. ^(F204) A contabilidade das entradas e saídas era efetuada manualmente, ao fim do dia. A partir de 2014, e mais uma vez pela incorporação dos computadores no dia a dia do Centro, o registo dos recebimentos relativos a atos clínicos e o das saídas, para pagamento de faturas, passou a ser registado em suporte informático, sendo criada uma Folha de Caixa Mensal, em formato Excel, com cálculo automático de saldos. ^(F21) A partir deste processo são, agora, sumarizados os diferentes atos clínicos. Esses dados são mobilizados para os relatórios periódicos que a Direção Administrativa e Financeira produz. ^(F93; F94; F97; F103; F104...)

Data	Valor Entrado	Valor Saído	Saldo	Motivo	Recepcionista
1-set-2015	10 000,00		10 000,00	Parto	Suss
1-set-2015		900,00	9 100,00	Saldo	Suss
1-set-2015	3 000,00		12 100,00	consulta pré- Natal	Suss
1-set-2015	40 050,00		52 150,00	laboratório	Suss
1-set-2015	8 000,00		60 150,00	Parto	Suss
1-set-2015		26 000,00	34 150,00	Combustível 2 barrís	Suss
1-set-2015	350,00		34 500,00	consulta	Suss
1-set-2015		2 500,00	32 000,00	Copias	Suss
1-set-2015		900,00	31 100,00	Saldo	Suss
1-set-2015		5 000,00	26 100,00	Formação	Suss
2-set-2015	6 000,00		32 100,00	consulta pré- Natal	Jrree
2-set-2015	10 000,00		42 100,00	Parto	Jrree
2-set-2015		840 +200	42 100,00	arrancador +lampanda + transporte	Jrree
2-set-2015	10 000,00		52 100,00	Parto	Jrree
2-set-2015	2 000,00		54 100,00	Medicamento	Jrree

Quadro 12 - Folha de Caixa, automática, em 2015 (F21)

Podemos encontrar nos vários relatórios periódicos, internos, dados muito relevantes. Optamos, desde já, por destacar alguns, relativos à atividade assistencial, que permitem dar uma panorâmica geral do funcionamento quotidiano.

Referimo-nos ao número de Partos e ao número de consultas de vigilância pré-natal. Entre 2008 e 2014, estão contabilizados, 6.421 partos. No mesmo período, contabilizaram-se 11.879 consultas. (F53; F89; F97; F101; F111)

Ano contabilístico	Partos	Consultas de Pré-natal
2008	39	186
2009	343	450
2010	696	638
2011	1 753	1 557
2012	1 312	3 720
2013	1 468	2 546
2014	810	2 782
Total	6 421	11 879

Quadro 13 - Distribuição do número de partos e consultas do pré-natal pelos anos 2008 a 2014

(F53; F101; F111)

Quanto à **gestão de recursos humanos**, aos funcionários administrativos foi atribuída a responsabilidade de verificar a assiduidade de todos os colaboradores, tendo a guarda do livro de ponto. Desta forma, verificando as assinaturas,

contabilizavam as faltas e procediam aos respectivos descontos na folha de salários. (F67; F99) Após esta contabilização, forneciam essa folha, à Diretora Administrativa, para ser validada. Por fim, efetuavam o pagamento dos vencimentos, entregando envelopes individualizados e solicitando assinatura de reconhecimento do ato. No presente, o processo é semelhante e recolhe o agrado de todos. (F104; F106; F148) Está sob a responsabilidade da Diretora Administrativa, a elaboração do horário de todo o pessoal não clínico, uma vez que os serviços administrativos, limpeza e segurança das instalações, acompanham a atividade clínica assistencial às mulheres grávidas, puérperas e crianças, nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, o que torna necessário a construção de uma escala de *roulement*.

escala / horário		dia da criança										2016		CENTRO MATERNO-INFANTIL NSG																		
AGOSTO 2016		F 7																														
DIA DA SEMANA		S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q							
DIA DO MÊS		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
NOMES																																
1	Ad	bral	Penetra	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
2	Jen	Imuico	T	T	T	T	T	M	T	T	T	T	T	M	T	T	T	T	T	M	T	T	T	T	T	M	T	T	T	T	T	
3	TR	swayongo	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
4	Jor	omes					T	T e N					T	T e N						T	T e N							T	T e N			
5	Su		F	F	F	F	F		F	F	F	F	F		F	F	F	F	F		F	F	F	F	F		F	F	F	F	F	
6	Te		M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
7	Jor		E1	E1	E1	E1	E1	E1	E1	E1	E1	E1	E1		E1	E1	E1	E1	E1	E1		E1	E1	E1	E1	E1		E1	E1	E1	E1	

Figura 23 - Exemplo de Horário do pessoal não clínico (F82)

A **gestão de materiais e compras**, reporta-se, em primeiro lugar, à aquisição de materiais e serviços, também em função das existências em armazém.

O funcionário administrativo de serviço, recebe uma requisição escrita por parte de qualquer colaborador / departamento e, caso o produto não esteja disponível, efetua a encomenda ou faz uma compra direta, segundo critérios determinados pela Diretora Administrativa. Se o solicitado foge à rotina de produtos ou serviços habituais, o pedido carece, então, de autorização superior. Todos os pedidos por escrito, e todas as faturas, são arquivados para posterior análise da contabilidade.

(F94; F135; F152; F157) A gestão das existências está relacionada com as reservas, nomeadamente de alimentos para as refeições dos funcionários, cartões de saldo telefónico, e material de higiene e limpeza. Excetua-se deste setor, a gestão do material clínico e dos medicamentos, a qual, como referido, se encontra na esfera da responsável do respetivo armazém. (F153)

A **gestão documental**, faz referência a todo o tipo de documentos associados à prática de cuidados de saúde, que este setor assumia como sua responsabilidade.

Destacamos a folha de registo da assistência de Enfermagem, para casos de internamento. ^(F162) É, também, o caso das folhas de Partograma, ^(F205) e dos livros oficiais de registo das várias atividades, fornecidos pela RMS (livro da consulta pré-natal; livro de registo da testagem do VIH; livro da consulta de pediatria; livro de registo de partos). Os Serviços Administrativos fornecem, ainda, os formulários para a emissão de receitas, ^(F78) formulários para a requisição de análises e, fotocópias dos “cartões” (*documento originalmente utilizado para registar os dados de cada consulta de vigilância pré-natal e que a grávida levava consigo*). ^(F206) No presente, com a introdução dos registos informáticos, esta gestão documental alterou-se de forma significativa, sendo disso exemplo, a introdução do conceito de **Processo Clínico Individual**, a que mais adiante nos referiremos em pormenor. ^(F135; F152; F155; F156)

Cabe igualmente nesta vertente de gestão documental, a construção de formulários-tipo, ^(F33;F161;F162) e a emissão ou, receção e distribuição da correspondência.

Toda este conjunto de atribuições do setor administrativo, englobando as áreas acima discriminadas, gera um potencial de informações importantes, as quais facilitam a identificação e quantificação de toda a atividade do Centro e, em plano de destaque, a avaliação da sua sustentabilidade. Encontramos no Centro, relatórios detalhados, desde o ano de 2009, que fornecem uma visão real da importância de assistirmos a um modelo de gestão muito próximo da realidade, com elevada capacidade de monitorização. Destacamos aqui os resultados operacionais, não por lhes atribuirmos prioridade, mas porque são, em última análise, uma razão responsabilizante para a continuidade e para o desenvolvimento de respostas em saúde.

Em 2009, o resultado operacional foi de 7.838,00 AOA, passando a 760.582,00 AOA em 2010. Em 2011, atingiu-se o patamar de 1.272.640,00 AOA e em 2012, 4.718.437,70. O ano de 2013 teve um saldo positivo de 4.084.586,00 AOA e, 2014 registou um saldo de 1.653.626,10 AOA. ^(F92; F100; F103; F104; F105 F106; F107)

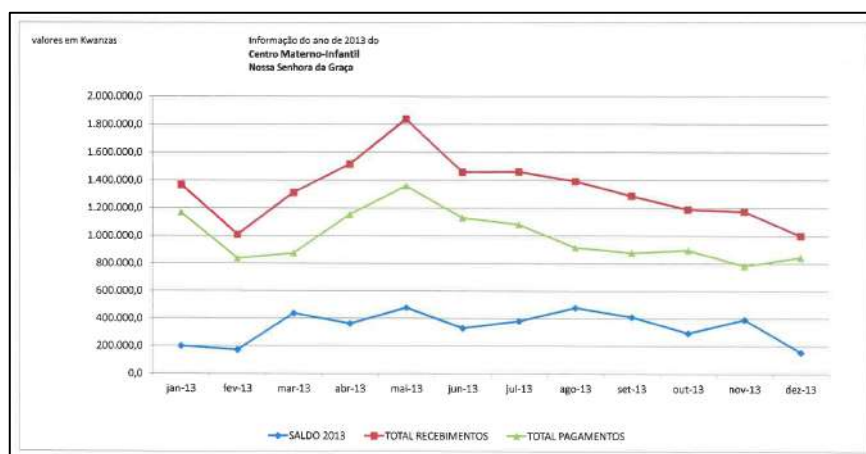


Gráfico 2 - Gráfico dos movimentos contabilísticos do CMI-NSG, em 2013 (F106)

Tomamos como referência a moeda angolana, o Kuanza (AOA). A sua correspondência com o dólar norte-americano varia muito, pelo que iremos optar por um valor de câmbio, que mais tempo vigorou, e que rondava os 180,00 AOA por cada USD.

A análise dos resultados dos anos de 2009 a 2014, embora superficial, permite afirmar, com elevado grau de certeza, a viabilidade financeira do Centro, enquanto projeto social e comunitário no campo da saúde, mantidas que sejam as suas condições subjacentes.

Permite também, notar a elevada dependência no orçamento, da rubrica “Partos”, pois, em 2014, assistiu-se a uma redução de 45%, com uma significativa repercussão nos resultados operacionais. (F104)

Ano contabilístico	Resultado operacional (em AOA)	Resultado operacional (em USD)
2009	7 838,00	43,54
2010	760 582,00	4 225,46
2011	1 272 640,00	7 070,22
2012	4 718 437,70	26 213,54
2013	4 084 586,00	22 692,14
2014	1 653 626,10	9 186,81
Total	12 497 709,80	69 431,72

Quadro 14 - Resultados operacionais do CMI-NSG, entre 2009 e 2014
(F92; F100; F103; F104; F105 F106; F107)

Independentemente dos resultados, que podem ser analisados de *per si*, e em maior detalhe nos relatórios de atividades e informação contabilística, interessa-nos realçar a existência de um acompanhamento pertinente, claramente profissional e abrangente, da atividade clínica e assistencial, efetuada pela Direção Administrativa e Financeira.

3.2.10. O Projeto “Obrigado Mãe” e o Funcionamento do Centro

O redimensionamento e enquadramento da atividade clínica do CMI-NSG, a partir de final do ano de 2013, no âmbito do projeto “Obrigado Mãe” é completamente justificado, uma vez que ao assumir constituir-se como referencial, o Centro assume como seus, os objetivos da própria iniciativa do “Obrigado Mãe”.

O *projeto dentro do Projeto*, é que o Centro Materno-infantil seja estratégica e pedagogicamente, a experiência de concretização operacional de um conjunto de ideias referenciais e, com isso, se robusteça nos seus princípios fundadores e na sua operacionalidade. ^(F7; F26; F188; F201) Esse foi o entendimento dos parceiros que, em 2014 assinaram o protocolo base do “Obrigado Mãe”. Não é, pois, um projeto fechado em si próprio, mas mais um meio eficaz para materializar, à sua dimensão e possibilidade, os objetivos de Desenvolvimento do Milénio. ^(F23; F201)



Figura 24 - Cerimónia de assinatura do Protocolo de suporte ao projeto "Obrigado Mãe" (F23)

Ao conceberem um contributo, para a formação de cinquenta e quatro estudantes de enfermagem (de Angola e de Portugal), de setenta enfermeiros e parteiras de Benguela, Huambo e Bié e, de trinta e cinco gestores de unidades de saúde das mesmas províncias, o Estado angolano parceiro signatário do projeto bem como os restantes parceiros, estavam a reconhecer o CMI-NSG, como um destacado e reconhecido agente modelador das práticas Clínicas e de Gestão das Unidades onde se prestam cuidados na área da saúde Materno-infantil, em Angola. Isto porque os objetivos do Projeto OM e as atividades daí decorrentes, nunca poderiam ser consideradas como paralelas à atividade assistencial do CMI-NSG. O próprio Centro Materno-Infantil N.ª Sr.ª da Graça, é classificado no Protocolo, como entidade implementadora, o que traduz um envolvimento total de toda a sua estrutura física, humana e funcional, muito para além de uma mera colaboração. (F200; F201) Daí que se esperava que, em cooperação com a FEC e a ESEFSM, concebesse planos e acompanhasse a concretização de estágios para estudantes de enfermagem do ISPJPB e da ESEFSM; concebesse os programas e acompanhasse os estágios, no âmbito da formação permanente para enfermeiros e parteiras angolanas; acompanhasse os estágios de enfermeiros e parteiras angolanos, em Portugal e, procedesse à constituição e dinamização de um acervo bibliográfico, para materialização do Núcleo de Recursos de Formação em Saúde. Esperava-se, ainda, que participasse em abordagens de investigação aplicada e nas iniciativas de divulgação dessas mesmas atividades. Destaca-se, igualmente, a elaboração de um

Manual de Procedimentos para o Centro, o qual pudesse servir de instrumento de análise e referência para a também esperada, atividade de formação de Gestores de Unidades de Saúde. (F197; F200; F201)

Atividades definidas para o Centro Materno-infantil N.ª Sr.ª da Graça no âmbito do projeto "Obrigado Mãe"
. Elaboração de programas de estágio para estudantes finalistas de Enfermagem . Acompanhamento de estágios curriculares dos estudantes finalistas de Enfermagem . Elaboração de programa de formação permanente em SMI para enfermeiros e parteiras angolanas . Acompanhamento dos estágios, em SMI, para enfermeiros e parteiras angolanas . Constituição do acervo bibliográfico para materialização do Núcleo de Recursos de Formação em Saúde . Elaboração de estudos clínicos, baseados em dados colhidos na unidade de saúde . Realização de Jornadas científicas "Obrigado Mãe", de reflexão-ação sobre a SMI . Implementação e validação do Manual de Procedimentos de Gestão de Unidades de Saúde . Elaboração de programa de formação permanente para Gestores de Unidades de Saúde . Realização de cursos de formação sobre Gestão de Unidades de Saúde, com visitas ao CMI-NSG

Quadro 15 - Enumeração das atividades que contam com o envolvimento do CMI-NSG (F201)

A ideia de que estamos perante um importante programa de desenvolvimento, não só desta unidade de saúde, mas também, de uma consciência sobre um determinado modelo de cooperação e desenvolvimento, torna-se realidade com a manifestação de apoio ao Projeto, do então senhor Ministro da Saúde de Angola, através de missiva oficial dirigida ao Camões – Instituto da Cooperação e da Língua, onde considera o “Obrigado Mãe”, como **um projeto de interesse público e nacional, em Angola**. O Ministro da Saúde destaca dois dos pilares do projeto, ao assinalar que é um projeto-piloto e inovador, pela ideia de dinamização e operacionalização de enfermarias-escola, ou seja, lugares que integrem de forma estrutural, a dinâmica da prestação de cuidados com os objetivos do ensino. Por outro lado, acentua que a inclusão de uma componente de investigação aplicada, é um fator distintivo que muito valoriza o trabalho. (F165)

É importante afirmar-se, que a estratégia colocada ao serviço do OM, decorreu em grande medida, das aprendizagens alcançadas pelos promotores, no decurso do anterior projeto, o Forvida. (F7) Ficou claro, para experiências futuras, e a partir da

reflexão por parte dos participantes, que os profissionais de saúde se envolvem tanto mais nos processos de mudança, quanto mais se sentem participantes, e não apenas, recetores de informação.^(F193) Nos momentos formativos, foi sempre usada, a opção pedagógica de ter como ponto de partida, a realidade vivida pelos formandos e, encontrar aí as necessidades de integração dos conhecimentos. Esta opção estruturante, em todos os módulos de formação do projeto Forvida, uma pedagogia de carácter indutivo, foi sistematicamente valorizada pelos formandos, (enfermeiros, parteiras e gestores).^(F193)

Foi evidente, em todas as Províncias em que decorreram os módulos, uma evolução significativamente positiva dos conhecimentos, os quais foram avaliados no início e no final, de todos os momentos formativos.^(F7; F193) Mas, foi igualmente notada a necessidade de complementar as abordagens teóricas, efetuadas em sala, com experiências de Estágio, em unidades que pudessem implementar os procedimentos e as estratégias recomendadas.^(F7; F188)

Os formandos deixaram, ainda, como sugestões: i) a continuação da adoção de diagnósticos prévios, relativos às necessidades formativas; ii) a difusão do método de mobilização sistemática dos conhecimentos dos formandos, suas opiniões / sugestões e, iii) uma avaliação sistemática dos próprios processos de formação permanente e das modalidades em que se processa a sua continuidade.^(F193)

Estando a reportar-nos a um universo de 225 pessoas, oriundas de quatro Províncias de Angola, estaremos perante conclusões elucidativas da realidade da formação permanente no país. Acresce ainda que, sendo o “Obrigado Mãe” destinado, preferencialmente, aos enfermeiros, parteiras e gestores, que já tivessem participado na formação Forvida, melhor se compreende a inevitabilidade de integrar as opções metodológicas, anteriormente valorizadas pelos mesmos.^(F7)

Neste contexto, tem lugar em Maio/Junho de 2014, uma visita diagnóstica, a primeira assessoria técnica ao projeto, prévia ao início das atividades formativas do OM, no CMI-NSG. A Escola Superior de Enfermagem e a FEC, Coordenadora do projeto, permanecem durante duas semanas, em contacto direto com a realidade quotidiana, enquadrados pelo objetivo geral de apoiar a Gestão do Centro, assim

como, os diferentes colaboradores, na estruturação e organização de condições materiais, técnicas, humanas e logísticas, necessárias à realização de estágios de enfermagem, de parteiras e de gestores de unidades de saúde. ^(F113; F115) Em termos concretos pretendia-se, com esta visita de supervisão, apoiar o CMI-NSG na criação de condições adequadas, em termos da sua organização e funcionamento, para o acompanhamento e avaliação dos estagiários que iriam ser ali acolhidos. Esta intenção seria concretizada, pela análise do funcionamento do Centro e pelo início do processo de construção de um Manual de Procedimentos e, pela preparação dos planos de estágio para os diferentes estagiários. Igualmente se visava enunciar as necessidades materiais para a constituição do acervo bibliográfico do Núcleo de Recursos do CMI-NSG. Além disto, e na vertente de formação teórico-prática, a equipa de assessoria, tinha como propósito, intervir com todos os colaboradores do Centro, em termos da uniformização de procedimentos pedagógicos e técnicos, a ter com os profissionais de saúde e estudantes de enfermagem que ali iriam efetuar os seus estágios. Uma vez que a componente científica era uma linha distintiva do projeto, pretendia-se, nesta ocasião e desde logo, definir procedimentos para futuros estudos clínicos e planificar Jornadas Científicas de abertura e divulgação à Comunidade, a que se entendeu chamar "*Jornadas Obrigado Mãe*". ^(F112; F113; F115)

Na sequência desta análise da realidade, foram produzidos relatórios, em cujas conclusões, se basearam os procedimentos de reestruturação, adequação de processos e procedimentos, que se vieram, posteriormente, a concretizar. No campo do funcionamento quotidiano, foi realizada uma **análise SWOT**, relativa ao Centro Materno-Infantil, que importa conhecer globalmente, bem as conclusões globais que dela surgem. ^(F112; F114)

As Forças

- O bom conhecimento da realidade concreta, por parte dos colaboradores do CMI-NSG.
- Boa interação com todos os atores locais.
- Capacidade de mobilização das forças vivas da Comunidade.

- Acolhimento, por parte dos atores e, receptividade às formações.
- A multidisciplinaridade.
- O envolvimento de estabelecimentos de ensino superior.
- O envolvimento da hierarquia da Igreja Católica de Angola.
- Motivação para processos de mudança.
- Abertura à introdução de alguns processos técnicos.
- O bom planeamento da atividade.
- Formação pertinente, em função das necessidades expressas pelos atores locais.
- Elevado sentimento de pertença e identificação com o Centro.

As Fraquezas

- Debilidade de alguns processos técnicos.
- Deficiente fundamentação científica dos processos.
- Os processos de prestação de cuidados.
- A não existência de uma pessoa responsável pela coordenação da formação.
- A dificuldade em fazer *follow-up* das mudanças efetuadas.
- Perturbação provocada por alguns elementos, nos turnos da Tarde e Noite.
- A não continuidade dos cuidados.
- Baixo nível técnico-científico dos profissionais (enfermeiros e auxiliares) e heterogeneidade na formação base.
- Instalações e equipamentos.
- Práticas tradicionais.
- Deficiente eliminação dos produtos biológicos e/ou contaminantes.
- Registos pouco sistematizados.
- Desadequação dos instrumentos de organização e regulação do trabalho (horários; distribuição de pessoal; planos de férias), no sentido da eficiência.
- Nível de formação, insuficiente, no caso dos auxiliares de limpeza.
- Alguma liderança informal, contrária à alteração do *status quo*.

As Oportunidades

- Desenvolvimento de cuidados fundamentados nas boas práticas.
- Supervisão e comunicação com os profissionais portugueses.
- Desenvolvimento de trabalhos de Investigação.
- Formação contínua dos atores locais.
- Afirmação junto das Autoridades locais.
- Acolhimento de estagiários, enquanto *motor de mudança*.
- Estagiários como difusores de boas práticas.
- Reconhecimento positivo pela população.
- Possibilidade de medição da eficácia das intervenções.
- Afirmação da importância dos procedimentos, como favorecedores da melhoria dos cuidados.
- Reorganização do armazenamento de dispositivos médicos, fármacos e roupas, com separação física e acessos restritos.
- Definição de circuitos e registo de doentes.

As Ameaças

- Os Normativos das autoridades locais.
- Um Centro de Saúde estatal, na zona de influência do CMI-NSG.
- Exigências sobre Instalações e Equipamentos.
- Práticas tradicionais ainda, social e culturalmente, valorizadas.
- Deficiente eliminação dos produtos biológicos e/ou contaminantes.
- Penalização institucional por registos pouco sistematizados. ^(F112)

No campo da Gestão realçaram-se, para além de alguns assuntos acima descritos, aspetos que ao observador externo, se afiguraram como estruturais. A saber; o CMI-NSG abarca uma população muito dispersa. No entanto, a proximidade da Igreja paroquial e os Valores Institucionais do Centro, constituir-se-ão como um

importante traço de identidade e um foco de atração. O CMI-NSG é visto pela população e seus representantes, como um valioso recurso da comunidade, onde ainda se identificam crenças de cura, alicerçadas em práticas tradicionais. Tal, constitui um desafio e oportunidade para as intervenções de carácter preventivo, no âmbito comunitário. ^(F112; F114)

Uma assinalável vantagem competitiva, reside na proximidade ao ISPJPB, desde que esse facto seja devida e reciprocamente rentabilizado. Alertava, o relatório de Gestão, para que as vantagens competitivas de então, pudessem ser reduzidas ou mesmo, anuladas, caso o Centro não implementasse medidas de melhoria dos seus equipamentos, de renovação e inovação no atendimento e prestação de cuidados. Recomendava-se o estabelecimento de parcerias com organizações europeias de prestação de cuidados, por forma a fomentar a utilização de recursos atualizados a custos suportáveis. ^(F114)

Perante as constatações acima sumarizadas, a equipa de assessoria, elencou algumas recomendações, a saber: a continuação de visitas de supervisão; o aumento, possível, de ações de formação no local, para todos os colaboradores do CMI-NSG; um esforço na melhoria das instalações do Centro; a formalização dos procedimentos nos vários setores; a prática de incineração de resíduos biológicos e contaminantes; a informatização dos processos clínicos individuais; a reformulação de todas as folhas de registo; estágios em Portugal, para alguns dos profissionais do Centro. ^(F112; F114)

Em relação aos circuitos, uma especial recomendação para que o atendimento inicial dos pacientes, fosse efetuado na receção, onde funcionava a dispensa de medicamentos e, a partir daí, os mesmos fossem encaminhados de acordo com a triagem de procura. Tal permitiria, um mais eficaz controlo do acesso e o registo de todos os casos atendidos, bem como a cobrança de eventuais participações.

De uma forma geral, considerava-se que todos os processos alvo de melhoria, deveriam, idealmente, ser normalizados e formalizados, de acordo com as orientações e na direta supervisão da Gestão do Centro. ^(F112; F114)

Mas, em que consistiu a reestruturação da atividade de assistência quotidiana, no Centro Materno-infantil N.^a Sr.^a da Graça, em função dos desafios colocados pelos compromissos decorrentes do projeto “Obrigado Mãe”?

Desenvolver processos formativos em serviço, implicava para os trabalhadores do Centro, uma análise cuidada sobre como integrar pessoas estranhas, nos procedimentos quotidianos, por forma a transmitir-lhes a razão e a essência da dinâmica dos profissionais da própria Instituição.

Assim, também o modo de ver a formação, enquanto processo, e as necessidades dos estudantes de enfermagem, enfermeiros, parteiras e gestores, iriam influenciar a construção do itinerário formativo e os respetivos guiões de estágio. (F36; F194; F195)

Mas iriam, igualmente, orientar a análise e reorganização da atividade clínica do Centro Materno-infantil N.^a Sr.^a da Graça, pois essa seria feita com todos os colaboradores que, de certa forma, iriam ser também sujeitos de processos de acompanhamento e formação em serviço.

Seria indispensável que todos os elementos do CMI-NSG estivessem conscientes da responsabilidade que o Centro assumia, bem como dos desafios e das vantagens, para a sua continuidade, enquanto Centro de referência.

A estratégia que a Direção do Centro encontrou para tornar evidente que o OM seria um projeto para todos e uma oportunidade para a melhoria contínua da atividade, em prol da população, compôs-se de diferentes áreas: a aposta num esforço de envolvimento efetivo de todos os colaboradores; a reestruturação dos diferentes processos assistenciais, (com uma preocupação de simplificação e aumento da eficácia); a afirmação de uma dinâmica de gestão em coresponsabilização; a reorganização dos procedimentos administrativos; a formação contínua a nível interno para todos os colaboradores; a elaboração de um Manual de Procedimentos; a colaboração com entidades externas ao Centro, numa lógica de cooperação; a formalização do Núcleo de Recursos de Formação e o desenvolvimento de processos de investigação que se focassem nas variáveis que, sob o ponto de vista epidemiológico, pudessem ser influenciadas pela atividade do Centro. (F134; F135)

3.2.11. A Corresponsabilização dos Colaboradores

Esta foi uma estratégia da Direção do Centro, sempre muito patente em todas as iniciativas ligadas ao Projeto Obrigado Mãe. Uma das vertentes visíveis dessa opção, foi a instituição de reuniões gerais, para as quais todos os colaboradores eram convocados/convidados. Sob o ponto de vista pedagógico e formativo, estas mesmas reuniões, constituíam-se, como um elemento fulcral na corresponsabilização de todos os colaboradores ^(F57, F59...F71) A participação em algumas dessas reuniões permitiu observar uma intenção de partilha de protagonismo, por parte da Direção, na tentativa de aumentar a eficácia e, logo, a sustentabilidade do Centro. Esta perceção assentava no facto de que, quando adequado, se “apresentava um qualquer problema, ou assunto” e se perguntava a cada pessoa presente, a sua opinião e a sua perspetiva de resolução. Para além disso, qualquer colaborador podia apresentar nas reuniões, os assuntos que considerasse necessários. ^(F84; OP)



Figura 25 - Reunião Geral de colaboradores do CMI-NSG ^(F25)

Há a realçar a especial insistência numa ideia sempre destacada. A Diretora clínica afirmava como matriz, que o Centro era propriedade da Igreja Católica, mas estava entregue ao cuidado dos trabalhadores. “*O Centro é vosso*”. A própria, referia amiúde que, estando em regime de voluntariado, poderia sair, caso considerasse que a sua presença e ação já não seriam necessárias. Compreende-se aqui uma lógica de estímulo ao envolvimento ativo e ao protagonismo dos diferentes profissionais. ^(OP)

Importa, a fim de melhor justificar esta preocupação estratégica da Direção, destacar um elemento sócio cultural que se nos afigurou como da maior importância. Os diferentes profissionais do Centro, como aliás as pessoas angolanas de condição social indiferenciada, respondem, genericamente, às indicações ou orientações de quem detém qualquer tipo de autoridade, como uma expressão verbal muito característica; *"Sim, sim"*. ^(OD) Procurou-se conhecer as motivações subjacentes a este comportamento, junto de algumas enfermeiras do Centro. Foi apresentada uma explicação, muito significativa que reporta ao tempo da guerra civil que o País enfrentou durante quase 30 anos. *"Quando estava a guerra, os soldados abordavam as pessoas de forma violenta e pediam comida, valores, ou qualquer outra coisa. Tinha de olhar para o chão e se falavas qualquer coisa que ele não gostava, apanhavas um tiro. Nós, então, falávamos o menos possível... -sim, sim- e, obrigado."* ^(OD)

Estamos, pois, perante os resquícios de manifestações de submissão que, pela sua intensidade emocional, continuam, aparentemente, a observar-se. Esta forma de interação, evidencia relações com os diferentes detentores de qualquer autoridade, marcadas pela obediência e não tanto pela colaboração. ^(OD)

Esta característica tem uma influência significativa na participação nos diferentes processos de uma instituição e, no concreto do CMI-NSG. Isto porque, no processo terapêutico, tem especial relevo a interação entre enfermeiras e utentes, tal como refere King, na Teoria do Alcance de Objetivos. (94)

As reuniões de colaboradores tiveram, na sua maioria, relato formal em ata. E o primeiro registo escrito é de Agosto de 2013. Tudo o que constituía a vida do Centro, era abordado nessas reuniões. A título de exemplo, destacamos: informação sobre práticas técnicas relacionadas com o parto; informações veiculadas pela DPS; ideias para o Plano de Atividades e propostas para os objetivos para o Centro, no ano civil seguinte; gestão do calendário de férias dos funcionários; formas de registo das atividades desenvolvidas; normas de funcionamento interno; regulamento interno; preenchimento dos livros oficiais dos diferentes setores (CPN, Pediatria, Vacinação, Sala de Partos). ^(F57)

Outros assuntos foram tratados, sempre com assinalável envolvimento de todos: a avaria do material; problemas relacionados com a ventilação das salas e poeira no ambiente; introdução do cartão de identificação dos funcionários; regras para o trabalho com computador nos serviços administrativos; necessidade de formação em processamento de texto (Word e Excel); distribuição de tarefas de controlo de entradas e pagamento de atos médicos; o organograma do Centro; fornecimento de refeições aos funcionários; planeamento dos horários para funcionamento do Centro em 24/24 horas, com três turnos; horário para os colaboradores da segurança. sugestões para melhorar a imagem do Centro.^{(F59) (F60)}

Já na implementação dos procedimentos do Projeto OM, muitos outros assuntos se tornaram pertinentes e aqui se elencam para clarificar o grande dinamismo que foi proporcionado e aceite por todos os elementos do Centro: acolhimento dos estagiários do Obrigado Mãe, de Benguela e de outras Províncias; vantagens que o Centro tem, derivado do OM; os circuitos de atendimento no Centro; a forma de registo dos pagamentos; obras no depósito de medicamentos e gestão do mesmo; circuito de compras; análise de comportamentos incorretos de colaboradores; necessidade de admissão de novos colaboradores; instruções gerais sobre a higienização do material clínico; necessidade de uma ambulância para o Centro. Formação para colaboradores na área da contabilidade com o programa Primavera, que foi adquirido pelo Centro; inscrição de todos os colaboradores na Segurança Social com um desconto de 3% nos vencimentos... o Centro vai assumir esse valor; informação sobre os resultados económicos do ano;^{(F62...F68) (F282) (F70)}

A dinâmica e a pluralidade das abordagens temáticas nas diferentes reuniões, concretiza a intenção de que todos os assuntos do Centro, sejam do conhecimento de todos os colaboradores. Esta estratégia é muito bem aceite e especialmente realçada e valorizada pelos próprios.^(F141; F142; F145; F151; F152; F153; F154; F156; F157; F158)

Todo o projeto Obrigado Mãe foi apresentado em reuniões de colaboradores, realçando a ideia de que o projeto seria temporário, ou seja, no curto e médio prazo, os próprios colaboradores dariam continuidade às análises e adaptações que o Projeto iria desencadear.

3.2.12. Reestruturação dos Processos Assistenciais

No CMI-NSG, por ocasião do início do projeto OM, prestavam-se diferentes cuidados à mulher grávida e ao bebê, no pré-parto, parto e pós-parto, mas também às crianças de idade mais avançada, a adolescentes e a adultos que pudessem acorrer aos serviços do Centro. Havia também a considerar, uma comunidade habitacional na qual o Centro se integra e em cuja dinâmica de vida e de saúde, encontrava justificação para a sua responsabilidade de promoção da saúde e prevenção da doença.

Na sequência da apresentação do projeto OM, aos participantes nacionais e estrangeiros no CMI-NSG, e também na sequência da assessoria técnica e de gestão levada a cabo em maio de 2014, ^(F112; F113; F114) os dirigentes e colaboradores do Centro empreenderam um importante esforço de reestruturação de toda a sua organização e atividade, apoiados subsidiariamente, na continuada supervisão técnico-científica e organizacional da FEC e da ESESFM.

Desde o início da concretização do projeto, a assessoria técnico científica, em estreita ligação com a Direção do Centro, com todos os colaboradores e com a coordenadora do projeto OM, desenvolveu um trabalho de levantamento sistemático da realidade, com contactos diários com os enfermeiros, com os administrativos e com os colaboradores de serviços gerais, a fim de conhecer em maior profundidade, a dinâmica quotidiana da atividade assistencial. Colaborou-se nos cuidados de enfermagem, nos diferentes setores e acolheram-se ideias e visões particulares do que no Centro se fazia e, fundamentalmente, do que se deveria e poderia fazer. Constatou-se o grande fluxo e diversidade das tarefas administrativas. Encontrou-se, o que se poderia designar como um conjunto de lacunas técnicas associadas aos cuidados e à gestão dos processos, que sugeriam inúmeras oportunidades formativas e devida reformulação. ^(OD)

Na sequência deste levantamento, foram formuladas hipóteses de reestruturação da dinâmica e dos processos de assistência clínica do Centro, os quais foram submetidos à apreciação de todos os colaboradores, em contactos individuais e, em reunião geral, tendo globalmente, acolhido aprovação. ^(F59; F60; F62)

Esta reestruturação dos processos assistenciais, assentava em alguns princípios simples, que se traduziam na clareza da orientação e, organização de toda a atividade, em função das razões que levavam as pessoas, até ao Centro.

Foram definidos cinco **processos assistenciais**, em função dos quais se justificava e enquadrava toda a atividade clínica, a contratação dos colaboradores, a existência dos equipamentos e das instalações e, em última análise, a própria existência daquela resposta em saúde. Estes **processos assistenciais** abrangeriam todo o percurso de uma mulher grávida que passa pela vigilância da sua saúde, pelo Parto e o Puerpério, e, logo após irá incluir a vigilância de saúde do filho e a dinâmica da comunidade na qual, mãe e RN se vão integrar. ^(F40)

Processos Assistenciais definidos para o Centro Materno-infantil N.º Sr.ª da Graça	
Processo A	Vigilância Pré-Natal
Processo B	Parto
Processo C	Puerpério
Processo D	Saúde Infantil e Pediatria
Processo E	Saúde na Comunidade

Quadro 16 - Processos Assistenciais no CMI-NSG ^(F40)

O **Processo A**, estaria alicerçado e consubstanciado em todas as atividades inerentes à consulta pré-natal. Tendo em consideração os normativos do Estado Angolano e as boas práticas internacionais patentes na literatura, elaborou-se um protocolo de atendimento e uma folha de registo dos achados na consulta, a qual seria levada a cabo por uma enfermeira. ^(F43; F46)

A folha de Protocolo teria como objetivo uniformizar os procedimentos e pesquisas na consulta, bem como evitar eventuais esquecimentos. De facto, e porque algumas vezes a enfermeira responsável por esta consulta, não estava presente, era preocupação da gestão que os procedimentos cobrissem os mesmos passos e temas, independentemente do profissional que a efetuasse.

FORVIDA – PROJETO OBRIGADO MÃE

**CENTRO MATERNO-INFANTIL
NOSSA SENHORA DA GRAÇA**
ENKALUP





Consulta 1
Anamnese

- ☐ Acolhimento
- ☐ História Clínica
- ☐ Doenças anteriores (Diabetes, Hipertensão,
- ☐ Grupo sanguíneo
- ☐ Dados biográficos
- ☐ Antecedentes Familiares
- ☐ Antecedentes Pessoais
- ☐ Hábitos (Alcoólicos, Tabágicos, Drogas, Medicamentos)
- ☐ Antecedentes Ginecológicos

**FOLHA DE
PROCESSO**
A

Figura 26 - Folha de Protocolo do Processo A ^(F46)

A folha de protocolo encontrar-se-ia afixada na parede, junto ao espaço de atendimento e estaria também incluída no dossier de apoio à consulta, colocado na secretária. Nela se dividem os itens da consulta, em quatro áreas; a Anamnese, o Exame Objetivo; os Cuidados Específicos e o Calendário das Consultas no Pré-Natal. ^(F46) Distingue, igualmente, a necessidade de colheita de dados, quando se trate de uma consulta inicial ou de uma consulta de continuidade. ^(F46)



Figura 27 - Sala de Consulta Pré-Natal e espaço de Observação ^(F258; F259)

Na consulta, a enfermeira deve solicitar as análises de rotina, segundo o Modelo em vigor no Centro ^(F210) ou, no caso de a grávida já estiver na posse dos respetivos

resultados, transcrever os valores dos parâmetros, para o *Caderno de acompanhamento da gravidez*, que a grávida transporta consigo para todas as consultas e que fica à sua guarda.

No livro geral das consultas que pertence à DPS e tem objetivos de estatística, deverão ser registados os dados antropométricos, os relativos ao tempo de gestação e à data provável do parto, bem como da profilaxia com o Fansidar.

Em função da presente reestruturação, foi concebida, para este Processo A, uma folha de consulta, preparada para um registo rápido e abrangente e que, no final de cada consulta, é arquivada no Centro e, utilizada em próximas consultas. ^(F43) A Gestão adicionou, desta forma, uma inovação importante, face a práticas anteriores, ou seja, cria-se de maneira formal, o conceito de **Processo Clínico** de cada utente, que fica à guarda do Centro. ^(F40) Este facto resulta da vivência de inúmeras situações em que as grávidas perdiam ou esqueciam o seu *Caderno de acompanhamento da gravidez*, o que prejudicava significativamente a relação clínica e todo o processo da consulta de vigilância da gravidez. Acrescia a exiguidade dos espaços de notas e a complexidade do seu preenchimento.

MULHER QUE NUNCA TEVE PARTO

Quantos anos tem?
 E cova? Sim ☐ Não ☐
 Altura: _____ (cm)
 Teve abortos espontâneos? Sim ☐ Não ☐
 Quantos? _____
 Tem ou teve alguma doença grave ou crónica? Sim ☐ Não ☐ Qual? _____
 Sofreu algum tipo de violência? (sexual, espancamento, psicológico, etc.) _____

MULHER QUE JÁ TEVE PARTO:

Nº de Gestações	Nº de Partos	Nº de Abortos	Nº de Nados Mortos	Nº de Filhos V	Nº de Filhos M

Teve cesariana? Sim ☐ Não ☐ se for "sim" procurar (cicatriz): Porque? _____
 Quando? _____ Teve outros partos depois? Sim ☐ Não ☐

PREGUNTAS SOBRE O ÚLTIMO PARTO:

Data do último parto: ____/____/____
 A criança nasceu morta? Sim ☐ Não ☐ Se for "sim" procurar: Porque? _____
 Foram utilizadas forceps ou ventosas? (Sim/não) _____ Se sim porque? _____
 A criança morreu durante o 1º mês de vida? Sim ☐ Não ☐ Se sim porque? _____
 Teve grande hemorragia antes ou depois do parto? Sim ☐ Não ☐
 Teve outro problema durante a última gravidez ou no último parto (Como convulsões, perda de consciência)? _____

Tem ou teve alguma doença grave ou crónica? (VIH-SIDA e ITS, tuberculose, hepatite, hipertensão arterial, diabetes, paludismo, cancro da mama ou colo do útero)

VISITAS MEDICAS

	Primeira visita	Segunda visita	Tercera visita	Quarta visita	Quinta visita	Outras
Data						
Peso Kg						
Anemia						
Edemas						
T Arterial						
Tempo de gest. Semanas (mês)						
Altura (cm)						
Apresentação						
Hovimentos fetais						
Freq. Cardíaca Fetal (FCF)						
Fansidar (SP)						
Mosquitoso tratado						
Sal. ferroso						
Ácido Fólico						
Disparatame (Albendazole)						
Data da próxima visita						
Nome legível do prestador						

VACINA ANTI TETÂNICA (considerar as vacinas administradas antes da gravidez actual)

Doses	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
Data					
Data da próxima dose					

PROFILAXIA COM FANSIDAR

A grávida deve tomar duas doses de Fansidar durante a gravidez, para prevenir o paludismo. As doses devem ser tomadas sempre sobre observação directa do técnico de saúde e na sala de CPN. Não tomar em jejum. (A dose é = 3 comprimidos de Fansidar).

Figura 28 – *Caderno de Acompanhamento da Gravidez* ^(F206)

Assim, e auscultados os enfermeiros que eram responsáveis por essa consulta, foram elaboradas algumas alternativas, tendo ficado selecionada a denominada “Folha do Processo A”. (F43)

Consultas Pré Natal - Ficha Clínica da Grávida

Processo

1. Identificação da Mulher

Nome: _____ Idade: _____ Data Nasc. _____

Morada: _____ Telefone: _____ Telefone apoio: _____

Estado Civil: _____ Grupo Sanguine: _____ Peso antes Gravidez: _____ 1º D. Última Menstruação: _____ Data P. Parto: _____

2. Saúde da Mulher

Primeira Menstruação: _____ A Sífilis / IST: S N Antecedentes Familiares: _____

Diabetes: S N Tuberculose: S N

Hipertensão: S N Inf. Urinárias: S N

D. Coração: S N HIV: S N

3. História Obstétrica

Quantas vezes grávida: _____ Já teve Cesariana: S N Partos após Cesariana: S N Hemorragias Pós-Parto, Abundantes: S N

Partos de termo: T

Partos Pré-Termo: P

Observação Estado Geral: _____

Figura 29 - Folha de Processo A (registro do CPN) no CMI-NSG (F43)

Torna-se evidente que é colocado uma especial ênfase nesta consulta, na medida em que é nela que se consubstancia o cumprimento formal do Programa Nacional de Vigilância da Gravidez, que decorre do Plano de Saúde Sexual Reprodutiva de Angola, 2008-2015; do Plano Estratégico para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em Angola e se desenvolve, igualmente, o rastreio da seropositividade para o VIH. (F14; F19; F40)

Para além de um mínimo de quatro consultas protocoladas, até às 36 semanas, foi introduzido um mecanismo adicional para reforçar a prevenção de ocorrências na gravidez e parto. Assim, e a partir das 37 semanas de gravidez, cada mulher grávida, pode deslocar-se ao CMI-NSG, a fim de ser observada. Essa observação poderá ocorrer a um ritmo semanal, até ao Parto. Esta avaliação é gratuita, e é feita pela enfermeira que se encontra de serviço à Sala de Partos. Consta de, avaliação da tensão arterial; da pesquisa de proteínas na urina; de CTG e, de exame ao Colo do útero, com descrição registada, no processo clínico da grávida. (F40)

O **Processo B**, enquadra os procedimentos, os espaços, os documentos e os enfermeiros que estejam de serviço no setor designado "*Sala de Partos*". Este é, contudo, constituído por duas salas; a "*Sala das Expectantes*" e a "*Sala de Parto*", propriamente dita.

A sala de expectantes é um espaço com quatro camas, no qual as grávidas são observadas, quando se dirigem ao Centro, a fim de avaliar a sua situação relativa à proximidade do Parto. Nessa sala, e caso enquadrem os critérios de admissão, vão aguardar o processo de dilatação do colo do útero, sempre sob vigilância direta e permanente das duas enfermeiras de serviço. ^(F40)

O **Processo B** é, então, o processo relativo ao Parto. Tal como em todos os Processos, também aqui foi estabelecido um Protocolo. Este tem quatro focos: os procedimentos na sala de expectantes; os procedimentos na sala de partos com a grávida; os procedimentos na sala de partos com o recém-nascido e, os procedimentos na sala de partos com a puérpera. ^(F47)



Figura 30 - Sala das Expectantes e Sala de Partos (F260; F261)

Tal como na consulta Pré-Natal, também neste Processo B, existem formas de registo muito importantes, uma vez que acompanham toda a monitorização do período de dilatação e depois, do período expulsivo. A **Folha do Partograma**, é a principal folha de registo no período de dilatação e do parto. Instituída desde 2009, continua a ser um dos elementos imprescindíveis do Processo Clínico da Mulher grávida/puérpera. ^(F205) Contudo, existem também outros elementos de registo, neste Processo B, nomeadamente o livro oficial da DPS, onde a Enfermeira deve

registar o nome da parturiente, o dia e hora de admissão, o município de onde provém, a idade da mulher, o número de gestações, idade da presente gestação, a hora de nascimento, o sexo do RN, o peso, e qualquer outra condição digna de realce (se se trata de um nado morto, e.g.).^(F268) O preenchimento da Folha de Partograma, inclui os dados clínicos, relativos à condição da mulher grávida, à entrada, os dados laboratoriais, o resumo de informação das gravidezes anteriores, e a condição da bolsa amniótica. Numa segunda secção, encontram-se as formas de registo dos diferentes indicadores da evolução cronológica do trabalho de parto, a medicação administrada e as respetivas horas e doses, assim como os sinais vitais.

(F205)

**CENTRO MATERNO - INFANTIL
DA NOSSA SENHORA DA GRAÇA
BENGUELA**

Data: ____/____/____
 I.O. : ____/____/____
 I.G. : ____ S ____ D
 G.S. : ____ Rh ____

Motivo do Internamento: _____
 AP/ Complicações na Gravidez: _____
 Alergias: _____
 Contacto Pessoa Significativa: _____

Serologias	Data	Data	Data	Grav.	Data	Tipo	Peso
------------	------	------	------	-------	------	------	------

Figura 31 - Folha de rosto da folha de Partograma do CMI-NSG ^(F205)

Numa terceira secção, a Folha do Partograma, permite os registos dos indicadores essenciais do parto ocorrido e dos elementos relativos à condição e características do RN.^(F205) Na Sala de parto existe equipamento básico, como, ambu, oxigénio em botija, sondas diversas, aspirador portátil e pera de aspiração. Na parede junto da mesa de apoio ao RN, encontra-se em destaque, um cartaz, que orienta os procedimentos de apoio, em caso de asfixia do neonato.^(OD; F211; F262)

Caso seja necessário escrever algo sobre o parto, a dequitação, sobre alguma ocorrência extraordinária, ou sobre algum cuidado específico a prestar, a

enfermeira da sala de partos deve utilizar uma folha de continuação a que se entendeu chamar, **Folha de Registo Clínico**. Esta é uma folha com um cabeçalho para identificação da paciente e com linhas, servindo apenas para dar continuidade aos diferentes registos, tanto na Sala de Partos, como nas diferentes consultas ou atividades. ^(F40; F45) Esta folha, em conjunto com a **Folha do Processo A**, a Folha do Partograma e todas as folhas com resultados de análises, ou outras que sejam de interesse para os cuidados a prestar, devem acompanhar a puérpera, num envelope de plástico fechado. A mulher, após a dequitação, é acompanhada à Sala de Puerpério.

Deverá referir-se que, neste **Processo B**, está incluída a possibilidade de referenciação da grávida ou, eventualmente da puérpera e RN. Existe um modelo a preencher caso exista necessidade dessa transferência. ^(F209) Segundo o protocolo estabelecido no Centro, são suscetíveis de transferência para o Hospital Geral de Benguela, as mulheres que, apresentem um Trabalho de Parto prolongado; apresentem a procedência da mão do feto; apresentem sintomatologia associada a Pré-eclâmpsia; sejam sujeitos de casos em que a dificuldade de descida do feto esteja relacionada com a moldagem; apresentem prolapso do cordão ou ocorra apresentação pélvica. Há ainda que desencadear esse mecanismo, em casos de perdas hemáticas muito acentuadas com evidente palidez, e quando ocorra parto de bebé prematuro. ^(F209) Em caso de transferência, a enfermeira de serviço deve convocar uma ambulância do INEMA, e acompanhar a grávida/puérpera.

Em qualquer hora do dia ou noite, estão sempre presentes, duas enfermeiras na sala de partos, por forma a poder responder à necessidade de uma delas ter de se ausentar em serviço. ^(OD)

O **Processo C**, é composto por todos os cuidados e procedimentos à puérpera e RN, desde, imediatamente após a saída da Sala de Partos, até ao final do Puerpério, quarenta e dois dias depois. Esta é uma característica distintiva nos cuidados prestados às mulheres que fazem o seu parto no CMI-NSG. Após a alta clínica, a mulher e o bebé, continuam a receber cuidados de enfermagem até ao final do puerpério. O *Protocolo do Processo C*, contempla como prioridades, na chegada à

sala de Puerpério, a avaliação da condição geral do RN e a avaliação do bem-estar da mãe. Ao RN, são avaliados os sinais vitais, verificado o eventual sangramento do coto umbilical e a adaptação à mama. À mãe, são efetuados os cuidados de acolhimento, com especial atenção ao conforto e ao seu estado geral, aos sinais vitais, à avaliação da contração uterina e à hemorragia vaginal. Estimula-se a adaptação do RN, à mama, caso esta ainda não tenha ocorrido. ^(F40; F;48)

A Mãe e Filho(s), permanecem na Sala de Puerpério, até obterem alta clínica, o que só pode acontecer após serem prestados os cuidados definidos na *Folha de Acompanhamento da Alta*.^(F44) Nenhum bebé poderá ter alta clínica sem ter sido amamentado com sucesso, ou seja, "adaptar-se bem no mamilo". É responsável por estes cuidados, uma das duas Enfermeiras de serviço à Sala de Partos. ^(F40)

Tendo em conta o pouco tempo que a mãe permanece no Centro, após o parto, (esse tempo varia entre duas e vinte e quatro horas), é desenvolvida uma série de intervenções de enfermagem, que dizem respeito à Mãe, ao RN, e à continuidade do processo de adaptação à maternidade e à vida extrauterina, respetivamente.

Existe um especial foco no bem-estar materno, quando se avalia a contração uterina e a formação do Globo de Segurança de Pinard, assim como a saída de lóquios. É uma estratégia de prevenção da hemorragia puerperal grave e da infeção, uma vez que existe entre todos os profissionais de saúde do Centro, a clara noção de que estas, são as principais causas de morte materna, em Angola. ^(OD) (57)

No que respeita à promoção da saúde, da puérpera e RN, são abordados assuntos relacionados com os cuidados ao corpo da mãe, ao cuidado do RN e aos sinais de alarme. É reafirmado que a mãe, ou qualquer familiar, poderá contactar o Centro, via telefone móvel, a qualquer hora do dia ou da noite, caso surja algum problema. É na ocasião, realçado que todo o apoio pós-parto que venha a necessitar, é gratuito, estando incluído no valor que se paga pelos cuidados ao parto. ^(OD; F40)

FORVIDA – PROJETO OBRIGADO MÃE





Processo C - Acompanhamento da Alta (Follow-up)

1. Identificação da Mulher			
Nome:		Nº de Processo:	
Morada:		Bairro:	
Terminal:	Data nascimento:	Sexo RN:	Peso RN:
2. Ensinos para a Saúde		3. Verificações	
Hemorragia Materna	Horário Amamentação	Globo Segurança	
Higiene e Conforto Perineal	Higiene dos Olhos	Lóquios	

Figura 32 - Folha de Processo C - Acompanhamento da Alta (F44)

Proporciona-se, também, nesta sala de puerpério, e englobado no Protocolo do Processo C, um conjunto de cuidados ao RN, nomeadamente a verificação dos reflexos e simetria de movimentos, a perfuração anal, a adaptação à mama e a boa laqueação do coto umbilical. Toda a observação ao RN, é feita junto da mãe, quando esta esteja desperta, a fim de que lhe seja proporcionada um cuidado de educação para a saúde, no que concerne ao bem-estar do RN e aos eventuais sinais de alerta que poderão motivar a procura de apoio, junto dos serviços de saúde, nomeadamente do CMI-NSG. Também neste âmbito se reforça a possibilidade de contacto via telefónica para o Centro. (OD; F44; F48)

O **Processo C** é um espaço de cuidados mas, também, uma abordagem estratégica de potencialização da relação da Mulher com o Centro. Sendo muito frequente a presença de familiares que acompanham a grávida, os mesmos são convidados a estar presentes na sala de puerpério, a fim de partilhar a responsabilidade do cuidado à mãe e filho, uma vez que todos os ensinos e alertas de prevenção de complicações, são feitos, preferencialmente, na sua presença. (OD; OP)

Neste Processo C, são também propostas outras formas de relação da mulher e seu bebé, com o Centro Materno-Infantil. Assim, é explicitado à mãe e seus familiares que, para além de puderem contactar o Centro em qualquer ocasião, os enfermeiros do Centro também gostariam de obter a sua autorização para contactar a mãe/família, via telefone, a fim de saber como está a decorrer o

puerpério e a adaptação do bebé à vida extrauterina. É o que internamente se entendeu designar por, *Follow-up*.^(F48) Tais contactos fazem parte e têm conteúdos protocolados, no Processo C, devendo acontecer por pelo menos cinco vezes; 1 dia após o parto, 3 dias após o parto, 7 dias após o parto, 28 dias após o parto e 42 dias após o parto, na consulta do puerpério. Esta proposta tem, quase sempre, uma aceitação explícita.^(OP; F40; F44) Desta forma o Processo C, materializa uma resposta à necessidade de acompanhamento especializado a mães e bebés, neste contexto, superando os fatores, distância, oportunidade e custos de deslocação.

O **Processo D** engloba todas as ações levadas a cabo pelos profissionais do Centro, dirigidas à área da saúde infantil e pediatria. A folha de Protocolo do Processo D, organiza e divide a abordagem, em duas áreas distintas; a vigilância de saúde e a situação de doença, da criança/jovem.^(F49) Na primeira, encontramos que a maioria das idas ao Centro, se destina ao cumprimento do Programa Alargado de Vacinação. Sendo o CMI-NSG, um Centro de Vacinação, devidamente autorizado pela DPS, recebe do Estado as vacinas que administra às crianças que aí afluem. Destaque-se que este serviço é gratuito, razão pela qual tem uma grande afluência e justifica a deslocação das mães ao Centro, poucos dias após o parto. Tal facto constitui-se numa importante ocasião para a avaliação da evolução do bem-estar da criança e da mãe. Os enfermeiros do Centro desenvolvem esse ato de administração da vacina, conforme o Programa Alargado de Vacinação (PAV), no âmbito de uma consulta de enfermagem, na qual se avaliam, também, outros indicadores de bem-estar, conforme preconizado pela Folha de Protocolo do Processo D. O respetivo registo é efetuado em Folha de Registo Clínico.^(F45; F49; F212; F214) A folha de Registo Clínico de qualquer criança, não constitui um processo clínico autónomo. Está sempre integrada no processo clínico da mãe.^(F40) Em cada consulta tenta-se manter o ambiente o mais reservado possível, por forma a favorecer a expressão de qualquer dúvida. A sala de atendimento pediátrico, possui um ambiente cuidado, especialmente pensado para crianças.^(F263; F264; 265)

Dada a necessidade de manutenção da cadeia de frio, no que respeita às Vacinas, e conforme as indicações técnicas, O Centro possui um frigorífico dedicado aos

diferentes produtos vacinais, bem como caixas térmicas de transporte e blocos de refrigeração, para situações em que a Vacinação decorra no ambiente comunitário.

(F214)

Figura 33 - Folha de Protocolo do Processo D e Folha de registo da consulta de enfermagem (F49; F45)

No âmbito do **Processo D**, existe o atendimento a crianças doentes. Para enfrentar este desafio o Centro Materno-Infantil optou por implementar a estratégia AIDI (Atenção Integrada às Doenças da Infância). Esta estratégia, preconizada e difundida pela OMS e, em fase de adoção pelo Estado Angolano, traduz-se numa forma de abordagem à saúde da criança, que se foca no seu bem-estar e a considera como um todo. Foca-se na redução da mortalidade, da doença, da incapacidade e, concomitantemente, na promoção de um crescimento e desenvolvimento, saudáveis. Destina-se especificamente, às crianças até à idade de 5 anos. Incluindo abordagens curativas, mas também preventivas, promove, a participação das famílias e das comunidades. Para além da visão multidimensional de cada caso, a estratégia do AIDI, transporta vantagens para os profissionais de saúde, ao fornecer-lhes uma metodologia de intervenção em situações que raramente são lineares. (129)

Neste contexto, existem na consulta de pediatria, guiões orientadores do atendimento e suportes de registo que permitem a implementação destas opções de abordagem. O Ministério da Saúde de Angola, produziu um manual de apoio à utilização da estratégia AIDI, que também está disponível. O enfermeiro que faz o atendimento, quando se trate de uma criança doente, pode utilizar um *Flipchart*,
(F216) construído como forma de apoio à colocação de questões à família e, também

à tomada de decisões quanto às prescrições. Existe também uma folha específica de registo dessa observação, ^(F217) e um Dossier Técnico, o denominado *Manual de Orientações Técnicas AIDI*, ^(F218) relativo a procedimentos concretos, nomeadamente no que respeita às doses de medicação, às indicações aos pais e, quanto aos motivos que justifiquem o retorno da criança ao Centro, entre outros assuntos.

A avaliação da criança e as decisões terapêuticas são registadas na Folha de Registo AIDI. ^(F215; F216; F217) Tal como nos Processos antes referidos, também aqui se enfatiza a possibilidade de os familiares contactarem o CMI-NSG, via telemóvel, a qualquer hora, pois estará sempre disponível um profissional de enfermagem, para dar as devidas orientações. ^(OD)

O denominado **Processo E**, enquadra a intenção da gestão e dos colaboradores do Centro, de proporcionar cuidados de saúde, no contexto de vida das populações, tanto no plano preventivo como curativo e, aumentar a visibilidade do CMI-NSG, enquanto recurso clínico de qualidade, que as pessoas podem utilizar. Aqui se enquadram, pois, todas as atividades que visam dar cumprimento às duas vertentes da Folha de Protocolo do Processo E; a Visita Domiciliária (VD), no âmbito da consulta Pós-Parto e, os diferentes tipos de atividades de Educação para a Saúde, dirigidas a grupos. ^(F40; F50)

A VD enquanto estratégia de prestação de cuidados, é uma forma de, no contexto de vida de cada pessoa/família, conhecer as condições, os condicionalismos e as oportunidades que podem ser mobilizados, a fim de proporcionar cuidados mais eficazes e promotores da autonomia. Esta abordagem tendo sido amplamente refletida entre todos os colaboradores, revelou-se como teoricamente importante e significativa, na medida em que muitas mulheres encontram, na deslocação ao Centro e até na explicitação das dificuldades que enfrentam para cuidar do bebé, um obstáculo muitas vezes insuperável. ^(OP) Mas, porque esta atividade envolve custos significativos, suportados pelo Centro, em termos de deslocação, uma vez que o mesmo não dispõe, à data, de um meio de transporte próprio, ela é desenvolvida, maioritariamente, em relação a situações consideradas de elevado risco. E isto, quer seja relacionado com o deficiente suporte social, com situações de

risco na mãe ou bebé, com a dificuldade de comunicação terapêutica com a mãe ou, ainda, com as débeis condições económicas/habitacionais do agregado. ^(F40)



Figura 34 - Visita Domiciliária no Bairro da Graça ^(F266; F267)

Na visita domiciliária são usados elementos de registo, e é efetuado o preconizado na folha de **Processo E**, com as devidas adaptações, relativamente ao espaço em que decorra a visita. ^(F50; F219)

As atividades de Educação para a Saúde, têm lugar em diferentes contextos. No CMI-NSG, tem lugar, todos os dias em que há consultas, (de 2ª a 6ª), uma *Palestra*, realizada por um dos enfermeiros do Centro. Esta *Palestra* consta da exposição de uma situação de saúde que o enfermeiro enquadra, ou no âmbito da saúde da mulher grávida, ou no âmbito da saúde da puérpera ou do bebé. Pode também abordar a área da Pediatria, quando se trata do ensino acerca do Programa Alargado de Vacinação, das doenças das crianças ou dos primeiros socorros. Todos os dias se aborda um tema diferente tendo como destinatárias, as pessoas que aguardam ser chamadas para a sua consulta. ^(OD; F40; F269)

Nesta tentativa de chegar mais perto das pessoas, por forma a promover a Saúde e efetuar deteção atempada de situações de doença, o **Processo E**, enquadra atividades de relevância social, na medida em que os enfermeiros do Centro, se deslocam, numa base semanal, ao Mercado do bairro, a fim de efetuar *Palestras* em espaço público, relativas à importância da vigilância da gravidez; à alimentação saudável/economicamente acessível, para as crianças e mulheres grávidas; à Vacinação; ao controlo da Tensão Arterial. Estas sessões, acontecem sempre, em

estreita colaboração com a autoridade do Bairro, o Soba, por forma a favorecer a participação de todos. Esta iniciativa do Centro, na qual todos os assuntos e avaliações particulares, são feitos de forma inteiramente gratuita, obtém, em todas as oportunidades uma adesão massiva, por parte da população. (F40; F270; F271; F272; F273; F274)



Figura 35 - Palestra de Saúde no Centro e Sessão de avaliação de T.A., no Mercado do Bairro (F269; F270)

Estas atividades, inserem-se numa estratégia de aproximação aos habitantes do Bairro, demonstrando a disponibilidade do Centro e a facilidade de acesso a técnicos de saúde. Por outro lado, com elevada frequência encontram-se casos de pessoas que, com relativa urgência, necessitam de cuidados de saúde. A título de exemplo, realça-se um elevado número de mulheres grávidas que não se encontram a efetuar vigilância da gravidez, ou com hipertensão arterial, ou com padrões alimentares inadequados. Também é muito frequente o contacto com crianças malnutridas, ou com necessidade de abordagem de saúde, específicas, relativas a questões médico-cirúrgicas. É o caso de crianças com hérnia umbilical, ou com escabiose, e.g. (OP; F275; F276)



Figura 37 - Criança com Hérnia umbilical (F275)



Figura 37 - Bebê com Escabiose, no Mercado (F276)

Por outro lado, todo o contacto com as pessoas, na VD e, também no Mercado do Bairro, às quartas feiras, entre as 9:00 e as 12:00, favorecem o conhecimento dos padrões culturais e ancestrais que os indivíduos mobilizam, em situação de doença ou vulnerabilidade. É possível ilustrar esta afirmação, com o exemplo de uma mulher que transportava o seu RN, sendo que este apresentava uma pasta amarela na região da fontanela anterior. ^(OD; F277) Esta substância pastosa, apurou-se, era constituída por farinha de milho e óleo de palma. O relato era que, a mãe utilizava a referida mistura, porque sentia que *"aquela zona está mole"*, para evitar que *"alguma coisa possa entrar na cabeça"*. ^(OD)

Esta, uma das aprendizagens do foro cultural, que alerta para um universo de representações, que os enfermeiros conhecem e utilizam para uma maior proximidade relacional, indispensável à eficácia da relação terapêutica.

O **Processo E** contempla, ainda, as atividades que os enfermeiros do Centro, desenvolvem, em escolas ou nas várias igrejas que têm localização no Bairro de N.^a Sr.^a da Graça, com vista à sensibilização para a necessidade de as grávidas frequentarem as consultas Pré-natais e/ou as crianças fazerem uma regular vigilância de saúde e receberem as vacinas do Plano de Vacinação. Não se trata de campanhas com um tempo limitado. Neste contexto e dada a dispersão geográfica e o número crescente de mulheres grávidas e de crianças, esta é uma atividade permanente e estrutural do CMI-NSG. ^(F40; F278)

Neste sentido, enquadram-se no **Processo E**, outros serviços disponibilizados à comunidade, nomeadamente a consulta médica de ginecologia e obstetrícia, o Serviço de análises clínicas, ou o atendimento de pessoas com situações de alteração de saúde, não específicos da saúde Materno-infantil, como é o caso do tratamento da picada de escorpião. ^(F220)

3.2.13. Reestruturação dos Processos Administrativos

Os serviços administrativos funcionam numa base de 3 turnos de 8 horas, e constituem um suporte organizacional formal, às diferentes linhas de atividade do Centro. Estão sob responsabilidade da Diretora Administrativa. Para além disso,

tendo em consideração que os diferentes funcionários administrativos, na Recepção, são o primeiro contacto das pessoas que chegam, a Direção realça a necessidade de um acolhimento cuidado, com especial atenção à especificidade de cada situação, tanto no plano técnico, como humano e relacional. ^(F40)

Alguns princípios dão forma à atividade administrativa. Em primeiro lugar, toda e qualquer pessoa que entre no Centro, pela primeira vez e por motivos de saúde, deverá ser inserido, no Registo de Processos, no computador, recebendo um **Número de Utente**. Simultaneamente recebe um **Cartão de Utente**, com o seu nome e número de utente e com o número do telefone móvel do Centro. ^(F40; F77)

Após este procedimento, o funcionário fornece à pessoa, uma pasta de plástico, com a Folha de Registo, adequada ao Processo a que a mesma vai aceder. Sendo uma consulta de vigilância da Gravidez, ou qualquer outra consulta médica, ou exame complementar, deverá ser efetuado o pagamento prévio da mesma. No caso de ser o Parto, este pagamento é, apenas, efetuado aquando da alta clínica. ^(F40) Se a pessoa estiver numa situação de urgência, todo este processo de registo fica adiado. ^(OD)

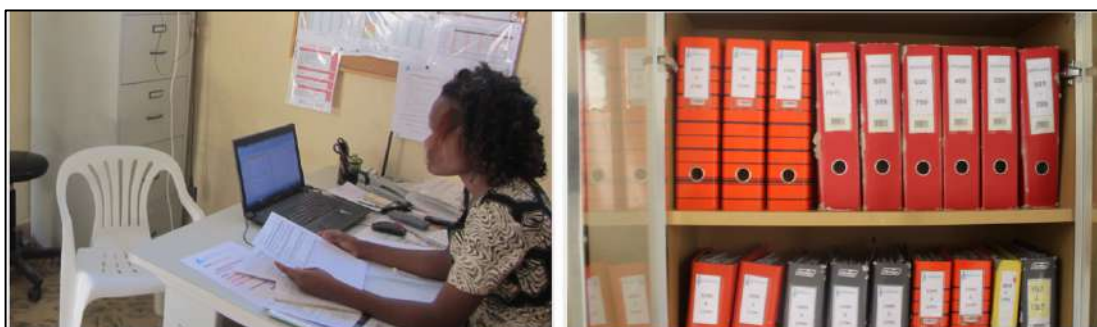


Figura 38 – Serviços Administrativos - Recepção do Centro e arquivo de Processos Clínicos ^(F279; 280)

É função dos serviços administrativos a manutenção da integridade dos diferentes Processos Clínicos. Para este efeito, cada um é arquivado em pasta, onde pode ser procurado por ordem numérica. Em qualquer consulta que o utente frequente, está sempre junto, todo o seu processo anterior, a fim de facilitar a continuidade e fundamentação dos cuidados. No final da consulta ou atendimento, o Processo fica junto do enfermeiro ou médico, o qual o devolve aos serviços administrativos para

arquivamento. Todos estes passos, estão descritos no Manual de Procedimentos.

(F40)

O recebimento dos valores correspondentes aos diferentes atos técnicos, é efetuado na receção. O funcionário de serviço, informa sobre os valores a pagar, e mostra a Tabela de preços afixada. A cobrança de quaisquer valores, diferentes dos afixados, apenas poderá ocorrer com autorização da Direção. (F40; F76; F220) Ao receber o valor de cada ato técnico, consulta ou conjunto de análises clínicas, o funcionário regista o valor recebido e o ato que lhe corresponde, na Folha de Caixa, em formato digital, folha Excel e, num caderno de apontamentos. Este duplo registo visa colmatar a eventual situação de não ser possível registar no computador, (o que acontece, por vezes, devido a falhas de corrente elétrica). Deste modo, no turno da noite, o funcionário administrativo, tem como incumbência, a verificação da folha de Caixa de todo o dia precedente. Quando é necessária a compra de qualquer produto ou serviço, para o Centro, é o funcionário administrativo que efetua o pagamento e arquiva a respetiva fatura ou recibo. (F21; F40)

A gestão dos documentos e modelos de documentos utilizados no Centro Materno-infantil, é outra das responsabilidades do setor administrativo. Os diferentes tipos de documentos a utilizar nas consultas, na sala de partos e na sala de puerpério, são repostos pelo funcionário administrativo que se encontre de serviço, no turno da tarde. Encontra-se em processo de construção, um repositório de todos os originais de documentos, Modelos, a fim de que, a partir dos mesmos, se possa proceder à sua reprodução. Igualmente se indica que não deve ser alterado o logotipo do CMI-NSG, nos modelos de documentos que existem no Centro, em suporte digital. Deve ser mantida a sua aparência bem como o tipo de letra utilizado.

(F33; F40)

De uma forma global, a Receção, onde se concentra a maior parte dos procedimentos administrativos, assegura as condições formais do funcionamento do Centro. Neste sentido, aí se localiza, o Livro de Ponto, que todos os colaboradores devem assinar, diariamente, bem como o Livro de Ocorrências, no qual deve ser registado qualquer facto, situação excecional, ou erro, que possam colocar em causa as rotinas ou os procedimentos estabelecidos. (F40; F74)

A área de Gestão Financeira e dos Recursos Humanos está, também, sob coordenação da Diretora Administrativa. Engloba as questões ligadas aos orçamentos e relatórios anuais, aos contratos, vencimentos, horários de todos os colaboradores, assiduidade e férias. Esta gestão decorre da aplicação da Lei Geral do Trabalho, em vigor em Angola. ^(F40; F75)

3.2.14. Serviços Gerais e de Apoio

Os Serviços Gerais estão igualmente sob a alçada da Diretora Administrativa, sendo coordenados, no quotidiano, pelo designado Encarregado Geral. No seu âmbito recaem todas as questões relacionadas com a limpeza, higiene e manutenção de todas as instalações e equipamentos, a vigilância e segurança, as compras, e a gestão do funcionamento da cozinha. Está, igualmente, sob a responsabilidade do Encarregado Geral, em cooperação com a Enfermeira responsável, o processo de esterilização de material clínico em autoclave, no Centro. Todas as suas funções se encontram discriminadas no Manual de Procedimentos do CMI-NSG. ^(F40)

3.2.15. Assessoria técnico-científica e processos formativos internos

O Projeto Obrigado Mãe, integrado na atividade do CMI-NSG, tinha como um dos seus objetivos específicos, melhorar a prestação de cuidados de saúde materno-infantil pelos recursos humanos de saúde nas províncias de Benguela, Huambo e Bié, como forma de promover a saúde materno-infantil das populações. Assentava, como anteriormente explicitado, em dinâmicas de formação, que decorriam das necessidades manifestadas pelos colaboradores do CMI-NSG e percecionadas pela direção, sendo assim tomadas como representativas das necessidades dos formandos de outras Províncias. Embora dirigido às três Províncias (Benguela, Huambo e Bié), os momentos formativos seriam efetuados, em Benguela, na expectativa de que os formandos que viessem de outras Unidades de Saúde, e também dos espaços formativos do ISPJP, pudessem entrosar-se na lógica de

formação que encontrassem no Centro e usufruir dos mesmos, considerando-a pertinente para as suas próprias experiências pessoais e profissionais. ^(F25)

Os **Guiões de Estágio do CMI-NSG** foram elaborados neste enquadramento, ou seja, como facilitadores do conhecimento da dinâmica funcional do Centro, tendo em vista os diferentes estagiários. Fundamentalmente, os guiões estabelecem os objetivos de cada tipo de estágio e configuram o percurso do estagiário pela estrutura de funcionamento do Centro, nos cinco Processos Assistenciais. Havia o propósito de dar a conhecer e propor, as opções de organização do Centro, como um ponto de partida para a construção das formas próprias de organização de cada enfermeiro, parteira ou gestor, nas respetivas unidades de saúde. Assim, todos os estagiários, enfermeiros e parteiras, acompanhavam os colegas, em função dos Processos Assistenciais em que estariam a trabalhar, passando por todos esses Processos. Existiria, também, um dia para que o estagiário acompanhasse as atividades administrativas e de gestão, a fim de conhecer como se articulam e conciliam, a prestação de cuidados e a gestão da unidade de saúde. ^(F194) Quando se trata de estudantes de enfermagem, também eles veem o seu estágio organizado, em função dos atos técnicos que observam, mas também, de um percurso que resulta das opções de gestão do Centro. ^(F195)

As oportunidades de assessoria técnica foram ocorrendo no período compreendido entre os anos de 2014 e 2018. Durante este tempo, efetuaram-se oito momentos formais de assessoria, durante os quais se desenvolveram diferentes experiências formativas, de supervisão ou de observação participante. Não nos referimos, em exclusivo a momentos formais, que faziam parte do Projeto OM, mas a um contacto permanente com os diferentes profissionais, na lógica de existência de um recurso de facilitação e de questionamento da realidade, ao qual os profissionais recorriam tanto informal como formalmente. Desta forma, cabe acentuar que, em relação aos oito momentos de assessoria, podemos elencar diferentes e diversas intervenções que se enquadram, tanto na formação estruturante dos colaboradores do Centro Materno-infantil, enquanto referenciais para as outras unidades de saúde, como na colaboração na formação dos estagiários provenientes de fora de Benguela. ^(F25)

Num primeiro momento, em **Junho de 2014**, foi efetuado um diagnóstico inicial

aprofundado, para avaliar as várias dimensões do CMI-NSG, nomeadamente, o tipo e a forma dos cuidados de serviços de saúde prestados; os protocolos clínicos e, a gestão. Havia a intenção de produzir recomendações de melhoria e adaptação ao contexto local dos programas de estágios curriculares. Os objetivos das intervenções, estiveram, no que respeita à Formação, orientados para:

- Apoio à gestão do CMI-NSG, de forma a criar condições adequadas de organização e funcionamento para o acompanhamento e avaliação dos estágios;
- Início da conceção do Manual de Procedimentos do CMI-NSG;
- Preparação e desenvolvimento de uma formação pedagógica e técnica, com componente teórica e prática (em serviço) para os RHS do CMI-NSG, de forma a reforçar e uniformizar procedimentos para o acompanhamento e avaliação dos estágios;
- Preparação dos Planos de Estágio para os estudantes e para os RHS, em serviço;
- Análise e definição do conjunto de materiais e recursos necessários à elaboração do acervo bibliográfico do Núcleo de Recursos do CMI-NSG;
- Definição dos procedimentos para a elaboração de estudos clínicos;
- Definição e planificação das “Jornadas Obrigado Mãe”. ^(F25)

Num segundo momento, em **Novembro de 2014**, foram desenvolvidas diversas atividades de formação e acompanhamento, com vista a:

- Formação dos RHS do CMI-NSG (Consulta de Pediatria e consulta pré-natal)
- Consolidação dos procedimentos internos e de meio envolvente externo para a realização de visitas domiciliárias de acompanhamento dos utentes antes e depois do parto, durante os estágios dos estudantes, enfermeiros e parteiras, mas também no funcionamento regular do CMI-NSG;
- Consolidação dos processos administrativos do CMI-NSG;
- Melhoria dos procedimentos de registo informático do CMI-NSG;
- Acompanhamento de grupo de estagiários e formação ao coordenador local de estágios, no acompanhamento dos mesmos;
- Apoio na elaboração e dinamização de palestras às utentes do CMI-NSG. ^(F25; F117)

Num terceiro momento, em **Julho de 2015**, estiveram presentes, um total de três

elementos na equipa de assessoria. Pretendeu-se:

- Apoiar a gestão do CMI-NSG de forma a criar condições adequadas de organização e funcionamento para o acompanhamento e avaliação dos estagiários;
- Monitorizar a implementação do Manual de Procedimentos do CMI-NSG e sugerir melhorias para a sua validação;
- Preparar e ministrar formação pedagógica e técnica (em serviço), aos colaboradores do CMI-NSG para que pdessem reforçar e uniformizar procedimentos para o acompanhamento e avaliação dos estagiários;
- Acompanhar os estágios de um grupo de enfermeiros e parteiras, otimizando os processos clínicos e o respetivo acompanhamento pelos colaboradores do CMI-NSG;
- Monitorizar e reajustar os Planos de Estágio para os estudantes e para os RHS em serviço;
- Monitorizar a utilização do acervo bibliográfico do Núcleo de Recursos do CMI-NSG e propor melhorias para o seu funcionamento;
- Monitorizar a recolha de dados e a sua sistematização, para a elaboração de estudos clínicos;
- Intensificar os processos de visitas domiciliárias e palestras nas comunidades;
- Preparar condições logísticas necessárias para a realização dos estágios dos alunos da ESEFSM, no final do ano. ^(F25; F40; F121; F122; F123)

Num quarto momento, em **Dezembro de 2015**, a assessoria visava acompanhar o Centro, em pleno funcionamento, na sua vertente operacional de prestação de cuidados, mas também na vertente de relação com instituições locais de formação em enfermagem e com as autoridades locais de saúde. Nesse sentido, procurou-se:

- Acompanhar os estágios de enfermeiros e parteiras da província de Benguela, otimizando os processos clínicos e o respetivo acompanhamento pelos RHS do CMI-NSG;
- Acompanhar os estágios de 2 estudantes finalistas da ESEFSM no CMI-NSG;
- Monitorizar a recolha de dados e a sua sistematização, para a elaboração de estudos clínicos/ epidemiológicos;
- Monitorizar a utilização do acervo bibliográfico do Núcleo de Recursos do CMI-

NSG e propor melhorias para o seu funcionamento;

- Representar os parceiros do projeto na articulação com o ISPJP através da assinatura do Protocolo de Cooperação com a instituição académica;
- Representar os parceiros do projeto e apoiar na articulação com as autoridades locais de Benguela para a realização das atividades em curso, promovendo o respetivo envolvimento com o projeto e integração do mesmo. ^(F25; F124)

Num quinto momento, em **Fevereiro de 2016**, o Centro passou a contar com um novo elemento, enfermeiro, que teria a responsabilidade de coordenar os estágios. Esta função havia sido assegurada, até aqui, por um elemento interno, mas o próprio solicitou a dispensa dessa função. Daí que foi muito importante que o novo elemento fosse integrado no Centro e na sua dinâmica de formação. ^(F208) Objetivos deste momento:

- Apoiar a realização do Iº Seminário de Gestores de Unidades de Saúde de Benguela, colaborando na formação a ministrar pela Diretora Administrativa e Financeira do CMI-NSG;
- Acompanhar e familiarizar o novo Coordenador de Estágios com os processos clínicos e de gestão em vigor e, com o acompanhamento aos estágios;
- Monitorizar a implementação do Manual de Procedimentos do CMI-NSG e respetivos processos clínicos e de gestão;
- Apoiar a elaboração e dinamização de palestras nas comunidades e às utentes do CMI-NSG;
- Monitorizar a recolha de dados e a sua sistematização, para a elaboração de estudos clínicos / epidemiológicos. ^(F25)

De destacar que em 27, 30 e 31 de Maio de 2016, se realizaram as I.^{as} Jornadas científicas denominadas, "*Jornadas Obrigado Mãe*", onde se contou com a presença do Diretor Nacional dos Recursos Humanos da Saúde de Angola e também, da assessora do Sr. Ministro da Saúde de Angola. Estas Jornadas foram levadas a cabo pelos profissionais de saúde do CMI-NSG e, para além da apresentação do trabalho em curso no próprio Centro, abordaram temas pertinentes para a saúde da comunidade, como sejam, o acompanhamento da gravidez e o Planeamento Familiar; a consulta de avaliação durante a gravidez; os cuidados a ter com a mãe e

o recém-nascido no Puerpério; a desnutrição da criança – Marasmo e Kwashiorkor; a vacina BCG e sua importância. (F125; F223)

Num sexto momento, em **Junho de 2016**, o CMI-NSG, encontrava-se num percurso especialmente significativo, pois tinha em preparação um encontro Técnico-Científico, virado para o exterior, (com convites explícitos aos técnicos de saúde das unidades de saúde do Estado, Hospital Central e Centros de Saúde), referente à problemática da Mortalidade Materna e Neonatal, tema de primeira atenção do Estado Angolano. O foco da abordagem seriam a responsabilidade das unidades de saúde e dos seus profissionais, na Província de Benguela e, naturalmente os procedimentos em curso no CMI-NSG.

Pretendia-se, globalmente, nesta assessoria:

- Formar, em serviço, o Coordenador de Estágios sobre os processos em vigor, a supervisão dos estágios e acompanhamento dos RHS do CMI-NSG;
- Acompanhar os estágios de enfermeiros e parteiras da província do Huambo e a preparação e realização de estágios futuros;
- Monitorizar e apoiar na realização de estágios para estudantes no CMI-NSG e reajustar Planos de Estágio através da articulação com a instituição académica;
- Monitorizar a implementação do Manual de Procedimentos do CMI-NSG e respetivos processos clínicos e de gestão;
- Monitorizar a recolha de dados e a sua sistematização no CMI-NSG, para a elaboração de estudos clínicos/ epidemiológicos;
- Ministras formação pedagógica e técnica, com componente teórica e prática (em serviço); *i)* aos RHS do CMI-NSG, para a consolidação dos processos clínicos a necessitar de mais formação, nomeadamente a Estratégia do AIDI e, *ii)* aos RHS de outras unidades de saúde da província de Benguela, para que possam reforçar e uniformizar procedimentos; (F215; F216; F217; F218)
- Dinamizar um Encontro Técnico-Científico sobre "Redução da Mortalidade Materna e Neonatal na Província de Benguela" em Benguela; (F174)
- Representar os parceiros do projeto e dar apoio na articulação com as autoridades locais de Benguela para a realização das atividades em curso, promovendo o respetivo envolvimento com o projeto e integração no mesmo. (F25; F40; F126; F174; F215; F216; F217; F218)



Figura 39 - Sessão de formação sobre AIDI, no CMI-NSG (F25)

Num sétimo momento, em **Novembro de 2016**, a deslocação ao CMI-NSG, procurava continuar a validar os esforços pessoais e institucionais que todos os colaboradores vinham a desenvolver e a revertê-los em favor do próprio Centro. O acompanhamento de enfermeiros de outras Províncias, o acolhimento de estudantes de enfermagem do ISPJPB, de Benguela e da ESEFSM, de Portugal, a dinamização de Jornadas científicas e de Encontros temáticos, a alteração das dinâmicas de trabalho em função da lógica de Processos Assistenciais, a monitorização da atividade técnica e o desenvolvimento de estudos epidemiológicos, eram alguns dos exemplos e face visível de toda uma série de empreendimentos que o Centro tinha efetuado e continuava a efetuar. ^(F25)

Desta forma, e nesta ocasião, visava-se:

- Avaliar a parceria com o ISPJPB e procurar alternativas com vista a reforçar a articulação do CMI-NSG com instituições de ensino superior da área da saúde no sentido de promover competências práticas adequadas à realidade angolana e ao contexto do mercado de trabalho;
- Assegurar a orientação inicial dos estágios de final de curso de duas alunas finalistas da ESEFSM;
- Colaborar na monitorização, pelo CMI-NSG, dos progressos de RHS beneficiários do projeto nas respetivas Unidades de Saúde, avaliando a implementação dos respetivos projetos de estágio através de missões de supervisão formativa;
- Com o apoio do Núcleo de RH da DPS, preparar e ministrar formação técnica

em Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) aos RHS do CMI-NSG e outros RHS- chave da província de Benguela, com vista a reforçar as respetivas competências no domínio da Saúde Infantil; (F215; F216; F217; F218)

- Acompanhar a coordenação dos estágios de um grupo de enfermeiros e parteiras, promovendo a otimização de processos clínicos e do respetivo acompanhamento pelos RHS do CMI-NSG;
- Monitorizar a recolha de dados e a sua sistematização no CMI-NSG, para a elaboração de estudos clínicos/ epidemiológicos;
- Promover o diálogo e reflexão interinstitucional sobre Saúde Materno-Infantil e a capacitação de RHS, através da orientação do 2º Encontro Técnico-Científico do Projeto OM, entre o CMI-NSG, o Centro de Saúde da Graça e o Hospital Geral de Benguela; (F174)
- Garantir a articulação com a DPS de Benguela, promovendo o respetivo envolvimento com o projeto e integração do mesmo nas orientações estratégicas do Governo de Angola no âmbito da saúde materno-infantil e da capacitação de RHS;
- Apoiar a gestão do CMI-NSG e monitorizar a implementação do Manual de Procedimentos do Centro, de forma a criar condições adequadas de organização e funcionamento, incluindo o acompanhamento e avaliação dos estágios;
- Acompanhar processos de visitas domiciliárias, palestras nas comunidades e outras ações de saúde promocional por parte de RHS do CMI-NSG, com vista a contribuir para a respetiva melhoria e intensificação;
- Apoiar a realização do II Seminário de Gestores de Unidades de Saúde de Benguela, colaborando na formação a ministrar pela Diretora Financeira do CMI-NSG;
- Colaborar na monitorização, pelo CMI-NSG, dos progressos de RHS beneficiários do projeto, nas respetivas Unidades de Saúde, avaliando a implementação dos respetivos projetos de estágio através de missões de supervisão formativa;
- Contribuir para a avaliação final da Fase II do projeto, identificando pontos fortes a melhorar, oportunidades e ameaças nos domínios-alvo da assessoria científica da ESEFSM e tecer recomendações. (F25; F116; F129)

Nesta oportunidade, destaca-se a realização do 2º Encontro Técnico-científico referente à problemática da Mortalidade Materna e Neonatal e, o reforço das visitas domiciliárias no puerpério, com formação adequada a esta função. (F30; F31; F174)



Figura 40 - Visita Domiciliária (F25)



Figura 41 - IIº Encontro sobre Mortalidade Materna (F284)

Num oitavo momento, em **Abril de 2017**, o CMI-NSG, não apresentando novas vertentes de atividade, evidenciava a necessidade de um acompanhamento em funcionamento, no que respeitava à consolidação das relações com as entidades externas, nomeadamente na área da formação superior. Também, no capítulo do acompanhamento de estagiários, importava promover uma avaliação, junto dos recursos humanos do Centro, a fim de que pudessem reconhecer a importância da partilha de práticas técnicas e modelos de intervenção.

No capítulo formativo, e uma vez que a estratégia do AIDI, era assumida como um caminho preferencial das autoridades sanitárias de Angola, para a abordagem dos problemas de saúde das crianças, seria importante consolidar o pioneirismo evidenciado pelo Centro Materno-Infantil, ao ter iniciado essa mesma abordagem, com adequada formação técnica.

Como em situações anteriores, os dirigentes do Centro e todos os colaboradores, relatavam a admiração que outros profissionais, provenientes de outras unidades de saúde lhes manifestavam, relativamente a todo o dinamismo e pioneirismo que ali encontravam. Assim seria natural que numas jornadas científicas, as Jornadas Obrigado Mãe (2ª edição), os próprios enfermeiros do Centro participassem, como autores de comunicações. Também decorria, por esta data, o último dos Seminários para Gestores de Unidades de Saúde, cuja presença no CMI-NSG constituía um

importante passo. A demonstração dos Processos Assistenciais em ação era a melhor forma de lhes sugerir que, também nas suas unidades pudessem adotar um caminho de formalização e organização de procedimentos, como aquele que haviam encontrado no Centro. A partilha da existência de um Manual de Procedimentos seria um momento de rentabilização dos esforços formativos, ao materializar um conceito de Unidade de Saúde, assente numa visão conceptual, coerentemente operacionalizada. Globalmente, pretendia-se que esta última assessoria pudesse:

- Avaliar a parceria com o ISPJP e, também, com o Instituto Superior Politécnico de Benguela (ISPB), parceiro em ascensão, com vista a reforçar a articulação do CMI-NSG com as instituições de ensino superior da área da saúde.
- Acompanhar a coordenação dos estágios dos grupos de enfermeiros e parteiras das províncias do Huambo e Bié, promovendo a otimização de processos clínicos e do respetivo acompanhamento pelos RHS do CMI-NSG;
- Com o apoio do Núcleo de RH da DPS, preparar e ministrar uma formação técnica em Atenção Integrada às Doenças da Infância (AIDI) aos RHS do CMI-NSG e outros RHS-chave da província de Benguela, com vista a reforçar as respetivas competências no domínio da Saúde Infantil; (F215; F216; F217; F218)
- Monitorizar a recolha de dados e a sua sistematização, para a elaboração de estudos clínicos/ epidemiológicos;
- Participar nas Jornadas Obrigado Mãe, apoiando a preparação da atividade. Aí, promover e orientar o diálogo e reflexão sobre Saúde Materno-infantil e a capacitação de RHS; (F173)
- Garantir a articulação com a DPS de Benguela, promovendo o respetivo envolvimento com o projeto de desenvolvimento do CMI-NSG e, integração das orientações estratégicas do Governo de Angola, no âmbito da saúde materno-infantil e da capacitação de RHS;
- Representar os parceiros do projeto e apoiar na articulação com as autoridades locais de Benguela para a realização das atividades em curso, promovendo o respetivo envolvimento com o projeto e integração do mesmo.
- Apoiar a gestão do CMI-NSG e monitorizar a implementação do Manual de Procedimentos do CMI-NSG, de forma a garantir as condições adequadas de organização e funcionamento, incluindo o acompanhamento e avaliação dos estágios; (F40)
- Acompanhar processos de visitas domiciliárias, palestras nas comunidades e

outras ações de promoção da saúde por parte de RHS do CMI-NSG, com vista a contribuir para a respetiva melhoria e intensificação;

- Apoiar a realização do Iº Seminário de Gestores de Unidades de Saúde das províncias do Huambo e Bié, colaborando na formação a ser ministrada; ^(F36)
- Realizar a monitorização das atividades e resultados do projeto contribuindo para a avaliação final da Fase III, identificando pontos fortes a melhorar, oportunidades e ameaças nos domínios-alvo da assessoria científica da ESEFSM e tecendo recomendações. ^(F25)

Enquadradas na assessoria, que se concretizou conforme antes discriminado, foram abordados, temas técnicos, relativamente aos quais os colaboradores do CMI-NSG, entenderam solicitar apoio. As sessões formativas formais, foram sempre abertas aos estagiários do projeto OM presentes, quer se tratasse de enfermeiros, estudantes de enfermagem ou gestores de unidades de saúde. Todas as Formações, tinham uma preparação partilhada entre a coordenação técnica e científica do Projeto OM, da direção clínica e da responsável de enfermagem do Centro. ^(F25)

Estes são os temas em torno dos quais se debatia nas sessões formativas, sendo que em vários casos, as mesmas formações foram repetidas. Igualmente, e embora essas formações decorressem nas instalações do Centro, eram enviados convites a outros profissionais de saúde do Centro de Saúde da Graça (do Estado), e do hospital Geral de Benguela. ^(F25; OD; OP)

- Partograma;
- Tensão arterial na gravidez;
- Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia;
- Acompanhamento das mulheres e do recém-nascido no pós-parto imediato;
- Sinais de alarme e benefícios do aleitamento materno, em contexto de saúde infantil;
- Sinais de Alarme na Avaliação da Criança;
- Vacinação e Aleitamento Materno;
- Gestão e procedimentos atualizados do CMI-NSG, para funcionários Administrativos;
- Demonstração da "Observação Oportunista" e da Educação para a Saúde, no

despiste de alterações na Criança, durante a Consulta;

- Atendimento pediátrico, para enfermeiros do CMI-NSG;
- Assistência a processo de Morte Infantil e Luto Materno;
- Lavagem e desinfecção das mãos. ^(F169)
- Gestão de processos clínicos em ambiente de saúde na comunidade;
- Manual de Procedimentos do CMI-NSG e gestão de processos; ^(F40)
- Humanização no atendimento em Saúde;
- Cuidados de enfermagem no puerpério e visitas domiciliares;
- Metodologia AIDI – Assistência integrada às doenças de infância; ^(F215; F216; F217; F218)
- Programa Alargado de Vacinação (PAV), com o apoio da Repartição Municipal de Saúde;
- Sinais de Risco durante a Gravidez, parto e pós-parto, para a mãe e recém-nascido;
- Gestão de Mudança e Liderança. (Seminário de gestores)

Os momentos de Formação são especialmente apreciados pelos colaboradores do Centro. Sempre que se abordam os problemas da organização, na resposta a desafios de saúde, surge a ideia da Formação. Esta é encarada como uma estratégia que promove a qualidade do trabalho e a boa resposta às necessidades. A atividade “Formação”, aparece muito associada à ajuda aos diferentes colaboradores para que pudessem estar mais adaptados às mudanças que se foram operando. ^{(F139; F140;}

F141; F143; F146; F153; F158)

3.2.16. O Manual de Procedimentos

O Manual de Procedimentos que enquadra as formas de se organizar um Serviço de Saúde à população, resultou da necessidade manifestada, de fornecimento de um documento escrito que classificasse, sintetizasse e organizasse, todas as atividades que tinham lugar no Centro, bem como as suas inter-relações, por forma a que cada colaborador tivesse uma visão do seu próprio papel no seio da organização. O mesmo documento deveria proporcionar uma visão global da organização, CMI-NSG, para que fosse mais fácil dá-la a conhecer às autoridades sanitárias, às instituições com as quais estabeleceria relações de cooperação, à Igreja Católica, à comunidade envolvente e, aos próprios utentes dos serviços. O

Manual pretendia ser, igualmente, um elemento que facilitasse a homogeneização dos princípios que devem nortear todas as intervenções humanas, não obstante a diversidade de funções.^(F40) Procurava assim, ser uma forma de apresentação da Unidade de Saúde. O processo da sua construção foi lento, na medida em que se terá pretendido uma colaboração alargada de todos, com ideias e opiniões sobre o que se ia concretizando. Sem deixar de apresentar um breve enquadramento em termos da política institucional (Visão, Missão e Valores), o documento focava-se, essencialmente, no elencar de procedimentos para responder aos vários desafios colocados no quotidiano. Assim, depois da *Identidade e Caracterização* do Centro e da *Finalidade e Objetivos de Intervenção*, todo o restante documento se foca nas áreas operacionais, ou seja, na *Área Administrativa* e *Área Clínica*.^(F40; F197) Todos os colaboradores participaram na construção do Manual de Procedimentos, uma vez que o processo que levou à sua concretização, assentou na análise *in situ*, de cada setor de atividade, com diálogo sobre o que deveria acontecer e como deveria ser organizado. Esta proximidade, decorreu da filosofia institucional, de que o Centro sendo da Igreja Católica, estava entregue ao cuidado de quem lá trabalhava. Simultaneamente, seria necessário dar a conhecer a forma como se organizava, a fim de poder servir de modelo a outras Unidades de Saúde. Cada colaborador recebeu um exemplar, em papel, deste Manual de Procedimentos e, reconheceu a sua importância, enquanto ferramenta facilitadora do trabalho.^(F140; F142; F143; F145; F148; F150; F154; F156)

3.2.17. Estudos Epidemiológicos

A orientação para uma atividade clínica na área da Saúde Materna e Infantil, contendo uma vertente de investigação é uma característica do CMI-NSG, desde os seus primórdios. Ao contemplar a abertura do Centro a atividades de formação na área da saúde e à Telemedicina, a Direção denotava consciência da indispensabilidade de existência de uma dinâmica, ainda que embrionária, de estudos clínicos relativos à atividade levada a cabo.^(F51; F53; F134) Por outro lado, ao ser considerado como parceiro do Estado na função de prevenção, diagnóstico e

tratamento do VIH, assumia uma responsabilidade acrescida no estudo epidemiológico, dentro da sua área de intervenção. Era, inclusivamente, destacado o papel da atividade científica, na afirmação de credibilidade do Centro e, na própria sustentabilidade. ^(F51)

Neste enquadramento, não surpreende que o próprio Projeto OM, contemplasse as atividades de caráter científico, como sejam, a elaboração de estudos clínicos baseados nos dados recolhidos no CMI-NSG, e a realização de Jornadas Científicas organizadas pelo Centro em colaboração com as entidades de Ensino Superior da região. ^(F197)

Durante o período de vigência do Projeto OM, tiveram lugar, momentos de formação aos colaboradores do Centro, tanto enfermeiros como administrativos, relativamente à importância dos registos de atividade, como primeira etapa para a sua utilização em processo de análise epidemiológica. ^(F25; OP) Neste enquadramento e com o permanente envolvimento da Direção, e da assessoria técnico científica da ESEFM, foram elaborados dois projetos de investigação relativos à atividade do Centro. Ambos foram autorizados pela Direção do CMI-NSG e pelo Comité de Ética do Ministério da Saúde de Angola. ^(F219; F221; F222)

O **primeiro projeto**, abordava duas vertentes e foi relativo à avaliação da Mortalidade Materna e, por outro lado da Mortalidade Neonatal, na população que se enquadrava no âmbito da intervenção do CMI-NSG.

A Metodologia contemplava a utilização do procedimento que se estava a implementar no Centro, relacionado com o Processo C, ou seja, utilizando os telefonemas de *follow-up*, a fim de saber se havia ocorrido o óbito da mãe ou do Recém-Nascido. Para efeitos de população em estudo, foi decidido iniciar esta análise, a partir do dia 1 de Dezembro de 2014, até ao dia 31 de Dezembro de 2018. Neste período registar-se-iam 1782 partos com nados vivos. ^(F229)

A decisão para a participação no estudo, primeiro critério de inclusão, era da mãe. Após uma explicação sucinta, tomava consciência que, caso aceitasse, receberia ela, ou quem indicasse, cinco telefonemas, ao longo dos 42 dias após o parto. Em cada telefonema ser-lhe-ia perguntado sobre o seu estado de saúde e o do seu bebé.

Seria necessário que fornecesse o seu contacto de telefone móvel e, de preferência o do esposo ou de outro familiar. ^(F44)

Um segundo critério, seria a autenticidade do número de telefone fornecido. Como terceiro critério, foi assente que no caso de ninguém responder às chamadas e, a mulher fosse registada na vacinação (sete dias após o parto), ou na consulta do puerpério, seria dada como não desejando participar. Conseguiu-se, desta forma, uma amostra aleatória de 753 mulheres e 765 recém-nascidos.

Neste processo de inclusão de sujeitos em estudo, nos procedimentos de contacto telefónico e na verificação da presença em consulta, ou na vacinação, das mães não respondentes, foram envolvidos todos os colaboradores. O processo beneficiou das reuniões gerais, onde eram partilhados os progressos, o que contribuiu para o reforço identitário dos colaboradores com o Centro, na medida que eram recebidas muitas apreciações positivas por parte da população e das Autoridades de Saúde, relativamente ao carácter pioneiro e inovador deste procedimento (telefonemas de *follow up*). ^(F139 a 145; F148; F150; F151; F154)

O **segundo projeto**, comportava dois grandes objetivos estratégicos; desenvolver a capacidade dos enfermeiros do Centro, na utilização dos dados decorrentes da sua atividade quotidiana, em prol da melhoria contínua dos cuidados. Em segundo lugar, consolidar a parceria entre o Centro Materno-Infantil e as Autoridades de Saúde, na vigilância epidemiológica relativa ao VIH-Sida. Cabia analisar se os procedimentos levados a cabo pelos enfermeiros, na fase de diagnóstico inicial, na fase de aplicação do protocolo de medicação, com terapêutica antirretroviral (TARV), bem como na aplicação do protocolo de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), seguiam escrupulosamente as diretrizes do MINSA. (38)

Tratou-se de um estudo observacional descritivo e inferencial. A abordagem foi quantitativa e, também, qualitativa. Inicialmente pretender-se-ia, apenas, avaliar a prevalência da seropositividade em mulheres grávidas que recorriam à consulta de vigilância da gravidez, no Centro. Contudo, posteriormente, alargou-se o foco do estudo, à relação dos resultados com a faixa etária das mulheres grávidas e, também, com o ano de observação, por forma a conhecer eventuais tendências

quanto à prevalência. Efetuou-se a observação do próprio processo de diagnóstico do VIH, bem como a análise de conformidade do protocolo de tratamento e Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) do VIH.

Os objetivos do estudo foram assim:

- i) conhecer a prevalência da seropositividade para o VIH, nas mulheres grávidas que acorriam ao CMI-NSG, para a sua vigilância Pré-Natal, entre os anos de 2013 a 2018;
- ii) verificar o cumprimento do protocolo de testagem para a seropositividade VIH;
- iii) verificar a conformidade dos procedimentos terapêuticos, com o protocolo de tratamento das mulheres seropositivas e de prevenção da transmissão vertical (PTV) do VIH. (38) (130)

A população em estudo, era constituída por todas as mulheres que frequentassem a Consulta Pré-Natal, entre Janeiro de 2013 e Dezembro de 2018 e que cumpriram os critérios de inclusão: estar grávida, ter entre 14 e 55 anos de idade, e demonstrar consentimento para participar no estudo, através da autorização em efetuar o teste de rastreio do VIH. Foi obtida autorização formal, por parte da Direção do Centro, para trabalhar estes dados que resultam da natural atividade do Centro. ^(F222)

Para referência técnica, na testagem do VIH, tomou-se o esquema de protocolo, preconizado pelo MINSA: (38) (130)

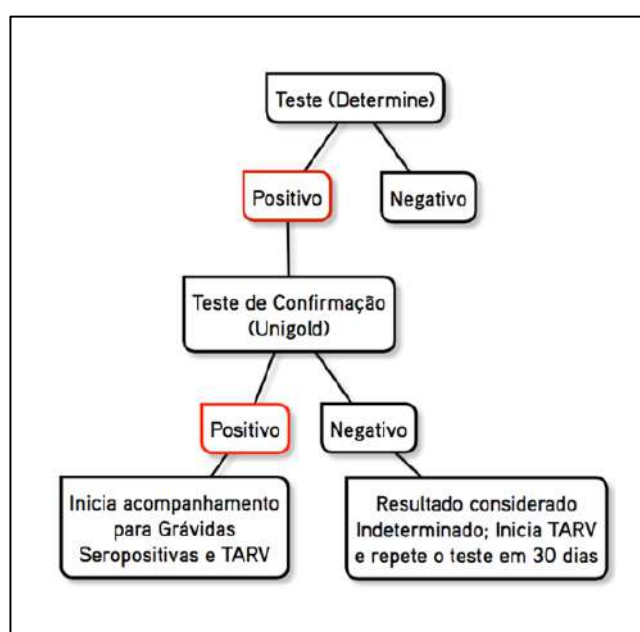


Figura 42 - Processo de testagem do VIH

No que respeita ao segundo objetivo, e através da análise da literatura, de Angola e da OMS, enfermeiros da consulta Pré-Natal (Processo A), conjuntamente com a assessoria técnico-científica, construíram um guia de observação para o atendimento, a fim de clarificar os passos a realizar na consulta e, por outro lado, avaliar o cumprimento das normas encontradas. Estes dados, foram recolhidos através de observação direta – no caso do protocolo de testagem na consulta Pré-natal – Cumprimento dos passos do Protocolo de testagem do VIH.

- A. Comunica que é possível fazer o teste do VIH e solicita autorização à mãe.
- B. Garante a confidencialidade dos resultados.
- C. Informa que pode continuar a ser acompanhada no Centro, seja qual for o resultado.
- D. Efetua a técnica correta e teste de confirmação (Unigold), caso o primeiro teste (Determine) resulte em Positivo.
- E. Encaminha para início de TARV, caso o resultado seja positivo ou Indeterminado. (130)

A observação do cumprimento do **protocolo de testagem do VIH**, concretizou-se através de 60 observações, realizadas em dias interpolados (entre 2014 e 2018). O registo das observações foi individual, na estrutura categorial previamente definida, permitindo ao observador manter a sua objetividade sem, contudo, formatar/condicionar a sua apreciação dos factos. Optou-se, com o objetivo de incrementar a fiabilidade da informação recolhida, por aumentar o número de observações e a seleção destas foi de conveniência, coincidindo com a presença da assessoria ao Projeto OM.

Para efeitos de análise da prevalência da seropositividade, a amostra deste estudo é aleatória, constituída por 4466 grávidas, ou seja, todas as que frequentaram a Consulta Pré-Natal no CMI-NSG, entre as datas antes referidas e que cumpriam os critérios de inclusão.

No que respeita ao **protocolo de PTV**, tomou-se conhecimento dos passos do mesmo, adotados no Centro e afixados em local próprio, nomeadamente na sala de dilatação e na sala de parto. Decorrente do protocolo com a DPS, o Centro Materno-Infantil está autorizado a distribuir a terapêutica Antirretroviral. Esta autorização bem como, globalmente, a forma como as mulheres portadoras de VIH, são acolhidas, encontra junto dos colaboradores uma manifesta aprovação. ^(F149; F151; F153)

Quanto às mulheres participantes, por rotina, é-lhes solicitada autorização para a testagem do VIH e são prestados os devidos esclarecimentos quanto à finalidade do teste e encaminhamento do resultado, enquadrando esse procedimento no cuidado à mãe e ao bebé. A autorização é dada pela anuência ao teste, o qual faz parte dos exames auxiliares de diagnóstico de rotina, da consulta de vigilância da gravidez. ^(F46)

Para a análise de dados, relativos à prevalência da seropositividade, utilizou-se estatística descritiva e inferencial, com recurso ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 23.0*, omitindo-se o nome das participantes.

3.2.18. Núcleo de Recursos de Formação

A constituição de um espaço, no CMI-NSG, que servisse de agregador de recursos bibliográficos, era um desejo antigo da direção e dos colaboradores. Esse espaço, que designariam de “Núcleo de Recursos de Formação em Saúde do CMI-NSG”, teria como objetivo permitir que, tanto os que trabalhavam no Centro, como os estudantes de enfermagem estagiários, e os Enfermeiros e Gestores de Saúde, das Províncias de Benguela, Huambo e Bié, ou outros, pudessem ter acesso a recursos bibliográficos credíveis e atualizados. ^(F25) Este meio é, assim, concebido como um importante serviço à comunidade. Tendo em perspetiva um ambiente social onde escasseiam os recursos bibliográficos, o acesso à informação qualificada, é um fator de diferenciação a que a Direção deu a maior atenção.

Neste sentido, desde o início do projeto OM, o Centro adquiriu e passou a dispor da denominada “*Biblioteca Azul*”, a qual é um recurso, produzido pela Organização

Mundial da Saúde, especialmente organizado em função das necessidades dos países em vias de desenvolvimento. A Biblioteca Azul, comporta um conjunto de mais de 180 manuais, livros e prospectos, sobre saúde pública, gestão, políticas de saúde, cuidados de enfermagem, saúde da mulher e da criança, doenças infecciosas, HIV-SIDA, malária, entre outros. (F25; F224; F225; F226)



Figura 43 - Núcleo de Recursos de Formação do CMI-NSG (F25; F285)

Para além dos documentos da Biblioteca Azul, o Núcleo de Recursos de Formação, contava ainda com; dois computadores portáteis, com possibilidade de ligação à Internet e, inúmeros manuais técnicos, em formato digital, organizados segundo temas. Estava ainda disponível, para as atividades de formação em serviço, um projetor multimédia, uma impressora, 2 estabilizadores de corrente elétrica e quadros brancos. (F25)

O Núcleo de Recursos está aberto à população e, nomeadamente, a jovens que estudam nas escolas do Bairro. Simultaneamente favorece a atualização de conhecimentos por parte de todos os colaboradores. Por forma a preservar todo o

patrimônio bibliográfico e técnico-didático, foi elaborado um Regulamento de utilização dos recursos do Núcleo de Formação. (F25; F189; F286)

3.3. Temas em análise

Na sequência do percurso de conhecimento do CMI-NSG, enquanto caso de estudo, é possível traduzir a análise da sua idiossincrasia, através do destaque de alguns temas-chave, que resultam da sua estrutura, atividade quotidiana e, também, resultados operacionais.

É o espaço para verificar a coerência entre pressupostos e intenções e os indicadores de resultado, os quais, em algumas das suas vertentes de atividade podem ser aduzidos no processo de validação. Todos são resultados, embora se possa considerar que uns são os resultados-produto e, outros, resultados-processo.

Podemos começar por reafirmar que o grande desiderato do Centro, enquanto projeto social, é o de combater o flagelo da mortalidade materna e infantil. (F53; F88;

F90; F134; F135; F136; F158) Assim, consideramos como temas centrais deste caso, como resultados-produto, o Rácio de Mortalidade Materna (RMM) e o Índice de Mortalidade Neonatal (MNN). Considerar-se-ão como resultados-processo, os Fatores Estruturais (a organização; o modelo de gestão; as questões laborais); os Fatores Processuais (os processos clínicos); as Ações de Melhoria (os momentos de Formação clínica e administrativa; o estudo epidemiológico do VIH); a Interação Nacional e Internacional (o mecenato; projetos de cooperação; colaborações interinstitucionais diversas; intercâmbios de profissionais e estudantes).



Figura 44 - Estrutura conceitual de Estudo do CMI-NSG

Esta análise contextual pretende evitar a consideração dos indicadores de mortalidade, no seu sentido estrito. As áreas da saúde relativas às mulheres e crianças dependem de uma série de fatores e repercutem-se no desenvolvimento humano e na qualidade de vida das populações. Os programas das Nações Unidas, Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (2000-2015) e a agenda dos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (2015-2030), afirmam isto mesmo, ao destacar a importância da Saúde da Mulher e da Criança, sempre enquadradas numa estratégia de visão global e compreensiva, centrada nas realidades sociais e na vida das pessoas. (45) (46) Esse é o contexto social, de cujo envolvimento e consideração depende o trabalho em Saúde. No âmbito do nosso estudo, devemos assumir uma análise de contexto que se refira à estrutura social e sanitária em que se proporcionam os cuidados de saúde Materno-infantil.

Deste modo, para além de termos como principais focos de análise, a Mortalidade Materna e a Mortalidade Neonatal, consideramos necessário destacar, também, aspetos de natureza processual que contribuem para a análise da eficácia do Centro Materno-infantil, enquanto instrumento e veículo de enfrentamento dos problemas Major.

3.3.1. Rácio de Mortalidade Materna e Taxa de Mortalidade Neonatal

Quanto às mulheres, a nossa população é constituída por todas as que tiveram o seu parto, no CMI-NSG, no período compreendido entre o dia 1 de Dezembro de 2014, e o dia 31 de Dezembro de 2018, (n=1782). Após aplicação dos critérios de exclusão, foi conseguida uma amostra de 753 indivíduos, para a avaliação da Mortalidade Materna. ^(F229)

No que respeita aos recém-nascidos, a população é constituída por todas as crianças nascidas vivas, no CMI-NSG, no período compreendido entre o dia 1 de Dezembro de 2014, e o dia 31 de Dezembro de 2018, (n=1798). Após aplicação dos critérios de exclusão, diretamente dependente dos aplicados às Mães, foi conseguida uma amostra de 765 indivíduos, para a avaliação da Mortalidade Neonatal. ^(F229)

Estas amostras são válidas, para um nível de confiança de 99% e uma margem de erro de 4%. (Valores calculados em *Calcular e Converter – Software online*)

A comparação das taxas de RMM e de MNN, entre os dados deste estudo e os dados de Angola foi realizada por comparação de taxas.

O nível de significância foi de 5%. Os dados foram analisados no software estatístico, *Medcalc*.

Resultados

O valor do Rácio de Mortalidade Materna, encontrada neste estudo, foi de 133/100.000, significativamente inferior ao valor do RMM de Angola, 477/100.000 ($p < 0.001$).) (131) (132) (133) (134)

Em relação à taxa de mortalidade neonatal, 9/1000, esta foi significativamente inferior à taxa de mortalidade neonatal de Angola, que se estima em 29/1000 ($p = 0.0012$) (135)

Taxas	Estudo	Angola	p
RMM (X/100 000)	133	477	< 0.001
Mortalidade Neonatal (X/1000)	9	29	= 0.0012

Tabela 1 - Comparação entre as taxas de mortalidade do estudo e as oficiais de Angola

Tendo existido, a partir de 2019, uma alteração do método de cálculo de estimativa do RMM e da MN, é pertinente incluir a comparação dos resultados com os novos referenciais, a partir de 2018. (136)

Também neste caso, a taxa de RMM encontrada no estudo, foi significativamente inferior à taxa de RMM de Angola do referencial de 2019 (133 vs 241/100.000; $p < 0.001$).

Em relação à taxa de mortalidade neonatal, esta foi significativamente inferior à taxa de mortalidade neonatal de Angola (9/1000 vs 29/1.000).

Taxas	Estudo	Angola 2018	Angola 2019	P 2018 e 2019
RMM (X/100.000)	133	477	241	< 0.001
Mortalidade Neonatal (X/1000)	9	29	29	= 0.0012

Tabela 2 - Comparação entre taxas de mortalidade do estudo e as de Angola, em 2018 e 2019

3.3.2. A Organização do Centro Materno-infantil

Um dos fatores que justifica a estabilidade alcançada pelo CMI-NSG, é a sua organização, relativamente à gestão da prestação de cuidados, face à demanda. O conjunto de pessoas que colaboram no Centro, possui uma clara noção da sua Visão, Missão e Valores. Para além disso, podemos encontrar junto dos colaboradores, a convicção de que um dos elementos distintivos do Centro, é a sua organização operacional, o que o distingue, pela positiva, de outros serviços de saúde. Um dos elementos concretos que alimenta e justifica essa estabilidade é o

Manual de Procedimentos. Este é um produto da Organização, cuja estratégia de construção deve ser destacada. Sendo um instrumento regulador, seria tanto mais aceite e aproveitado, quanto mais participada a sua elaboração, a qual teve a primeira tentativa, no ano de 2010, embora sem continuidade. ^(F40; F167) O atual processo, demorou cerca de dois anos, pois foi adotada uma metodologia de identificação das ideias de cada colaborador, que foram registadas numa estrutura de classes e, depois, submetidas à apreciação de todos. Esta forma de construir o documento, sendo demorada, conseguiu que existisse um elevado nível de participação e de satisfação, com evidência nas diversas referências por parte dos colaboradores. ^(OP; F140; F142; F143; F145; F148; F150; F154; F156)

Sendo o Manual de Procedimentos o elemento formal, revelador do nível de organização do funcionamento do CMI-NSG, outros factos, atestam a forma como a atividade clínica assentava numa preocupação de eficácia e eficiência e se servia de diferentes espaços e momentos para esse fim. Destacam-se, o Procedimento para a higienização das mãos, ^(F169) os Procedimentos para tratamento e esterilização de material cirúrgico, ^(F170; F171) o Procedimento de compra e reposição do material clínico e farmácia. ^(F172)

As Reuniões Gerais de colaboradores foram espaços em que, os pormenores não discriminados no Manual de Procedimentos, bem como novas questões, puderam ser discutidos de forma alargada. Constituíram-se, assim, como momentos formativos e de sintonização operacional entre os diferentes intervenientes. ^(OP; F57; F59; F60; F62; F63; F64; F65; F67; F68; F69; F70; F73)

3.3.3. O Modelo de Gestão e as questões laborais

A forma como a direção do Centro coordena toda a atividade (clínica, administrativa e de serviços gerais), e os mecanismos de gestão de recursos humanos, assenta num critério de transparência, simplicidade e responsabilidade partilhada. Este é um facto adquirido na sequência de um processo de adaptação e consolidação que teve a sua maior relevância, ao longo dos anos de 2014 a 2018. O primeiro indicador é a construção e divulgação de um organograma, no qual cada colaborador se

encontra enquadrado na organização e reconhece as suas dependências funcionais. ^(F40)

Em segundo lugar, constatamos a criação de uma estratégia de unificação da instituição, através da Gestão. Não deixando de atribuir objetivos e responsabilidades específicas a cada setor, a Gestão cria uma noção de interdependência, que responsabiliza e valoriza cada atividade, face ao conjunto da dinâmica institucional. Em termos operacionais foram criados “gestores” intermédios, os designados, **Responsáveis**. Estes são nomeados pela direção, para cada setor, técnico ou administrativo. ^(F40)

Está assim concretizada uma opção que é constitutiva do CMI-NSG, desde o seu início; a proximidade e a corresponsabilização entre os elementos que superiormente dirigem o Centro e os colaboradores que operacionalizam a Gestão, através da forma como, no dia-a-dia, gerem os processos clínicos ou administrativos. Esta forma de concretizar a Gestão é, pois, um dos resultados a destacar.

Mas, importa igualmente evidenciar, a criação e produção de diversos instrumentos administrativos e a forte aposta na formação e na divulgação do próprio modelo de gestão. Destacam-se, como evidências, a metodologia de registo de processos clínicos, ^(F20) o método de registo de fluxos financeiros, ^(F21) o registo e controlo sistemático dos recursos humanos, ^(F22) o caderno de ocorrências, ^(F74) os relatórios de atividade e as informações parcelares dos diferentes anos, onde se englobavam os relatórios económico-financeiros e de produção. ^(F92...F97; F100...F109; F111)

Tudo isto ganha maior relevância no contexto de um País em que, no respetivo Plano Nacional de Formação de Quadros, se dá nota de que as fragilidades técnicas, não se manifestam apenas ao nível clínico e da prestação de cuidados de enfermagem, mas também no âmbito da Gestão da Saúde. ^(F26) É igualmente ponto de destaque, a intervenção da Gestão do Centro, através da sua diretora administrativa, no processo de formação de gestores de unidades de saúde, no âmbito do Projeto Obrigado Mãe. Estes seminários destinados a gestores das unidades de saúde das Províncias de Benguela, do Huambo e do Bié, tiveram

sempre como referencial modelar, o Modelo de Gestão do CMI-NSG.^(F36) A forma de organização das pessoas e procedimentos do Centro foram experimentados, apreciados, divulgados e, projetados para outras unidades. No Seminário de Gestores, todas as quatro sessões de formação, para além de contarem sempre com a participação de colaboradores administrativos do CMI-NSG, como formandos, contemplavam tempo de permanência no espaço do Centro e acompanhamento das suas atividades quotidianas. Envolviam, também, reuniões informais entre os colaboradores do Centro e os Gestores de outros Centros. Isto por forma a divulgar a perspetiva e avaliação dos colaboradores, face às estratégias de gestão adotadas no CMI-NSG.^(F36)

No que diz respeito à gestão dos recursos humanos, destaca-se o referencial adotado que é semelhante ao do governo de Angola.^(F15) Foram criados horários-tipo, para os diferentes colaboradores, procurando ir ao encontro dos referenciais dos serviços Públicos.^(F35; F82) Reforça-se o papel do Manual de Procedimentos que, na perspetiva dos recursos humanos, é um elemento especialmente favorecedor do bom desempenho profissional, na medida em que clarifica o que é esperado de cada colaborador, em cada setor de atividade.^(F40) Em paralelo, importa destacar o processo de Avaliação do Desempenho Profissional, cujo resultado, está na base da progressão salarial.^(F41) Neste assunto, existe uma política de transparência, assinalável, que se traduz na divulgação do vencimento auferido por cada funcionário e na disponibilização de extratos de legislação laboral através de uma advogada que dá orientação jurídico-legal ao Centro e aos trabalhadores, caso necessitem.^(F99; F75) Igualmente se assinala que, quando existem quaisquer problemas de ordem disciplinar, as orientações finais são divulgadas a todos os colaboradores, através da afixação de Comunicados, em placard.^(F73)

3.3.4. Os Processos Clínicos

Os Processos, enquanto forma de operacionalizar as intenções de organização, rigor e personalização, apresentam-se-nos como um importante passo, rumo à qualidade do atendimento enquanto fração da qualidade do cuidado, em saúde.

Assente numa noção de um conjunto de atividades interrelacionadas, concebidas para transformar uma realidade, o conceito de Processo é visto como um percurso com um princípio e um fim, no qual, o utente, (beneficiário), e o profissional de saúde, (agente), interagem rumo à satisfação da necessidade do primeiro. (137) Neste enquadramento, no CMI-NSG, a figura do **Processo**, aparece como o melhor caminho de operacionalização, construído, a partir da observação da realidade dos utentes e, da capacidade assistencial do Centro. Desta forma, conseguiu-se associar, todo e qualquer procedimento técnico, de caráter preventivo, curativo ou de reabilitação, num determinado Processo.

Importa notar que não foi alcançada, uma mera arrumação formal dos Procedimentos; foi conseguida uma maior e mais clara visão, de que cada ato obedece a uma lógica de conjunto, cuja totalidade, também depende da cada pessoa e intervenção. A organização do trabalho, segundo esta perspetiva, foi muito valorizada pelos diferentes colaboradores. É exemplo desta aquisição, a noção da inter-relação entre o ocorrido na Sala de Partos, com a mãe e recém-nascido - (Processo B)- e, os cuidados específicos no puerpério imediato -(Processo C)-. Neste particular, houve, e.g., necessidade de aprofundamento sobre o significado da correta avaliação do índice de APGAR e a sua anotação, como alerta ao colega enfermeiro que na sala de puerpério, efetuará a vigilância do bebé, nas horas seguintes ao parto. (F139...F141; F143; F144; F146; F148...F151; F153; F154)

Criou-se uma progressiva consciência de que, cada intervenção tem justificação, em função do percurso concreto e individual de cada pessoa assistida e, que a organização assume uma real preocupação com a qualidade dos cuidados.

A organização dos cuidados, sob a forma de **Processos Clínicos**, implicou a criação de Protocolos de cuidados para cada um dos Processos, o que implica um trabalho permanente de avaliação e atualização. (F40; F46; F47; F48; F49; F50; F83;) Nestes Protocolos são elencadas as intervenções preconizadas para cada Processo. Simultaneamente foram criadas novas folhas de registo, diretamente associadas à especificidade de cada Processo Clínico. (F31; F40; F43; F44; F45; F217)

3.3.5. A Formação e a Investigação

Reconhecer os momentos de Formação e as iniciativas de investigação, como constituintes da atividade quotidiana, terá sido um dos mais evidentes indicadores da consolidação de uma atividade baseada em critérios de qualidade. De facto, foram desenvolvidas, no Centro, iniciativas de Formação relativas a temáticas diversas. No entanto, existiu a preocupação de que todas as propostas formativas estivessem assentes em necessidades sentidas pelos colaboradores. Neste contexto é necessário distinguir os momentos formais, relativos a temáticas pré-acordadas e integradas nas diversas assessorias técnicas que ocorreram entre 2014 e 2018, das abordagens de formação espontâneas, inerentes à prática profissional quotidiana. ^(F112.....F132)

Todas as mudanças que foram tendo lugar no Centro, foram desenvolvidas em paralelo com as oportunas abordagens formativas. Foram os casos concretos da introdução dos diferentes Protocolos; a adaptação aos registos informáticos; a abordagem à saúde da criança segundo a estratégia do AIDI, entre outras. ^(OP)

Genericamente, e aproveitando a opção do assessor técnico-científico, de assumir uma postura de Observação Participativa, todos os dias das 31 semanas em que esteve presente, eram tempos de diálogo sobre as práticas e sobre as questões que delas decorriam. ^(OP)

Quanto às sessões formais, estas eram previamente anunciadas e versaram as temáticas já enunciadas, as quais se poderão sintetizar nas classes referentes a: Parto, enquanto momento e processo; a vigilância da gravidez; o acompanhamento do puerpério e o *Follow-up* telefónico; vigilância do desenvolvimento infantil e o atendimento à criança doente; a Vacinação; a gestão dos cuidados no CMI-NSG; a higiene e segurança nos cuidados de saúde; a higiene ambiental; prestação de cuidados na comunidade e visitação domiciliária.

Neste propósito de desenvolver uma consciência de que a lógica da Formação deverá estar presente, em toda a atividade, para proporcionar uma melhoria contínua dos cuidados, propôs-se à Direção, desenvolver atividade de Investigação, através da elaboração de estudos epidemiológicos, que servissem o objetivo de

demonstrar que a atividade quotidiana fornece dados importantes que se podem sistematizar e utilizar, para conhecer e melhor refletir sobre a realidade. Esta vertente de análise epidemiológica, foi traduzida na construção e desenvolvimento de dois estudos clínicos com investigação relativa à Mortalidade Materna e Neonatal e, também referente à prevalência da seropositividade para o VIH, nas mulheres que realizavam as suas consultas de vigilância da gravidez, no Centro. Os propósitos formativos foram alcançados, uma vez que foi efetivo o envolvimento dos enfermeiros responsáveis pelos Processo A e C, (vigilância pré-natal e puerpério) e, dos administrativos que construíram e geriam a base de dados e, por estagiários do ISPJPB e da ESESFM, que colaboraram na recolha bibliográfica.

Apresentam-se, os resultados obtidos no estudo relativo à prevalência do VIH e as respetivas conclusões.

3.3.5.1. Estudo de Prevalência do VIH – Apresentação de resultados

A. Processo de diagnóstico da seropositividade para o VIH

Sistematizando o conjunto das observações efetuadas, concluímos que, no Centro em análise, o diagnóstico da seropositividade para o VIH, está integrado no processo de vigilância Pré-Natal (Processo A), em particular na Consulta Pré-Natal. Essa consulta é levada a cabo por dois enfermeiros que dão cumprimento ao protocolo estabelecido para esta atividade.

O primeiro enfermeiro avalia os dados antropométricos, registando-os no Boletim de Saúde da Grávida, (documento que a mulher conserva em seu poder) e na folha do Processo Clínico da utente. Após esta primeira avaliação, que tem lugar num espaço reservado, e no caso de se tratar de uma primeira consulta, aplica o protocolo de testagem do VIH.

Das 60 observações efetuadas, resultou:

Procedimento Protocolar	Observações Positivas	%
Comunica que é possível fazer o teste do VIH e solicita autorização à mãe.	57 em 60	95,0
Garante a confidencialidade dos resultados.	55 em 60	91,7
Informa que pode continuar a ser acompanhada no Centro, seja qual for o resultado.	60 em 60	100,0
Efetua a técnica correta e teste de confirmação (Unigold), caso o primeiro teste (Determine) resulte em Positivo.	60 em 60	100,0
Indica para início de TARV, caso seja positivo ou, Indeterminado.	3 em 3	100,0

Quadro 17 - Procedimentos na análise do VIH no CMI-NSG

O procedimento técnico de testagem, que obedece à sequência apresentada na Figura 51, foi cumprido em todas as observações efetuadas.

Após a testagem, a mulher grávida passa à sala de avaliação dos diferentes parâmetros de desenvolvimento da gravidez, onde é atendida pela segunda enfermeira.

B. Prevalência da seropositividade para o VIH

Após a testagem da seropositividade, o resultado é registado, para além de, nos documentos do processo clínico da mãe, no livro da Direção Provincial de Saúde (DPS), que o Centro é obrigado a manter.

A amostra é constituída por 4466 mulheres grávidas que, entre 1 de Janeiro de 2013 e 31 de Dezembro de 2018, efetuaram o seu teste no Centro. A média de idades da amostra é de 27,3 anos, sendo a Moda e a Mediana, 27,0 anos.

	Média (dp)	Min	Máx	Mediana
(545)	27,3 (6,3)	14,0	55,0	27,0

Tabela 3 - Idades das mulheres participantes no estudo de prevalência do VIH

Resultados e análise estatística

As variáveis categoriais foram descritas pela frequência absoluta e relativa (%).

As associações entre a prevalência de VIH+ e as variáveis da amostra foram analisadas pelo teste do qui-quadrado.

Os testes estatísticos foram efetuados bilateralmente considerando um nível de significância de 5%. A análise estatística dos dados foi realizada no programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 23.0.

A amostra em estudo é constituída por 4466 mulheres. A prevalência de seropositividade na amostra foi de 2,1% (n=95). O grupo etário com maior representatividade na amostra foi o grupo dos 25 a 34 anos com 2248 indivíduos (50.3%), seguido do grupo mais jovem (14 a 24 anos) com 35.8%. O ano com maior representatividade na amostra foi o de 2014 com 1386 indivíduos (31.0%).

	p	.
Grupo etário		
14 a 24 anos	1598	35,8
25 a 34 anos	2248	50,3
35 a 55 anos	620	13,9
Ano		
2013	1148	25,7
2014	1386	31,0
2015	698	15,6
2016	359	8,0
2017	467	10,5
2018	408	9,1
Teste VIH+		
Negativo	4371	97,9
Positivo	95	2,1

Tabela 4 - Caracterização da amostra (n =4466)

	Teste VIH+				X ²	p
	p) 149vo		Pos 9vo			
	p	.	p	.		
Grupo etário						
14 a 24 anos	1576	98,6	22	1,4	6,79	0,034
25 a 34 anos	2190	97,4	58	2,6		
35 a 55 anos	605	97,6	15	2,4		
Ano						
2013	1132	98,6	16	1,4	24,31	< 0,001
2014	1366	98,6	20	1,4		
2015	678	97,1	20	2,9		
2016	341	95,0	18	5,0		
2017	453	97,0	14	3,0		
2018	401	98,3	7	1,7		

Tabela 5 - Associações entre o teste HIV+ e as variáveis na amostra

Observou-se uma associação significativa entre o grupo etário, o ano em que foi efetuada a análise e a prevalência de VIH+ ($p < 0,05$).

O grupo etário esteve associado significativamente com o VIH+ ($p=0,034$), sendo o grupo etário dos 25 a 34 anos o grupo com maior prevalência (2.6%) e o grupo etário dos 14 aos 24 anos a menor prevalência (1.4%).

O ano da análise esteve associado significativamente com o VIH+ ($p < 0,001$). Ao longo dos anos em estudo, houve um aumento da prevalência de VIH+ até 2016, e nos últimos 2 anos uma diminuição da prevalência.

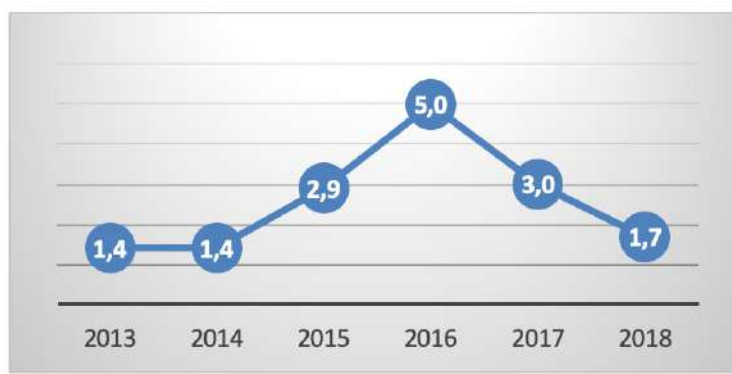


Gráfico 3 - Evolução da prevalência da seropositividade entre 2013 e 2018

C. Processo terapêutico para prevenção da transmissão vertical do VIH

Tal como antes referido, quando se efetua o teste rápido (Determine®), e este apresenta um resultado positivo, é efetuado um outro teste rápido (Unigold®), a fim de se obter uma confirmação da seropositividade para o VIH.

Tanto no caso de um resultado Positivo, como no caso de um resultado Indeterminado, é assumido que a mãe é portadora do vírus. O processo de administração da terapêutica farmacológica, começa nesse momento. A notícia é, sempre, dada à utente, em ambiente privado, por uma enfermeira, por forma a permitir manifestação de sentimentos e exposição de todas as questões consideradas pertinentes. Inicia-se neste momento um especial cuidado com a adesão à terapêutica. Para isso, é transmitida à mãe, informação relativa à transmissão vertical do VIH e é realçado que a possibilidade dessa transmissão, será muito menor, se for cumprida a toma da medicação. Igualmente se informa que a toma dessa medicação pode reduzir a possibilidade de complicações para a própria mãe.

Uma vez que o Centro em análise é considerado idóneo, pela Direção Provincial de Saúde de Benguela, a mãe é informada que poderá continuar a ser seguida, no mesmo Centro, e aí receber a medicação e todo o acompanhamento clínico necessário.

O protocolo terapêutico tem duas opções, sendo que a primeira, (preferencial), não inclui a Zidovudina. No caso em que a mulher não reaja bem, nomeadamente quando apresenta alterações hematológicas significativas ou alterações gastrointestinais, opta-se pelo esquema alternativo.

Produto	Princípio ativo
1 comprimido (com 2 inibidores da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeos)	Tenofovir (TDF) 300mg Lamivudina (3Tc) 300mg
1 comprimido (com 1 inibidor da Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleosídeos)	Efavirenz (EFV) 600mg

**Quadro 18 - Esquema terapêutico para portadoras do VIH - Opção A
(Esquema preferencial)**

Produto	Princípio ativo
1 comprimido (com 2 inibidores da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeos)	Zidovudina (AZT) 300mg Lamivudina (3TC) 150mg
1 comprimido (com 1 inibidor da Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleosídeos)	Efavirenz (EFV) 600mg

**Quadro 19 - Esquema terapêutico para portadoras do VIH - Opção B
(Esquema alternativo)**

Esta terapêutica deve ser administrada todos os dias, de preferência à noite, e a mulher é informada de que deverá tomá-la, para toda a vida. A distribuição dos medicamentos é gratuita e para recebê-los, deverá dirigir-se ao Centro e efetuar a consulta de vigilância. Durante a gravidez pode fazer coincidir a consulta Pré-natal com a consulta de acompanhamento da TARV.

Terapêutica durante o Trabalho de Parto e orientação para o Pós-Parto

O Protocolo terapêutico de PTV, utilizado para a mulher grávida, em situação de parto eminente, aplica-se, tanto à mulher com confirmação de seropositividade para o VIH, que fez o teste durante a vigilância da gravidez, como à mulher cuja análise com resultado positivo, é efetuada no momento em que dá entrada, com sinais de parto e nunca tenha feito vigilância pré-natal.

Estando, assim, perante uma grávida seropositiva, com sinais de parto e mais do que três dedos de dilatação procede-se à administração de AZT endovenoso (EV) intraparto para gestantes:

- A. Perfusão Intravenosa de Zidovudina injetável (AZT), numa dose de 2mg/Kg, diluída em 100 ml de Soro Glicosado a 5%. Esta infusão, designada por dose de ataque, deverá durar 1 hora.
- B. Tendo o trabalho de parto, uma duração superior a uma hora, administra-se uma nova perfusão de Zidovudina injetável (AZT). A dose é, então, de 1mg/Kg/h,

num balão de 500 ml de soro glicosado a 5%, que corre, até ao clampeamento do cordão umbilical.

- C. As medidas para o recém-nascido, incluem: o clampeamento do cordão umbilical, imediatamente após o período expulsivo; a amamentação materna exclusiva e, a toma de medicação antirretroviral, a Nevirapina, em xarope, numa dose de 4 mg/Kg de uma apresentação de 10 mg/ml, durante os primeiros 6 meses de vida. Após a paragem do antirretroviral, inicia a toma de Cotrimoxazol, antibiótico, em xarope, 5 ml/dia, entre os 6 e os 18 meses de vida, ocasião em que efetua o teste do VIH. Sendo negativo, termina a terapêutica e tem alta clínica. Sendo positivo, inicia TARV, em esquema adaptado à idade, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde de Angola.

Discussão

a) O processo de diagnóstico do VIH em mulheres grávidas

Angola definiu o processo de prevenção da infeção pelo VIH e o tratamento, cuidado e apoio aos infetados, como fundamental para alcançar o acesso universal à saúde, baseado nos direitos humanos e princípios éticos. Assim, os programas de VIH/SIDA devem assegurar que os ARV e tratamentos relacionados sejam acessíveis a todas as pessoas que dele necessitam, incluindo gestantes, crianças e populações-chave, em ambiente isento de discriminação. Para tal, e como forma de atingir toda a população de forma eficaz, os serviços de saúde devem basear-se no princípio da integração dos programas. Mais do que um serviço, deve ser oferecido ao mesmo tempo. Durante a consulta de pré-Natal, a gestante deve receber as vacinas, suplemento vitamínico, desparasitante, tratamento intermitente preventivo (TIP) e mosquiteiros, para profilaxia da malária, aconselhamento e testagem para o VIH e, se for seropositiva, receber as orientações e a TARV. (38)

No CMI-NSG, o diagnóstico da seropositividade para o VIH, está associado ao processo de vigilância Pré-Natal (Processo A), em particular na Consulta Pré-Natal. O protocolo existente, integra, totalmente, o preconizado pelo MINSA.

Para a OMS, a criação de um ambiente humano e terapêutico adequada à sensibilidade da pessoa e da comunidade, no contexto da testagem do VIH, é um dos fatores favorecedores do sucesso da despistagem da seropositividade, e do posterior acompanhamento. Igualmente, define as condições em que devem ter lugar os procedimentos de testagem; os “5C” – Consentimento; Confidencialidade; Aconselhamento (*Counselling*); Correção diagnóstica; Conexão com rede de prevenção, diagnóstico e tratamento. (130) Considerando os dados colhidos no tempo de observação, no Centro, o consentimento das pessoas sujeitas ao teste de despistagem do VIH foi solicitado em 95,0% dos casos observados. A confidencialidade foi, verbalmente, assegurada, em 91,7% das observações. Nos restantes itens do Protocolo, as observações registam o procedimento adequado, em 100,0% dos casos.

O Centro, assume um papel de unidade, numa rede mais alargada, coordenada pelo Instituto Nacional de Luta contra a SIDA. É evidência deste facto, a presença de dois ou três elementos do Centro, em ações de formação permanente, neste âmbito, fomentadas pelo referido Instituto, ao longo de cada ano, e o fornecimento de todo o material técnico necessário à execução dos testes.

Segundo a UNAIDS, as pessoas em maior risco, ou mais vulneráveis ao VIH, deverão estar na linha da frente do acesso aos serviços que promovem o tratamento e a prevenção da infeção. (32)

Para além de uma abordagem baseada nos centros de testagem e tratamento, a OMS aponta, igualmente, para uma abordagem baseada na Comunidade, o que inclui contactos por telefones móveis, campanhas efetuadas junto dos locais de residência, e despistagem das pessoas, em empresas. (40) (38)

No CMI-NSG, e ao nível das ações de prevenção, observa-se a ausência de um plano sistematizado de intervenção na comunidade, em matéria de promoção de prática de despistagem precoce e de mudança de comportamentos associados à prevenção do VIH.

b) A prevalência da seropositividade para o VIH

A epidemia da SIDA em Angola é caracterizada de generalizada, com uma prevalência global estimada em 2,38% em adultos dos 15-49 anos. Ao nível das grávidas, a vigilância sentinela estima a sero prevalência global em 3,00%, apresentando uma menor taxa, de 2,00%, em jovens grávidas dos 15-24 anos. (138) A Comunidade dos Países de Língua Oficial Portuguesa (CPLP), apontava, em 2010, estimativa de valores da prevalência do VIH em adultos (15-49 anos), de 2,40%. (36) sendo que a UNAIDS, apresenta estimativas de 1,80% em 2014, 1,90% em 2015 e 1,90%, em 2016, para a mesma faixa etária. (139). A OMS, apresenta, em 2017, valores de prevalência do VIH, entre os adultos de 15 a 49 anos, da ordem de 1,9%. No estudo levado a cabo no Centro, trabalhámos com dados colhidos diretamente. A amostra em estudo foi constituída por 4466 mulheres, ao longo de 6 anos. A prevalência da seropositividade na amostra, foi de 2,10% (n=95).

O Relatório de Progresso da Resposta Global à SIDA, de Angola (138), apresenta estimativa de 3,00% de mulheres grávidas seropositivas, independentemente da idade. No nosso estudo, e sem considerar diferentes faixas etárias, esse valor é inferior, com 2,10%. Também encontramos, um valor diferente, quando se considerem as grávidas na faixa dos 15 aos 24 anos. O relatório descreve 2,00% como prevalência estimada, reportando-se a dados de 2011, ao passo que os números do nosso estudo revelam uma prevalência observada de 1,40% em 1576 grávidas, dessa faixa etária, (n=22), ao longo de 6 anos.

Não foi possível encontrar outras fontes, que medissem a evolução da seropositividade, em grávidas, ao longo dos 6 anos. O Relatório de Progresso da Resposta Global à SIDA, de Angola, apresenta dados de sero prevalência, a partir dos relatórios provinciais. Aí, verificamos que existe uma tendência decrescente da seropositividade, de 2004 até 2012. Referem-se 9,70% de infetados em 2004 e 4,40% de infetados em 2012. Este estudo, no entanto, reporta-se a testes positivos em gestantes, crianças e adultos. (138)

No nosso estudo, levado a cabo em Benguela, a tendência é inversa, embora em anos diferentes. Constatámos 1,32% de prevalência da seropositividade em 2013;

1,44% em 2014; 2,87% em 2015, 5,01% em 2016, 3,00% em 2017 e, 1,70% em 2018. Globalmente, e tendo em conta os seis anos, a prevalência é de 2,10%, número que está em linha com os valores estimados pela UNAIDS e a OMS. Estatisticamente significativa é a tendência para o aumento dos casos positivos, entre os anos de 2013 e 2018, na amostra selecionada.

c) O processo terapêutico para a prevenção da transmissão vertical

Angola priorizou o tratamento universal e gratuito a todos os cidadãos VIH+ com o objetivo de melhorar a qualidade e expectativa de vida e concomitantemente a redução da transmissão do VIH. Novas estratégias foram definidas para otimizar a cobertura antirretroviral e alguns princípios devem ser garantidos, de entre os quais se destacam:

- Priorizar a TARV para os pacientes elegíveis, e em grupos específicos de maior vulnerabilidade;
- Otimizar e harmonizar esquemas terapêuticos, melhorar a acessibilidade e implementar recursos laboratoriais mais simples e próximos da população, como testes rápidos, equipamentos portáteis e técnicas simplificadas. (38)

Este enquadramento, preconizado pelas autoridades Angolanas, relativamente aos portadores de HIV, é claramente encontrado no Centro em estudo. A especialização do Centro, em Saúde da Mulher e da Criança, revela o foco em dois grupos de especial vulnerabilidade. Igualmente se destaca a disponibilidade de todos os meios de diagnóstico laboratorial. O Centro tem, a funcionar nas suas instalações, um laboratório de análises clínicas totalmente equipado, para situações específicas.

Três etapas compõem a PTV, levando-se em conta todos os aspetos biopsicossociais que envolvem a gestante, diante do novo diagnóstico e da própria gestação.

A primeira etapa é a introdução de TARV imediatamente após o diagnóstico da infeção pelo VIH, independente da idade gestacional. (38)

Nesta **primeira etapa** e tendo em conta as recomendações oficiais do MINSA, utiliza-se para a gestante, a combinação de três antirretrovirais. Um comprimido, contendo dois Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeo/Nucleotídeo

(ITRN/ITRNT) e um comprimido, contendo um Inibidor da Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeo (ITRNN), ou um comprimido da classe dos Inibidores da Protease (IP). A toma é diária, de preferência à noite.

Uma revisão sistemática comparando 6 esquemas de TARV apresentou evidência moderada, de que o uso de **Tenofovir** (TDF)+ **Lamivudina** (3Tc) + **Efavirenz** (EFV) uma vez ao dia, é menos associado com efeitos adversos, tem melhor resposta terapêutica que; os outros esquemas de mesma posologia ou; os que devem ser ingeridos duas vezes ao dia. (38) (140)

Para as situações em que se observa intolerância ao **Tenofovir** (TDF), ou toxicidade, passa-se para um esquema terapêutico alternativo, com a inclusão da **Zidovudina** (AZT). Ficamos assim com, **Zidovudina** (AZT) + **Lamivudina** (3Tc) + **Efavirenz** (EFV). (140) (38)

No Centro em estudo, o esquema terapêutico adotado corresponde, integralmente, ao preconizado pelas autoridades Angolanas e pela OMS.

Numa **segunda etapa** da PTV, focamo-nos no trabalho de parto.

A principal estratégia para evitar a transmissão do VIH da mãe para o filho é o uso de ARV, desde o diagnóstico da infeção pelo VIH na gestante, até ao final da amamentação, com especial destaque para o período do parto.

O parto é um período crítico dentro da estratégia de Prevenção da Transmissão Vertical do VIH, pois é durante o período intraparto que ocorre a maior chance de transmissão do VIH (cerca de 60% dos casos). Portanto, o parto de uma mãe seropositiva deve ser realizado dentro de uma instituição que tenha condições adequadas (materiais e humanas). As competências do profissional de saúde responsável pelo atendimento da gestante seropositiva em trabalho de parto são as seguintes:

- Manutenção da TARV prescrita durante a gestação: solicitar à paciente ou familiares que apresentem o medicamento que foi prescrito durante as consultas de pré-natal, para continuar a sua administração durante o trabalho de parto, parto e puerpério, com a finalidade de manter a atividade supressora da replicação viral e evitar a indução de resistência;

- Administração do protocolo AZT endovenoso ou via oral durante o trabalho de parto e parto, segundo protocolo. Dose de ataque: 2mg/kg; diluir em 100 ml de soro glicosado a 5% e infundir em uma hora. Manutenção: 1mg/kg/hora; diluir em 500 ml de soro glicosado a 5% e fazer infusão contínua até o clampeamento do cordão umbilical. A parturiente deve receber AZT (EV), desde o início do trabalho de parto até ao clampeamento do cordão umbilical. Esta recomendação faz referência a todo o tipo de parto, incluindo cesariana eletiva, sendo que nesta, se inicia o AZT (EV) quatro horas antes da cirurgia. (38)

Os procedimentos protocolados e levados a cabo no CMI-NSG, refletem, na íntegra, o preconizado pelas autoridades Angolanas e as orientações internacionais mais recentes. (F228)

Na **terceira etapa** da PTV, focamo-nos no pós-parto. As indicações da OMS relativas à profilaxia nos recém-nascidos, no âmbito da mãe que está a efetuar TARV, não foram alteradas desde 2010. (140)

É recomendado, à luz dessas orientações, que as crianças que estão a ser amamentadas, recebam uma dose diária de **Nevirapina** (NVP), durante 6 semanas, ao passo que as crianças que não estão a receber aleitamento materno exclusivo, recebam uma dose diária de **Zidovudina** (AZT), ou uma dose de **Nevirapina** (NVP), duas vezes por dia. No presente, novos dados revelam que a profilaxia combinada é mais eficaz, do que a profilaxia com um só antirretroviral, na possibilidade de transmissão vertical, intra-parto, em mulheres que não receberam TARV, pelo menos 4 semanas antes do parto. Assim, a OMS recomenda, a partir de 2016, que os Recém-nascidos de “alto risco”, nascidos de mães com VIH+, recebam dupla profilaxia (**Zidovudina** (AZT) duas vezes ao dia e **Nevirapina** (NVP), uma vez ao dia, por um período de 6 semanas. Após este período deverão iniciar a toma de Cotrimoxazol, até que termine o risco de transmissão e exclusão da seropositividade. (140) As autoridades Angolanas indicam que recém-nascidos de mulheres infetadas pelo VIH devem receber solução oral de **Nevirapina** (NVP), mesmo que as suas mães não tenham recebido ARV durante a gestação e/ou parto. A profilaxia com NVP deve ser administrada, de preferência, nas primeiras horas de vida. No caso de parto vaginal em período expulsivo, a profilaxia deve ser

administrada imediatamente após o nascimento (nas duas primeiras horas de vida). A administração da solução oral de NVP deve ser feita nas seguintes posologias: 4-5 mg/kg, uma vez ao dia, para RN de termo e peso superior a 2 kg; para o RN pré-termo e/ou peso inferior a 2 kg, administrar 2mg/kg, uma vez ao dia. A profilaxia será mantida durante as seis primeiras semanas de vida. Após a suspensão do xarope ARV profilático, deve iniciar-se a profilaxia com Cotrimoxazol à criança exposta ao VIH, devendo este ser suspenso apenas se houver reações adversas graves, ou quando a infecção pelo VIH for definitivamente excluída. (38)

É possível constatar que os procedimentos técnicos levados a cabo no CMI-NSG, relativos às medidas terapêuticas de PTV, obedecem, de forma integral, às normas do MINSA.

Conclusões do estudo relativo ao VIH

- ***O processo de diagnóstico do VIH***, nas mulheres grávidas, no Centro, está integrado na consulta de vigilância pré-natal e tem lugar na primeira consulta. É realizado por um enfermeiro, num espaço reservado. Após avaliação dos parâmetros vitais, a mãe é informada da possibilidade de efetuar, nesse momento, o teste. São-lhe transmitidas as garantias de confidencialidade e é-lhe explicada a vantagem para a mãe e bebé, do conhecimento do seu status. Os procedimentos encontrados e descritos permitem afirmar que são rigorosamente cumpridas as orientações do MINSA, através das normas publicadas pelo Instituto Nacional de Luta contra a SIDA, assim como as *guidelines* da Organização Mundial de Saúde, para este efeito. ^(F228)
- ***A prevalência de seropositividade*** na amostra, constituída por 4466 mulheres, foi de 2,10% (n=95). A colheita de dados decorreu ao longo de 6 anos (2013 a 2018). O ano da análise esteve associado significativamente com o VIH+ ($p<0,001$). Ao longo dos anos em estudo, houve um aumento da prevalência de VIH+, sendo esse aumento maior, no ano 2016, com uma prevalência observada de 5,01%. O grupo etário esteve, também, associado

significativamente com o VIH+, sendo o grupo dos 25 a 34 anos o que apresentou maior prevalência (2,6%) (p=0,034).

- **O protocolo terapêutico para a PTV**, inicia-se logo após um teste *Determine*, Positivo, confirmado com um teste Unigold, também Positivo. Se o teste de confirmação fornecer resultado Negativo, considera-se resultado global Indeterminado, e também se inicia a TARV, repetindo o teste dentro de 30 dias. No Centro, como medicação de primeira escolha, utiliza-se 1 comprimido contendo **Tenofovir** (TDF) e **Lamivudina** (3Tc) associado com 1 comprimido de **Efavirenz** (EFV). Caso haja reação de intolerância, opta-se pelo esquema alternativo, em que o **Tenofovir** (TDF), é substituído pela **Zidovudina** (AZT). A distribuição e o acompanhamento do processo terapêutico, é efetuado no próprio Centro, uma vez que este é reconhecido como idóneo pelas autoridades provinciais de saúde. Quando a mãe entra em trabalho de parto, e estando diagnosticada como HIV+, continua a tomar a TARV, sendo aplicado um protocolo específico para o parto, o qual inclui a administração por via endovenosa de solução **Zidovudina** (AZT), durante o trabalho de parto e parto. O recém-nascido de mãe HIV+, é sujeito a um protocolo específico para a PTV, com clampeamento imediato do cordão umbilical, toma diária de **Efavirenz** (EFV), durante as primeiras seis semanas de vida, após o que inicia uma toma diária de Cotrimoxazol, até aos 18 meses.

Foi, assim possível, chegar à conclusão de que o CMI-NSG, cumpre todas as orientações do Ministério da Saúde de Angola, através do Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA, tendo-as afixadas e sistematizadas em documento autónomo. (F228; F287; F288; F289; F290; F291; F292) Este facto, releva a adequação do trabalho desenvolvido no Centro, relativamente ao diagnóstico, acompanhamento terapêutico das grávidas seropositivas para o VIH e, medidas de PTV, justificando, deste modo, a acreditação por parte das autoridades de saúde de Angola.

6 Interação Nacional e Internacional

O Centro Materno Infantil N.^a Sr.^a da Graça, é parte de um todo, a que nos poderemos referir como o universo Caritas de Angola. A Caritas é o organismo de ação social da Igreja Católica, cujos valores constitucionais são, o respeito primordial pela vida e dignidade humanas; a solidariedade, o desenvolvimento integral do Homem, entre outros. Os princípios em que assenta a sua intervenção, são os de que, todos os homens em comunhão com a Igreja, são a família de Deus, realçando a dinâmica de cooperação em parceria e subsidiariedade, como orientadores das relações interpessoais e interinstitucionais. ^(F1; F230)

A matriz conceptual do CMI-NSG, naturalmente decorrente da pertença ao universo da ICA e da Caritas, está patente na sua política institucional, onde se afirma que o Centro é uma estrutura, onde se desenvolvem cuidados de saúde, sendo que se alicerçam os motivos e os meios de intervenção, em valores como, a Pessoa, a Solidariedade, a Justiça e o Desenvolvimento humano. É, pois, por natureza, um Centro aberto ao meio em que se insere e encontra nessa abertura, as ligações institucionais diversas, que reforçam e promovem a inovação e a qualidade. ^(F40)

Desde os anos de 2008 / 2009, que o Centro apresentava indicadores substanciais de efetiva interação com a comunidade, de onde se destaca a pertença e participação no **Grupo Comunitário**. ^(F40; F186) De facto, foram os apelos dessa mesma comunidade que estimularam e justificaram a existência desta resposta em saúde, enquadrada na Caritas de Angola. ^(F1; F51) Com o decorrer da atividade, veio a acentuar-se um carácter eminentemente dialógico, face à complexa realidade social, o que leva a que se possa, com propriedade, classificar o Centro como uma Entidade Social. Isto porque afirmava a sua vertente assistencial quotidiana, concomitante com uma faceta de entreposto entre as necessidades da população e as disponibilidades de pessoas individuais ou coletivas. Tal é o que se constata quando se toma consciência de que na origem do CMI-NSG, estiveram: a resposta do pároco da Paróquia de N.^a Sr.^a da Graça; uma médica pediatra, HM, na ocasião, voluntária num projeto de desenvolvimento social; a Organização da Igreja Católica, Leigos para o Desenvolvimento; a Caritas de Angola; a Fundação Calouste Gulbenkian, de

Portugal; uma médica obstetra e ginecologista, IM, que assumiu a liderança do projeto; a ONG, África não nos pertence; o Governo Provincial de Benguela; a Fundação DT e a Secil. ^(F32; F51) Numa fase posterior, tendo em vista a formação em Portugal, de enfermeiros do próprio Centro, foram parceiros, através do patrocínio da Fundação Gulbenkian, o Hospital de S. José, em Lisboa; o Instituto Português de Oncologia do Porto, através do Dr. Lúcio Lara e, o Hospital de S. Marcos, em Braga. ^(F51)

No Ano de 2011, na sequência do *Diagnóstico de Saúde Materno Infantil da Igreja Católica em Angola*, promovido pela Conferência Episcopal de Angola e S. Tomé e Príncipe, em colaboração com a Fundação Evangelização e Culturas, o CMI-NSG, foi considerado, de entre um conjunto de noventa unidades de saúde da ICA, como um dos três exemplos de boas práticas em saúde. ^(F2) Na sequência desta apreciação, e aquando do início do projeto Forvida, alguns dos enfermeiros do Centro integraram o corpo de formandos. A formação decorreu nas Províncias de Benguela, Luanda e, Huambo/Bié. Na ocasião, as dirigentes, Clínica e Administrativa, integraram o leque de formadores do mesmo Projeto. ^(F1) Concomitante com esta nova atribuição de alguns colaboradores do Centro, ou seja, iniciar um processo de disseminação das suas estratégias e das suas práticas, adiciona-se a cooperação com Instituições de Ensino Superior, em Angola, o Instituto Superior Piaget de Benguela e, em Portugal, a Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias. A primeira, iniciava a prática de Estágios para os seus alunos estudantes de enfermagem, no Centro e, a segunda, coordenava sob o ponto de vista científico e pedagógico, os módulos formativos que integravam o Forvida. ^(F1; F187) A cooperação com o ISJPB e com a ESESFM, veio a dar origem a um Protocolo tripartido, que visava conciliar as atividades do Centro, com a continuação da receção de estudantes do curso de Licenciatura em Enfermagem. ^(F190)

Com o início em 2014, do Projeto “Obrigado Mãe”, antes descrito, atingiu-se a formalidade de consideração do Centro Materno-infantil, como um referencial para as unidades de saúde, da sua tipologia, em Angola.

Na sequência da primeira visita da equipa de assessoria ao Projeto, foi recomendado à direção do Centro que continuasse a desenvolver parcerias com entidades locais e estrangeiras, por forma a reforçar a sua capacidade de intervenção. O campo das ligações a entidades estrangeiras foi realçado como possuidor de um grande potencial, no que respeitava ao influxo de apoios técnicos e científicos de diversa ordem. ^(F112; F114)

A vertente estratégica de procurar e manter uma relação de intercâmbio e cooperação com diferentes entidades, nacionais e estrangeiras, foi integralmente assumida, ao ponto de o Manual de Procedimentos contemplar uma secção relativa às relações exteriores do Centro. Aí se destacam as ligações às autoridades angolanas da área da saúde, especialmente a Direção Provincial de Saúde; a participação em campanhas de promoção da saúde, em especial na Vacinação; a disponibilidade para acolhimento de estudantes de diferentes níveis de ensino; a colaboração no órgão de coordenação da vida comunitária do Bairro da Graça e, no plano nacional e internacional, a participação em projetos de desenvolvimento profissional de médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde. ^(F40)

A assinatura do Protocolo de Colaboração/Cooperação, que esteve na base do Projeto Obrigado Mãe, deu ao CMI-NSG, um destacado protagonismo na prossecução do objetivo de redução da mortalidade materna e neonatal, nas províncias de Benguela, Huambo e Bié. Neste capítulo o Centro assume uma postura de desenvolvimento da sua estrutura de intervenção, paralelo à responsabilidade de difundir as suas próprias características de unidade de saúde de proximidade – Centro de Saúde. Esta participação do Centro, enquanto referência, permite-lhe, entre receber e enviar, mobilizar **172 profissionais**, recursos humanos da saúde de diferentes proveniências: **59 estudantes finalistas de enfermagem**, do ISPJP de Benguela, do Instituto Superior Politécnico de Benguela e da Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, em Portugal; **72 enfermeiras e parteiras**, das Províncias de Benguela, Huambo e Bié; **35 gestores de unidades de saúde** das Províncias de Benguela, Huambo e Bié. Por via desta colaboração, **6 enfermeiras angolanas**, quatro de Benguela, uma do

Huambo e uma do Bié, frequentaram em Portugal, um estágio de 6 semanas, numa instituição portuguesa, a Maternidade Dr. Alfredo da Costa, devidamente orientadas por profissionais da ESEFSM. ^(F25; F27; F28; F29; F201)

Este é, pois, um tema que merece destaque; a estratégia levada a cabo pela direção do Centro, de fomentar e rentabilizar todo o tipo de relações institucionais, por forma a constituir uma dinâmica de trabalho em rede. Consegue, deste modo, afirmar e promover a qualidade dos cuidados que, merecendo aprovação e destaque de pessoas provenientes de outras realidades sociais, devolvem aos colaboradores uma imagem isenta, relativamente à forma como desenvolvem as suas atividades.

Em todo o processo de acolhimento e formação, no âmbito do projeto Obrigado Mãe, entre Junho de 2014 e Janeiro de 2018, estiveram presentes no CMI-NSG, enfermeiras, parteiras e gestores de **50 unidades de saúde** de Angola. ^(F231)

Enquadrado no Estudo de Caso do Centro Materno-Infantil N.ª Sr.ª da Graça, foram identificadas as características fundacionais e os processos de desenvolvimento operacional, desta unidade de Saúde.

No mesmo contexto, foram identificadas lógicas de intervenção, que visam dar resposta às pessoas que buscam uma assistência em Saúde, adequada às suas efetivas necessidades.

Foram visitados os esforços quotidianos de adaptação, ocorridos numa Unidade de Saúde, com processos de levantamento da realidade, formação adaptada e difusão do conhecimento.

Como a própria Organização Mundial da Saúde afirma, é o processo de conhecimento e compreensão, bem como a adaptação às características de uma população, que permite modificar as respostas em saúde por forma a torná-las pertinentes, mais eficazes, adequadas e culturalmente significativas. (141)

Por outro lado, na área da saúde materna, o reconhecimento de que muitos mais partos são feitos em unidades de saúde, é uma oportunidade para afirmar que situações de potencial morte materna ou neonatal, podem assim ser mais bem enfrentadas. Deste modo, ao mesmo tempo que se salvam vidas humanas, pode concluir-se da qualidade global dessas unidades de saúde, a qual depende, fundamentalmente, das práticas baseadas na evidência, e nos referenciais internacionais, aí levadas a cabo. (54)

Entre as muitas conclusões que podem ser retiradas do nosso estudo e que consideramos úteis e de natureza estrutural, destacamos o facto de que no CMI-NSG, se procura servir a população do Bairro e não só, assumindo a coexistência da **urgência de proporcionar cuidados de Saúde de qualidade e acessíveis**, com a muito evidente **situação social de pobreza**, de uma população desfavorecida. E será esta díade, que estabelece, uma clara e forte ligação a todas as outras Unidades de

Saúde da Igreja Católica de Angola, mas também, às Unidades de Saúde similares, sob administração do Estado.

Desta forma, destacamos que os principais resultados do estudo que se focam nos indicadores RMM e MN, do Centro Materno Infantil N.ª Sr.ª da Graça, em Benguela, nos permitem afirmar que é possível, numa situação de vulnerabilidade social, com poucos recursos económicos, melhorar os indicadores de Mortalidade Materna e Mortalidade Neonatal. Assim é, uma vez que foi possível encontrar valores mais baixos, quando comparados com os valores análogos, indicados a nível nacional e internacional, para Angola.

Obtivemos, no nosso estudo, para o RMM, um valor de 133/100.000 e, para a Mortalidade Neonatal, um valor de 9/1.000. Os valores indicados em documentos internacionais, até 2018, apontam para valores de 477/100.000, para a mortalidade materna e de 29/1000, para a mortalidade neonatal. (131) (132) (133) (134) (135) (142)

A partir de 2018, a OMS procedeu a uma alteração do método de cálculo de estimativa do RMM e da MN. Daí resultou que o valor referencial para o RMM, em Angola, passou a ser de 241/100.000, mantendo-se a taxa de MN. (143) (136)

Também com este novo método de estimativa, a taxa de RMM encontrada no estudo, foi significativamente inferior ao valor do RMM de Angola, inscrito no referencial de 2019 (133 vs 241/100.000; $p < 0.001$).

Estes resultados permitem-nos deduzir que as razões dos valores encontrados, estarão na complexa conjugação entre, o contexto sociocultural e sanitário em que se insere o CMI-NSG e, o processo de organização, produção e gestão de cuidados de saúde, que aí se concebe e oferece.

As conclusões do nosso estudo, fugindo das expectativas, baseadas nos indicadores internacionais desde há vários anos, suscitam uma reflexão e um conjunto de conclusões mais abrangentes. (56) (57) (60) (135) (142)

A simples demonstração e análise de resultados pode, assim, não ser suficiente, uma vez que estudamos fenómenos que são mais do que meros procedimentos

técnicos ou laboratoriais. Embora os resultados, de per si, sejam indicadores globais indispensáveis, não permitem objetivar as “forças” e as “fragilidades” às quais, numa lógica de contexto, os resultados também se ficam a dever. Essas constituem o que Yin designa de respostas ao “como” e ao “porquê”. (67) (105)

A OMS, em 2014, na tentativa de maximizar os esforços relativos à melhoria da qualidade assistencial, procura clarificar o próprio conceito de Qualidade, o qual, neste domínio, se encontrava, ainda, muito associado à contabilização do número de intervenções e aos esforços de cobertura assistencial. Isto, porque não terá sido possível encontrar uma correlação positiva forte, entre o aumento dos cuidados disponibilizados e a melhoria dos indicadores de saúde, nas cruciais áreas da saúde materna e pediátrica. (64) (54)

Por outro lado, em 2016, a OMS afirma ser possível considerar os resultados positivos relativos a cuidados a mães e recém-nascidos, no período peri-parto, como reveladores de práticas baseadas na evidência e, de uma forma geral, como produto da qualidade dos serviços prestados à população. (54) (144)

Tornar-se-ia, pois, necessário olhar para o que se passava em todos os processos conexos, onde era gerada a própria intervenção e, para os resultados daí decorrentes. Para esta análise, é tido como referencial o modelo da qualidade dos cuidados, de Donabedian, o qual alertara, já em 1966, para que a utilização dos resultados como medida da qualidade dos cuidados poderia, em muitas situações, ser insuficiente, na medida em que os resultados eram o produto de processos e procedimentos que ocorrem em determinadas condições. Desta forma, é enfatizada a questão da contextualização, ou seja, o facto de que os processos são considerados como foco de atenção, uma vez que seriam esses a variar de um contexto para o outro. E essa variação fica a dever-se à denominada estrutura de *inputs* que é composta pelos recursos materiais, humanos e intelectuais, necessários ao desenvolvimento das atividades em saúde. (67) (64) O mesmo autor afirma ser fundamental que se considerem os diferentes fatores que proporcionam o resultado, como constituintes da noção de qualidade de intervenção clínica. (67)

Esta abordagem, está em total consonância com a estrutura da metodologia de estudo de caso, segundo a qual a essência das teorias explicativas ou causais, reside nas respostas ao “como” e ao “porquê”, determinado fenômeno ocorreu; sendo necessário estabelecer um conjunto de possíveis causas que o justifiquem, naquilo a que Woiceshyn chama, redes causais. (105) (128)

Como tal, e no contexto do nosso estudo no CMI-NSG, assumimos o propósito de afirmar, enquanto conclusões, as relações entre processos e resultados, mais concretamente a contemplação da **dimensão estrutural**, como seja a repercussão das próprias instalações físicas e dos equipamentos; as qualificações e a formação permanente dos profissionais; **os fatores processuais**, ou seja, a forma como estão organizados os processos internos de cuidados; a estrutura, organização e funcionamento administrativo e a gestão; as **ações de melhoria** levadas a cabo, especialmente e, com destaque, a formação permanente dos diferentes profissionais e, a **interação com a comunidade local** mas, também, nacional, (interprovincial e estatal) e internacional.

A OMS, tendo como intuito, a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde às mães e neonatos, em torno do momento do parto, concretizou em 2016, o que designou por “Padrões de Qualidade em Saúde Materna e Neonatal”, os quais decorreram da clarificação do quadro conceptual para a qualidade dos cuidados de saúde materna e neonatal. (54) (65) (144)

Dada a sua origem, pertinência e atualidade, bem como a abrangência da visão apresentada, será o principal referencial que utilizaremos para a geração de conclusões decorrentes da comparação dos processos internos e dos achados, com o preconizado para esta tipologia de cuidados. Optámos por, relativamente ao Centro Materno-infantil, debruçar-nos sobre os processos subjacentes aos cuidados que conduzem aos resultados. Servir-nos-emos de um referencial que nos permita comparar os achados, com indicadores de qualidade, definidos para esta área de intervenção, pela OMS. (54)

Tomamos como ponto de partida o esquema conceptual da organização Mundial da Saúde, antes apresentado e que aqui retomamos, a fim de orientar a nossa

análise. Numa afirmação de enquadramento, podemos dizer que os resultados epidemiológicos apresentados pelo Centro, se relacionam fundamentalmente com os fatores internos da instituição, ou seja, com a forma como está estruturada e a forma como funciona quotidianamente. Assim sendo, iremos olhar para o “interior” do Centro, com uma matriz conceptual que decorre dos *standards* para a melhoria da qualidade dos cuidados maternos e neonatais, delineada pela OMS, em 2016.

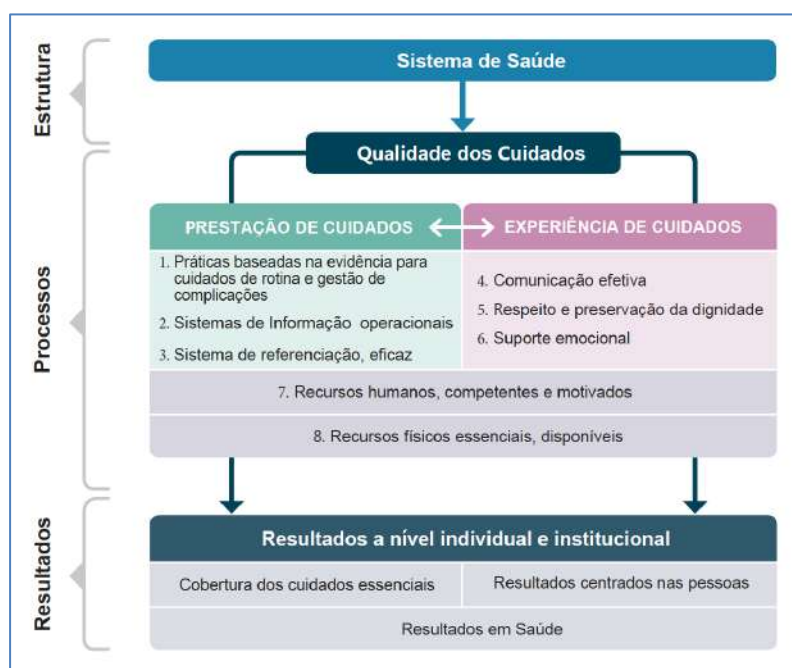


Figura 45 - Quadro de referência da OMS para a Qualidade dos Cuidados de Saúde Materna e Neonatal (54)) p.16
(Tradução livre)

O primeiro standard aponta para a disponibilidade de cuidados de rotina para as mães e para recém-nascidos, bem como suporte clínico, nas situações em que ocorram complicações no parto e período neonatal precoce. Todo este cuidado está baseado nas mais modernas evidências científicas. (54)

No CMI-NSG, os cuidados às mães e recém-nascidos estão protocolados com base na mais atual literatura internacional e nas diretivas das autoridades de saúde angolanas. Por esta razão o CMI-NSG e o Projeto OM, mobilizaram instituições de ensino superior, em Benguela e em Portugal, a fim de aí irem buscar suporte científico para as diferentes atividades clínicas.

Na consulta pré-natal, existe o protocolo de consulta de vigilância e a folha de registo personalizada do Processo A.

Existe serviço de enfermagem 24 horas por dia, assegurada, sempre por duas enfermeiras, na sala de partos e serviço médico permanente (por chamada, no período da noite). Existem equipamentos básicos como marquesa de parto e mobiliário de apoio clínico e consumíveis esterilizados, autoclave no serviço de esterilização e apoio de medicamentos essenciais para a mãe e para o neonato.

O acolhimento das grávidas no período do parto e a sua avaliação, é um processo formal, (Processo B), obedecendo a protocolo aprovado e com registos adequados. Existe uma sala de dilatação, denominada Sala das expectantes. Todas as parturientes têm o seu percurso monitorizado e individualizado com registos em folha de Processo Clínico, de Partograma e possibilidade de efetuar exame com registo de Cardiotocógrafo.

Os recém-nascidos recebem cuidados apropriados, em sala com o equipamento mínimo, logo após o parto. É-lhes efetuada profilaxia contra situações hemorrágicas e infeções oculares. Após os cuidados imediatos e as devidas avaliações de adaptação ao meio extrauterino (Índice de APGAR), são imediatamente colocados à mama.

Após o parto, a mãe e o bebé recebem cuidados puerperais e neonatais protocolados, em folha de processo C, com cobertura e vigilância nas principais áreas críticas, relacionadas com as causas de mortalidade, internacionalmente identificadas e assinaladas na literatura.

As grávidas ou as puérperas diagnosticadas com pré-eclâmpsia, são medicadas e acompanhadas, por protocolo^(F232), de acordo com as normas nacionais e internacionais, seguindo a supervisão médica e de enfermagem.

A abordagem da hemorragia pós-parto, tem uma forte vertente educativa, na medida em que, tendo em conta o curto período de internamento após o parto, se torna necessário proceder a cuidados preventivos que passam pela informação detalhada relativamente às situações em que a mulher deve procurar o apoio dos

profissionais do centro. Para esse efeito é envolvida a família na preparação para a alta e é disponibilizada à mulher, uma linha telefónica através da qual, ela poderá obter informação e apoio, a qualquer hora do dia ou da noite.

Quando a mulher grávida apresenta indicadores obstétricos indicativos de não progressão no trabalho de parto, é submetida a uma avaliação médica e segundo protocolo interno, é referenciada para a unidade de saúde central, o hospital geral de Benguela^(F80). Todos os neonatos são avaliados quanto a sua adaptação ao meio extrauterino. É seguida a metodologia do “*minuto de ouro*”^(F232), no apoio dos recém-nascidos com dificuldade respiratória, na própria sala de partos, onde existe um posto de assistência e equipamentos específicos para o recém-nascido. As grávidas que se apresentam em situação de possível parto pré-termo, recebem a devida avaliação clínica, segundo protocolo e, caso se encontrem numa fase da gravidez sem viabilidade para o feto, são enviadas ao hospital de referência, sempre acompanhadas por uma enfermeira.^(F209)

É feita cobertura antibiótica por rotina, a todas as parturientes e, em caso de necessidade, ao recém-nascido, com recurso às reservas de medicamentos geridas pelos profissionais do centro.

Todos os procedimentos respeitam a autodeterminação da mulher e da família, não sendo desenvolvidos quaisquer atos desnecessários ou que possam não ser associados aos cuidados essenciais à mãe e ao neonato.

As condições de higiene não são as ideais. No entanto, são potencializados todos os recursos existentes. Existe material clínico esterilizado. Uma colaboradora de Serviços Gerais, assegura durante as 24 horas, a melhor higiene possível do Centro. As superfícies são sistematicamente desinfetadas com recurso a solução de hipoclorito de sódio, sempre após qualquer utilização e no início e no fim do dia, conforme protocolo instituído^(F79).

O **segundo standard**, relativo aos sistemas de informação disponíveis, destaca a necessidade de, na unidade, existir um sistema de registo de toda a informação dos pacientes, mas também da atividade clínica quotidiana, tendo em vista a

continuidade de cuidados a cada pessoa e a possibilidade de analisar a atividade de forma global. Neste capítulo o Centro desenvolveu uma metodologia de registo que contempla a figura de “processo clínico individual”, o qual contém todos os registos relativos às intervenções efetuadas na mulher e nos seus filhos. Para isso concebeu e concretizou formulários próprios, para todos os 5 processos internos de gestão de utentes (A;B;C;D;E).^(F31; F43; F40; F44; F45; F217)

Uma vez que é fundamental o cumprimento de todos os passos desta organização da informação, o Manual de Procedimentos^(F40) contém dois capítulos onde se abordam os temas “Registo central dos Utentes do CMI-NSG” e “Gestão dos Processos Clínicos”.

Todo o sistema de informação assenta no registo informático de dados da mulher/mãe, do qual consta, o nome, número de processo institucional (cada utente tem um número e, um cartão com esse número e com o nome, que lhe é entregue) e, o contacto telefónico, caso opte por fornecê-lo.^(F20; F77) Os processos individuais, agregando todas as folhas relativas à assistência prestada em cada episódio assistencial, são guardados no setor administrativo, por ordem numérica, em dossiers. Desta forma, se assegura que uma grávida possa, no futuro, ser atendida tendo em linha de conta os eventos de gravidezes anteriores. De realçar que este sistema vem complementar os registos estatísticos que o Centro tem de fornecer mensalmente à Direção Municipal de Saúde de Benguela. No caso dos recém-nascidos e das crianças mais velhas, os registos das atividades clínicas, estão sempre associados ao processo clínico da sua mãe. Igualmente se destaca o aproveitamento dos dados registados para efeitos de estatística de gestão e geração de dados epidemiológicos e de análise da atividade do Centro. Todo este manancial de informação é sintetizado nos Relatórios de Atividades com periodicidade anual.

O **terceiro Standard** aborda a questão da referenciação à Unidade de Saúde mais diferenciada, quando se constate que a própria Unidade de Saúde de origem, não possui as condições necessárias ao enfrentamento de uma determinada situação.

O Estado Angolano através do Ministério da Saúde, produziu um referencial relativo à referenciação e que se foca em algumas situações, no parto, na hemorragia pré parto, na eclâmpsia, no trabalho de parto prolongado, na rutura uterina e na hemorragia pós-parto, entre outras situações. ^(F11; F10) Este é o referencial adotado no CMI-NSG, ao qual foi adicionada uma folha de registo e orientação para esta eventual deslocação da mãe / neonato, para o Hospital Central de Benguela. ^(F80; F209)

No **quarto Standard**, encontramos expressa uma afirmação da importância dada às questões da comunicação entre os diferentes profissionais das unidades de saúde e, a Mulher e a sua família, por forma a concretizar os cuidados da forma mais personalizada possível.

Este é um dos traços distintivos do CMI-NSG, reconhecido e expresso de forma repetida por todos as utentes e pelos funcionários da unidade de saúde.

A comunicação efetiva, por forma a aproximar as utentes dos centros de decisão, foi desde sempre uma das maiores apostas estratégicas do Centro. Desde logo, o facto de se tratar de uma unidade de saúde pertencente ao universo da Igreja Católica, alimentou uma noção de acolhimento na identidade e na prestação de cuidados, com total consideração das especificidades de cada pessoa.

Assim, todos os colaboradores do Centro demonstram, na comunicação, um efetivo respeito pelas características e opções de cada mulher. ^(OD) Por vezes é usada a língua Portuguesa e, outras vezes é usada a língua que melhor favorece a comunicação, (na maioria destes casos, o Umbundum).

A construção dos protocolos de atendimento, nos diferentes setores, contemplou a afirmação da necessidade de acolher “cada pessoa” e, também, a de favorecer a criação de um ambiente/espço, com a devida privacidade. Como tal, o atendimento nas consultas, (pré-natal, parto, puerpério, pediatria, ginecologia, VIH-Sida), é sempre efetuado em espaços devidamente isolados.

O Centro encontra na ideia e preocupação da efetiva comunicação, um mecanismo para descobrir a especificidade de cada mulher/família. Daí que tenha

implementado procedimentos para desenvolver esta estratégia de cuidados. Em primeiro lugar, concebeu e concretizou a ideia de fazer um “follow-up” da condição de saúde da mulher e do neonato, nos 42 dias após o parto. Assim, após a alta, a mulher pode ser contactada por via telefónica, caso não tenha objeção, quatro ou cinco vezes, por uma enfermeira do Centro, a qual avalia os sinais relatados, quanto ao bem-estar da díade e esclarece todas as eventuais dúvidas. Em casos muito específicos, em que a enfermeira diagnostique situações de risco, o Centro concebeu e implementa a figura da visita domiciliária, na qual e em ambiente específico de cada família, se fornecem os ensinamentos necessários e os devidos esclarecimentos. Também aí, se avaliam as reais condições de vida de cada família e se fornecem subsídios adaptados. ^(F31)

Este procedimento de ir junto da realidade quotidiana de cada pessoa, é um mecanismo internacionalmente reconhecido como favorecedor da redução da mortalidade, em países com baixos recursos. (145) (146) Conceptualmente, compreendem-se estas atividades decorrendo da adoção de um modelo teórico de enfermagem, associado à Escola da Interação, o que justifica todas as anteriores asserções. Destaque-se que a comunicação eficaz, é uma das temáticas sempre abordadas, como enquadramento, em todos os momentos de formação contínua e que se encontra bem evidenciado no Processo de Orientação e Avaliação do Desempenho Profissional do CMI-NSG, na área da *“Competência Humana dos Cuidados”* ^(F41; OP)

No **Standard 5**, encontramos a preocupação com o respeito e preservação da dignidade das mulheres e recém-nascidos. Este standard afirma a importância de que os mesmos possam ter privacidade em todo processo de cuidados e que tal se traduza, igualmente, na certeza da confidencialidade dos seus dados pessoais. (54)

A implementação da figura de processo clínico individual, foi uma das formas que o Centro usou para atingir a confidencialidade. ^(F40) Os dados informáticos são de acesso restrito e estão protegidos por senha. Como antes referido, todos os procedimentos técnicos são desenvolvidos em salas isoladas. Esta é uma afirmação

encontrada em destaque no Manual de Procedimentos. ^(F40; F90) Na sala das expectantes e na sala de puérperas, onde podem permanecer até quatro mulheres em simultâneo, existem cortinas separadoras e biombos que são utilizados sempre que necessário, quando qualquer procedimento possa pôr em causa a privacidade. É norma que, quando estão presentes familiares, sejam convidados a aguardar no exterior, sempre que se proceda a qualquer cuidado técnico. A forma como se avaliam estes procedimentos é sempre mais fidedigna quando originada na parte de quem recebe os cuidados. Embora não estejam instituídos mecanismos formais de avaliação da satisfação, os relatos da qualidade do atendimento são inúmeros e apresentados como “boca a boca”. ^(OD)

Todos os colaboradores, tanto os que estão envolvidos nos cuidados diretos, como os que desenvolvem atividades administrativas, de segurança ou de serviços gerais, deixam testemunho direto e formal das observações que escutam, ou que lhes são dirigidas, tanto no interior como no meio social envolvente. ^(OD; F139...F158)

No mesmo enquadramento, o Standard 5 pugna pela afirmação de que, nenhuma pessoa possa ser sujeita a maus tratos físicos, violência verbal, negligência, extorsão ou recusa de cuidados. (54)

Este é um ponto em que os dados do nosso estudo proporcionaram uma visão clara. Sendo uma instituição não pública, cujos serviços devem ser pagos pelos beneficiários, em caso algum se encontraram dados, de que se deixaram de prestar os cuidados necessários e adequados, mesmo na ausência de pagamento. ^(OD) São, aliás, muitos os casos relatados, de pessoas que ficam a dever o pagamento. Após o parto é solicitado o pagamento dos procedimentos, cujo valor é, à partida, do conhecimento de todos os que chegam ao Centro. ^(F204; F220) Se a pessoa não tem consigo o valor, é-lhe pedido que efetue esse pagamento o mais depressa possível. Na maioria dos casos, tal acontece. Não foram evidenciadas quaisquer práticas lesivas da integridade física ou moral dos utilizadores. Foram, aliás, registadas pelos investigadores, várias referências elogiosas aos serviços de saúde recebidos. ^(OD)

O **Standard 6**, foca-se no suporte emocional a ser proporcionado pelos profissionais que recebem e acompanham a mulher/criança, no seu processo de cuidados. Esse suporte e a estabilidade emocional, são elementos estruturantes da vivência do ato de ser cuidado.

Esse suporte à mulher, que será proporcionado por pessoas da sua escolha, deve no concreto, ser facilitado pelo serviço de saúde e, seja qual for a situação sociofamiliar, os profissionais assumem um posicionamento subsidiário e solidário.

No concreto, este Standard, apresenta-nos a perspectiva de que a mulher deverá poder decidir se deseja acompanhamento de uma pessoa significativa, durante o parto, a fim de reforçar o seu bem-estar emocional. Acresce a noção de que este suporte emocional favorece, ainda, que a mulher se constitua como participante efetiva do próprio parto, através do estímulo ao seu protagonismo. (54)

No ambiente de grande fragilidade social, e no concreto espaço do CMI-NSG, a preservação dos elementos de suporte emocional da mulher, é uma medida natural e uma estratégia básica. Daí que, caso a mulher o manifeste, pode estar permanentemente acompanhada por quem deseje. Essa é uma das afirmações da missão do centro; criar condições para que as utentes se sintam acompanhadas no parto e no puerpério, numa dupla vertente de acompanhamento técnico e sociofamiliar. (F40; OD)

Assinale-se que, em função da idiossincrasia cultural, a presença da família é uma constante, o que leva a que tenha de haver uma orientação específica sobre quem deve estar junto da mulher nomeadamente no período de dilatação. Contudo, são muitas as mulheres que atravessam sozinhas o período de dilatação e de parto. Nesses casos e conforme está clarificado nos protocolos da sala de partos (Processo B) e da sala de puerpério (Processo C), bem como nos respetivos registos, é preconizada uma abordagem individualizada e empática.

Apesar desta recetividade às disposições da mulher e família, são poucos os homens que acompanham as suas esposas, não obstante tal ser estimulado, logo na vigilância da gravidez. Tal ausência, não retira a perspectiva estratégica que o

Centro coloca nas Palestras, realçando sempre, a importância da figura do Pai, no processo da parentalidade. (F25; OD)

A consideração sobre a forma como os cuidados e toda a sua organização têm impacto na vivência emocional das pessoas que procuram cuidados, é recheada de muita subjetividade. Por esta razão, e para este assunto em concreto, podemos evidenciar a opinião de terceiros, quer sejam os próprios utentes, quer sejam estudantes da licenciatura em Enfermagem, quer sejam outros profissionais de saúde de outras Províncias de Angola e que ali efetuam estágios de formação contínua. São igualmente importantes as observações informais que as utentes fazem junto dos funcionários não enfermeiros.

Algumas utentes que deixaram a sua apreciação;

"(...)o centro é uma unidade de referência porque as pessoas são muito humanas, preocupadas e competentes (...) podemos não ter as melhores infraestruturas, mas isso não importa, o que interessa são as pessoas (...) todas as pessoas da comunidade falam do quão bom é este centro." (Utente CMI-NSG, 25 anos, novembro 2017) (F25, p.100)

"(...) quando aqui cheguei para ter o meu bebé a enfermeira esteve sempre ao meu lado, a dar-me mimosinhos, carinho, conforto, disse palavras amigas, isso não tem preço (...) tenho outro centro de saúde ao pé da minha casa que até é grátis e atende mulheres grávidas, mas prefiro vir aqui. No bairro todos sabem que aqui é melhor." (Utente CMI-NSG, 26 anos, novembro 2017) (F25, p.95)

Na avaliação da sua experiência de estágio, os Estudantes de Enfermagem destacaram a interação positiva entre enfermeiros e pacientes. Destacam em especial a forma atenta de atendimento de todos os funcionários. Referem, consensualmente, a ideia de que no Centro se promove a Humanização. Destacam ainda, que essa preocupação com as pessoas se vê, igualmente, na atividade dos enfermeiros dentro do Mercado, a fazer palestras e avaliação das grávidas. (F25)

Os enfermeiros de outras unidades de saúde e de outras Províncias deixam, a sua opinião, de que se destaca:

“...aqui há muita partilha entre trabalhadores e entre trabalhadores e utentes.”

Rosa K., Enfermeira Centro Materno-Infantil Mineira, Huambo ^(F25, p.47)

“...uma das coisas que mais me impressionou, foi o cuidado com que as mães são atendidas, os cuidados que os enfermeiros ensinam às mães para tratar dos bebés,

Isabel G., Enfermeira Hospital Municipal do Cubal ^(F25, p.58)

“...o nosso paciente não se trata só com medicamentos, o bom acolhimento também é medicamento, quando recebemos bem o nosso paciente, é a primeira medicação que estamos a fazer (...)

Enfermeiro José C., Enfermeiro e Gestor do Centro Saúde S. Pedro, Huambo ^(F25, p.89)

Para além destas referências encontramos outras expressões que destacam a ideia de se perceber um atendimento dos utentes, com critérios de humanização. Destaca-se o que se passa na consulta Pré-Natal, na sala de partos e no acompanhamento específico das mães e recém-nascidos na sala de puerpério. Realça-se também a ideia de que a organização em Processos (A; B; C; D; E) e respetivos procedimentos, é uma forma de respeito pelas mulheres e bebés. ^(F25)

Será igualmente adequado assinalar o que os funcionários administrativos e de serviços gerais e, também os enfermeiros, retêm das expressões espontâneas das utentes e suas famílias quando, à saída da consulta ou do Centro. As expressões são, na sua maioria, de grande admiração pela forma respeitosa e competente como se sentiram tratadas e evocam, frequentemente, experiências de outros locais, para justificar as suas opiniões. ^(F137; F139; F141; F152; F153; F154; F155; F156; F158)

No que respeita ao **Standard 7**, no qual é preconizado que as unidades de saúde disponham de profissionais competentes e motivados, disponíveis para abordar

situações de rotina e para a gestão das eventuais complicações, (54), no CMI-NSG, podemos elencar diversos indicadores para o demonstrar.

Em 2009, um ano depois de iniciar função assistencial, o CMI-NSG, foi reconhecido como um Centro de referência, pelo seu papel no combate a mortalidade materna e enquanto unidade de saúde da Igreja Católica, mas também pelas suas práticas de gestão. Este facto levou a que fosse selecionado enquanto um caso de sucesso que interessaria utilizar como modelo de intervenção na realidade sanitária das unidades de saúde da Igreja Católica de Angola. ^(F7) Para tal foi constituído como, um núcleo Provincial de formação, inovador, no panorama de saúde materno infantil em Angola. Por outro lado, ao ser incluído no projeto internacional de formação, o Forvida, os próprios profissionais passavam a ter possibilidade de realizar estágios em Portugal, como formação permanente. Esta via, proporcionando visibilidade à sua atividade, terá reforçado o sentimento de identificação e apego aos Valores e à Missão, institucionais, cuja apropriação é evidenciada por parte de todos os profissionais de enfermagem. ^(F139...F151) Ao mesmo tempo, foi criada uma dinâmica de formação no próprio Centro, em que todos os seus profissionais participavam na receção de enfermeiros em estágio, vindos de outras províncias e, também da Província de Benguela. Estes, eram oriundos de unidades de saúde da Igreja Católica e de unidades do Estado. Esta situação em que os enfermeiros e outros profissionais percecionavam a sua atividade como modelar, terá desencadeado uma especial motivação e responsabilização, pela consciência de que o que no Centro se fazia, iria inspirar outras instituições a melhorar a assistência às populações. ^(OD)

Paralelamente, são desenvolvidas diversas ações de formação em serviço, no sentido de reforçar a competência técnica e a atualização permanente. Foi constituído um acervo bibliográfico do Núcleo de Recursos de Formação em Saúde do Centro, com inúmeras obras bibliográficas, a “Biblioteca Azul” da OMS, meios informáticos e equipamentos multimédia e pedagógicos. ^(F25) Por forma a tornar muito prática e efetiva a sua utilização, foi criado um Regulamento próprio. ^(F189) Nas palavras do coordenador do Núcleo, este tem uma grande importância, *pois serve*

de biblioteca de consulta científica para o público, para os trabalhadores e... para todos os amantes do saber. (F25, p.60)

No que respeita às questões técnico-profissionais, as enfermeiras em exercício, desenvolvem a sua atividade sob coordenação de uma colega especialista em enfermagem materna e, também, de uma médica ginecologista e obstetra. Existem enfermeiras responsáveis pela sala de parto, pela sala de puerpério, pelas consultas de Pré-Natal, pelas consultas de Pediatria e pelas ações na Comunidade.

Existe uma divisão do período de trabalho em período de dia e período da noite.

A organização da sala de expectantes obedece à necessidade de estar sempre presente uma enfermeira que providencie cuidados de forma atempada. No Centro, como se constata nos horários de trabalho, há sempre, pelo menos, duas enfermeiras presentes, sendo uma delas parteira, por forma a garantir um efetivo acompanhamento de mulheres em fase de dilatação e no puerpério. (F35; OD)

O apoio médico é garantido nas 24 horas, pela médica obstetra, diretora clínica, em regime de chamada, durante a noite.

O apoio à mulher durante o trabalho de parto é, também, proporcionado pela disponibilização de medicamentos de reforço ao processo de dilatação, bem como a estimulação à ingestão de alimentos, quando a enfermeira constata o cansaço da mulher grávida. Em muitos casos é a própria família que traz os alimentos. (F253; F260)

No **Standard 8**, abordam-se as questões relacionadas com as instalações físicas, a existência de água potável, saneamento básico e energia elétrica. Analisa-se a disponibilidade de medicamentos, alimentos e equipamentos de apoio para cuidados maternos e neonatais de rotina e gestão de complicações. (54)

O CMI-NSG está localizado num determinado contexto urbanístico, num Bairro periférico da cidade de Benguela. Esta condição foi, na ocasião da sua fundação a grande justificação da sua existência, ou seja, era prioritária a proximidade física com as pessoas que moravam no Bairro da Graça. Desta forma, obedece aos critérios enunciados, nomeadamente porque as instalações físicas, embora não

perfeitas sob o ponto de vista arquitetónico, localizam-se num espaço que garante acesso do bairro e rápida saída para as cidades, de Benguela ou do Lobito. A organização do espaço é feita por salas e por função. Possui água potável da rede pública e reservatório próprio de água potável, para quando o abastecimento é interrompido. Possui instalações sanitárias e uma fossa séptica. Recebe energia elétrica da rede pública. Possui dois geradores de energia, para providenciar que nunca falte energia nos espaços clínicos e nos frigoríficos de conservação de vacinas. Quanto a equipamento técnico, o Centro está equipado com todo o material básico essencial, ^(F98) possuindo ainda um ecógrafo digital fornecido pela Fundação Calouste Gulbenkian.

O Centro alargou as suas instalações, com recurso a contentores adaptados à função de consultórios e um, de cozinha. Tem planeado um aumento do espaço edificado. ^(F51; F52; F53; F85; F90) No sentido de proporcionar uma ainda maior qualidade técnica aos cuidados prestados, o Centro contratou um Laboratório de Análises Clínicas que, no local, proporciona este serviço, evitando assim, deslocações até à cidade de Benguela. ^(F91)

Todo o paralelismo encontrado entre o preconizado nos *Standards* e as opções e o funcionamento estrutural do CMI-NSG, não pode ser relativizado na análise dos dados em saúde, oportunamente identificados. O que se concebe teoricamente enquanto estrutura de intervenção, em situações de vulnerabilidade pessoal ou, neste caso, também social, é o primeiro e mais evidente suporte causal dos resultados.

Muita da mais recente abordagem teórica à problemática da redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em situações de especial vulnerabilidade, assenta sobre os pressupostos de existência e promoção de:

- vigilância sistemática da gravidez;
- centralidade da condição específica de cada mulher, tendo em conta o seu meio sociocultural e familiar;
- capacidade dos serviços para a gestão de complicações;

- envolvimento do Homem, no processo de maternidade;
- conceção da dimensão comunitária das intervenções, com o envolvimento da população, a todos os níveis;
- boa acessibilidade às unidades de saúde;
- cuidados culturalmente significativos, com validação científica;
- investimento no trabalho em rede;
- reforço permanente da competência dos profissionais;
- benefício de organização dos serviços em função de modelos referenciais;
- inclusão da investigação associada à prática;
- consciência do benefício da abordagem holística das situações.

(141) (52) (145) (80) (65) (45) (64) (4) (25) (147) (148) (149) (150)

Sentimos poder afirmar que os resultados encontrados nos indicadores de Mortalidade Materna e Mortalidade Neonatal no CMI-NSG, estão relacionados com o **tipo de organização** formal da própria unidade de saúde, com o **modelo de governação** vigente e, com a profunda e fundacional **relação com a comunidade** envolvente, que é possível constatar neste Centro.

Poderemos, igualmente, destacar a preocupação da gestão, de todos os enfermeiros e dos restantes profissionais, com a dinâmica de formação permanente, alicerçada numa visão de atualidade científica e, da importância dada à partilha dos conhecimentos, estratégias e práticas. Encontramos, igualmente, justificação para afirmar que, a sempre presente cooperação nacional e internacional, fomentou a vontade de uma melhoria contínua e gerou a consciência da fragilidade das opções técnicas, quando as mesmas são tomadas com foco exclusivo na estrita realidade quotidiana. A criatividade na conceção de novas intervenções, de novas estratégias para chegar junto das pessoas, foi igualmente um suporte à gestão das dificuldades naturalmente existentes nos meios de especial vulnerabilidade. O movimento de saída dos espaços tradicionais, que são os espaços formais dos cuidados técnicos, para o espaço sociocomunitário e mesmo para o espaço de cada família, garante a pertinência e a humanização das

intervenções, pelo conhecimento concreto da realidade; o “chão” onde se deseja semear, condiciona a escolha da “semente”. A força da coordenação da equipa surge igualmente e de forma evidente, como elemento distintivo. Tal, torna-se relevante, quando constatamos que a conjugação entre uma proliferação de desafios urgentes e uma vontade anárquica de enfrentá-los, pode, em si própria, ser elemento de perturbação / destruição dos esforços genuínos de intervenção em saúde.

A Enfermagem, enquanto abordagem específica e estruturante, baseada em referenciais conceptuais e técnico-científicos, concorrente para o bem-estar pessoal e sociofamiliar, surge como extraordinariamente relevante, na medida em que, como ciência, e no concreto do CMI-NSG, no âmbito da sua função transdisciplinar, proporciona ao cidadão o apoio necessário para que continue a fazer uma gestão eficaz da sua vida e das questões com implicação objetiva na saúde, dela decorrentes.

A questão que se nos coloca, é a de saber se os achados do nosso estudo podem ser generalizados a outros contextos. Na essência da metodologia de Estudo de Caso, na qual se destaca o papel idiossincrático de cada realidade em estudo, não cabe a mesma noção de generalização geralmente associada aos estudos das experiências determinísticas. Estamos perante uma experiência aleatória, cujas variáveis são a própria identidade do objeto em estudo. A metodologia de Estudo de Caso, leva-nos a produzir proposições teóricas que nos permitem fazer previsões, sempre que nos possamos referir a situações, nas quais, existam condições análogas às encontradas no ambiente do Caso original.

Assim, a generalização não poderá ter uma validação estatística, na qual podemos inferir o resultado de uma amostra, para uma população. Será, pois, no campo de uma generalização teórica, analítica e também naturalista; um processo de análise que permite identificar as lógicas de causalidade dentro do Estudo de Caso.

Não procuramos, pois, transpor a teoria validada pelos achados, para outros contextos mas tão somente afirmar, que o que se passa no Caso em estudo, não se passa em todos os locais em Angola ou em África, ou em qualquer outra parte do

mundo, embora tal possa acontecer. Generalizamos, pois, a possibilidade de que, o que acontece no CMI-NSG, possa acontecer em outros locais, dado que sejam criadas condições análogas às originais.

Se esta asserção se nos afigura como horizonte lógico, muito importante será assinalar que tal, está já a ocorrer.

De facto, o papel modelar e referencial que se tentou atribuir ao CMI-NSG, por via dos Projetos Forvida e Obrigado Mãe, permitiu que cerca de 500 profissionais, (gestores, enfermeiros e parteiras), recursos humanos da saúde, da Igreja Católica, (56%) e, do Estado Angolano, (44%), frequentassem formação em estágio e seminários temáticos, no próprio CMI-NSG, e também nas suas unidades de saúde de origem.

Foram assim, cerca de 500, os profissionais de saúde que conheceram o CMI-NSG enquanto proposta estruturada, de intervenção numa realidade concreta.

Estavam, desta forma, criadas as condições para uma continuação da pesquisa, uma vez que tendo em consideração a vontade expressa dos participantes seria de esperar uma transposição do modelo de intervenção do Centro para outras realidades de Angola, nas províncias de Huambo, Bié, e no restante de Benguela.

As visitas de supervisão às unidades de saúde destas Províncias, que aconteceram no âmbito do projeto OM, incidiram sobre 16 unidades de saúde destas Províncias. Aí foram colhidos dados que se revestem da maior importância, pois permitem equacionar a continuação do esforço de redução dos indicadores de RMM e MN. Apenas 2% dos formandos visitados, referiu não haver conseguido, de forma alguma, implementar as mudanças a que se havia proposto. No que respeita, por exemplo, ao Manual de Procedimentos, 17% dos gestores referiu ter elaborado o da sua unidade e colocado em funcionamento e análise, os diferentes procedimentos de gestão da unidade Saúde. Constatou-se que, no caso dos enfermeiros, não houve qualquer referência à não adequação dos princípios e opções apreendidas no CMI-NSG; tendo apenas sido enfatizada, a dificuldade em influenciar os colegas e superiores hierárquicos por forma a aderirem à mudança.

A possibilidade de concretizar mudanças, adequadas a cada unidade, foi sustentada no conhecimento do que, em menos de um ano após o estágio no CMI-NSG, foi criado e realizado nestas Unidades de Saúde. Estão aqui incluídas Unidades de pequena dimensão, mas também, outras, de grande dimensão, como seja o Hospital Provincial do Bié ou a Clínica Arquidiocesana do Huambo. (F25, p.86...)

Enunciamos alguns exemplos de ações ou novos procedimentos de gestão:

- Realização de consultas de Avaliação Gestacional;
- Aprender a utilizar um CTG;
- Preenchimento do Partograma;
- Atendimento às puérperas e follow-up (procedimentos, vigilância e chamadas telefónicas);
- Realização de visitas domiciliárias às mães e recém-nascido;
- Medição do perímetro craniano, abdominal e cefálico;
- Abertura e melhor organização das consultas puericultura/pediatria;
- Realização de palestras sobre saúde materno-infantil às utentes;
- Rastreio da tensão arterial na comunidade;
- Arquivo dos registos para melhor acompanhar o historial das utentes;
- Registos na Consulta Pré-Natal e seguimento da grávida;
- Organização dos processos individuais das utentes entre secções;
- Atribuição de cartões de utentes;
- Elaboração de Manuais de Procedimentos ou de procedimentos escritos;
- Elaboração de organigramas de serviço;
- Elaboração de escalas de serviço;
- Pontualidade;
- Humanização dos serviços;
- Seminários para os colegas, sobre os conhecimentos adquiridos e passagem de testemunho;
- Intercâmbio entre Unidades de Saúde.

Ao conhecer o impacto da atividade do CMI-NSG nos espaços de outras unidades de saúde de Angola, algumas das quais distando quase 750 km de Benguela, torna-se evidente que a opção metodológica do nosso estudo se adequou à realidade sócio sanitária do país. De facto, em função dos subsídios do processo de Supervisão, fica claro que as opções do CMI-NSG foram adotadas pelos profissionais

de outras Unidades de Saúde, pelo seu significado, no contexto da Unidade de Saúde e, não apenas como medidas pontuais e isoladas. É o carácter holístico do Estudo de Caso que se afirma como uma estratégia de investigação, evidentemente adequada, para fenómenos complexos, desta natureza.

O CMI-NSG desenvolveu uma estrutura de cuidados de saúde que responde às necessidades da população e permite, simultaneamente, uma análise efetiva do seu próprio funcionamento e das insuficiências a que, as condições em que funciona, o remetem. Foi assim possível, constatar que, o CMI-NSG, conseguiu melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e, em particular, reduzir os indicadores de Mortalidade Materna e Mortalidade Neonatal, num ambiente de extrema vulnerabilidade social e, com poucos recursos económicos.

Como começámos por afirmar, a boa saúde é um aspeto decisivo para o bem estar e felicidade do Ser Humano. Às instituições e aos profissionais de saúde compete assim, cuidar da saúde de cada pessoa e de todas as pessoas com a consciência de que estão a condicionar/subsidiar um fator decisivo no percurso vital e ontológico de cada ser humano.

Superando a visão estrita de saúde enquanto bem físico, ganhamos um horizonte amplo, que se constitui como um bem e como um produto processual da existência e da vida quotidiana dos sujeitos. Nasce assim, no plano dos determinantes sociais, a visão holística da saúde, em simultâneo com a evidência da necessidade da co-responsabilização social e comunitária, pelo bem estar de cada cidadão.

A Enfermagem, enquanto *ciência do viver*, protagoniza, no campo das ciências da vida e da saúde, a função da clarificação do imperativo antropocêntrico dos cuidados de saúde. Esta proposição, que se enquadra no espírito e nas afirmações da OMS, desde meados do século passado, toma tanto mais relevo, quanto somos confrontados com relevantes evidências de que essa mesma saúde, se consolida ou deteriora, em função de comportamentos próprios ou alheios e, das condições sociais que os suportam. É, desta forma, fundamental alicerçar as práticas profissionais de enfermagem, em Modelos conceptuais adequados, que considerem como pedra de toque os comportamentos e as razões que a eles conduzem. Tudo isto suportado por um substrato epistemológico claro e específico.

As análises das Nações Unidas que, já no séc. XX, revelavam justificada preocupação com as questões da saúde e do desenvolvimento dos povos, traduziram-se nos Objetivos do Desenvolvimento do Milénio e depois, nos Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável, vindo colocar inquestionável evidência nas várias áreas em que o Desenvolvimento Humano não corresponde ainda, aos padrões mínimos para uma vida digna e próspera. De entre estas, a Saúde Materna e a Neonatal, ganham especial destaque, não só pela sua acutilância afetiva, resultante da fragilidade dos sujeitos, mas também pela extraordinária repercussão que

apresentam na vida das pessoas, cuja condição social acumula encargos e reduz oportunidades para a vida em qualidade, remetendo-as para o círculo vicioso da pobreza.

A Mortalidade Materna é um dos indicadores-chave do desenvolvimento e a sua redução tem sido, desde há muito, um desafio nos países com baixos níveis económicos e sociais.

Em África, e em especial em Angola, observam-se indicadores que apontam para uma situação complexa e de difícil resolução, com valores da ordem das 477 (ou 241, conforme o referencial), mortes maternas, por cada 100.000 partos e 29 mortes por cada 1.000 nados vivos. Existindo uma estreita correlação positiva entre estes dois indicadores, tornou-se adequada uma intervenção planeada que os enfrentasse em simultâneo.

Após um extenso estudo da realidade das unidades de saúde da Igreja Católica em Angola, concluiu-se que o Centro Materno-Infantil N.ª Sr.ª da Graça, em Benguela, possuía já um historial de enfrentamento do problema da saúde materna e neonatal e era considerado como um caso de sucesso, cuja estrutura podia ainda ser reforçada e rentabilizada, pela divulgação e demonstração das suas estratégias e práticas, ao serviço da Mulher e da Criança. Com o apoio internacional do projeto Forvida e Obrigado Mãe, o CMI-NSG, reforçou a sua estrutura e desenvolveu mais mecanismos de suporte, nomeadamente, estudos epidemiológicos que visaram demonstrar cientificamente, de forma qualitativa e quantitativa, os processos organizacionais e de trabalho, que justificavam os valores dos índices RMM e MN, na população que acorria ao Centro.

Assim, foi possível conhecer aprofundadamente a estrutura, a motivação e os fundamentos conceptuais que justificaram a existência e o funcionamento do Centro, havendo a assinalar a profunda sintonia entre os achados do Caso, e os padrões teóricos internacionais em matéria de qualidade em saúde.

Encontrámos, no plano dos indicadores de saúde, uma prevalência de 2,10% para a seropositividade do VIH, nas 4.466 mulheres testadas na consulta de vigilância da gravidez, ao longo de 6 anos e, pudemos concluir que os valores, para o RMM e MN,

no intervalo de 4 anos e um mês, foram de 133/100.000 e, de 9/1.000, respetivamente.

Os resultados encontrados, associados à idiossincrasia do CMI-NSG, não podem ser generalizados para a realidade angolana. Os *comos* e os *porquês*, do alcance de indicadores de saúde, diferentes dos que estão internacionalmente, indicados para Angola, dizem respeito, apenas à realidade em estudo. Contudo, é lícito afirmar que, não podendo generalizar os resultados, poder-se-á, contudo, generalizar a possibilidade de que eles ocorram, em contextos onde sejam proporcionadas condições análogas às existentes e desenvolvidas no CMI-NSG, em Benguela.

Concluímos, assim, realçando que, sentimos ter alcançado todos os objetivos oportunamente delineados. Destacamos, especialmente, o conhecimento aprofundado e detalhado do Caso em estudo e a demonstração de que é possível, melhorar os indicadores de Mortalidade Materna e Mortalidade Neonatal, numa situação de vulnerabilidade social, com poucos recursos económicos.

Bibliografia

1. WHO, Up (CEF, Up FPA, Worl5 B4nk Group 4n5 9h) Un 9) 5 p49ons Popul49on D v s on. *ends in mate nal mo tality 2000 to 2017*. Geneva : World Health Organization, 2019. ISBN 978-92-4-151648-8.
2. WHO. Health and development. *Wo ld Health O ganization*. [Online] World Health Organization, 2018. [Citação: 20 de Janeiro de 2018.] <http://www.who.int/hdp/en/>.
3. Th) Worl5 B4nk. Poverty and Health. *he Wo ld Bank - Unde standing Pove ty*. [Online] 25 de August de 2014. <http://www.worldbank.org/en/topic/health/brief/poverty-health>.
4. Worl5 B4nk. *Dying fo change : Poo people's expe ience of health and ill-health*. Washington, DC : World Bank., 2005. 123521468332446432.
5. B4rr) 9o, M4ur c o L m4. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>, 2017, Vol. 22(7), pp. 2097-2108.
6. C4rv4lho, An9on o (vo. *Dete minantes sociais, econômicos e ambientais da saúde*. Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. ISBN 978-85-8110-016-6.
7. M ss) lbrook, D. An A-Z of medical philosophy: Z is for Zeno. *B itish Jou nal of Gene al P actice*. 2015, Vol. 65(631), p. 88.
8. S) 1r) , M4rco. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 1997, Vols. 31-5.
9. Kérou4c, Suz4nn)) 94l. *La Pensée Infi miè e*. Laval (Quebec) : Études Vivantes, 1994. ISBN 2-7607-0584-6.
10. Worl5 H) 4l9h Or14n z49 on. *Health in 2015: f om MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals*. Villars-sous-Yens, Switzerland : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2015. ISBN 978 92 4 156511 0.
11. Or14n z4ção Mun5 4l 54 S4ú5) . *Diminuindo dife enças: a p ática das políticas sob e dete minantes sociais da saúde*. Genebra : Organização Mundial da Saúde, 2011. ISBN 978 92 4 850240 8.
12. Lucc4-S lv) r4, M4rcos P4ulo 5) . *he Health Gap: he Challenge of an Unequal Wo ld*. Rio de Janeiro : Epub, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00130716>.
13. M4rmo9, M ch4) l. The health gap: Doctors and the socialdeterminants of health. *ScandinavianJou nal of Public Health*. 2017, Vol. 45, pp. 686-693.
14. Worl5 H) 4l9h Or14n z49 on - Europ) . *Social dete minants of health: the solid facts*. [ed.] Richard Wilkinson and Michael Marmot. Copenhagen : WHO Library Cataloguing in Publication Data, 2003. ISBN 92 890 1371 0.

15. **World Bank, WHO, Vocês e o Povo.** *Dying for change: Poor people's experience of health and ill-health.* Washington : World Bank, 2005.
16. **Gordon, David S.** The concept and measurement of poverty. [autor do livro] D. Gordon, & R. Levitas C. Pantazis. *Poverty and social exclusion in Britain: the Millennium Survey.* Bristol : Policy Press, 2006.
17. **United Nations.** Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. *General Assembly.* [Online] 21 de 10 de 2015. [Citação: 4 de 02 de 2018.] http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E.
18. **World Bank Group.** *Working on Inequality - Poverty and Shared Prosperity.* International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. Washington : World Bank Publications, 2016. ISBN (electronic): 978-1-4648-0979-8.
19. **United Nations.** *Rethinking Poverty - Report on the World Social Situation 2010.* Department of Economic and Social Affairs. New York : United Nations, 2010. ISBN 978-92-1-130278-3.
20. **Snider, Peter.** *The Life You Can Save - Acting Now to End World Poverty.* s.l. : Random House, 2009. e-ISBN 978-1-5883-6779-2 .
21. **Francisco, Papa.** *Carta Encíclica Laudato Si - Sobre o cuidado da casa comum.* Roma : Santa Sé, 2015.
22. **High Commissioner of Human Rights.** Universal Declaration of Human Rights. *United Nations - Human Rights.* [Online] <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>.
23. **Kenneth S. Lim, Aulus F. Holguin, Brandy P. Jarvis.** A potential role of anti-poverty programs in health promotion. *Preventive Medicine.* Novembro de 2016, Vol. 92, pp. 58-61.
24. **Garcia, Maria da Glória.** *Como defende hoje a Dignidade Humana.* Lisboa : Universidade Católica Portuguesa, 2016. 9789725405161.
25. **World Health Organization; OECD.** *Poverty and Health.* Development Assistance Committee - Guidelines and Reference Series. Genebra : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. p. 2003. ISBN 92 4 156236 6 (WHO).
26. **Carroll, Stephen M.** The Negative Impact of Poverty on the Health of Women and Children. *Annals of Medical and Health Sciences Research.* November-December de 2017, Vol. 7, pp. 442-446.
27. **World Health Organization.** *Reproductive, maternal, newborn, child, adolescent health and nutrition.* Geneva : World Health Organization, 2015.
28. —. Maternal Health. *Maternal mortality fact sheet N°348.* [Online] WHO, 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>.

29. *The impact of HIV/AIDS on human development in African countries*. **Bou94y) b, A.** 2009, BMC Public Health, Vol. 9(1) S3.
30. **WHO.** HIV/AIDS Fact sheet. *WHO / HIV/AIDS*. [Online] Julho de 2017. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>.
31. **P49rão, A. L., Mc(n9yr) , T., & Cos94, E.** Factores de risco psicosociais e sócio-cognitivos para o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (VIH/Sida) na mulher africana. 2015, Vol. 33(2), pp. 222-234.
32. **UpA(DS.** *The Gap Report*. Switzerland : Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)., 2014.
33. **OMS.** *Enfrentando o Desafio da Saúde da Mulher em África*. Escritório Regional da OMS para a África, Organização Mundial de Saúde. Londres : OMS, 2012. Relatório da Comissão da Saúde da Mulher na Região Africana.
34. **T4r4ph54r, P., Guh4, R. T., H4l54r, D., Ch499) rj)) , A., D4s1up94, A., S4h4, B., & M4ll k, S.** Socioeconomic consequences of HIV/AIDS in the family system. *Nigerian medical journal: journal of the Nigeria Medical Association*. 2011, Vol. 52(4), p. 250.
35. **WHO.** Summary country profile for HIV/AIDS treatment scale-up. *who. int*. [Online] 2005. http://www.who.int/hiv/HIVCP_AGO.pdf.
36. **CPLP.** Epidemia de VIH nos países de língua oficial portuguesa Situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal . prevenção, tratamento e cuidados. [Online] 2012. <https://www.cplp.org>.
37. **R) públ c4 5) An1ol4.** *Relatório de Progresso da Resposta Global à SIDA (GARPR, 2014)*. Luanda : Instituto Nacional de Luta Contra a Sida, 2014.
38. **M n s9ér o 54 S4ú5) 5) An1ol4.** *No mas de Tratamento Anti-retrovirais*. INLS, Instituto Nacional de Luta contra a SIDA. Luanda : INLS/MINSA, 2015. p. 162, Normas. 4ª Edição.
39. **WHO.** Antiretroviral therapy. *World Health Organization*. [Online] 2017. http://www.who.int/topics/antiretroviral_therapy/en/.
40. **WHO/UpA(DS.** *Who, UNAIDS Statement on HIV Testing Services: New Opportunities and Ongoing Challenges*. UNAIDS. Switzerland : unaids.org, 2017.
41. **MDG, Un 9) 5 p49ons.** *Copenhagen Declaration on Social Development*. [ed.] UN. Copenhagen : World Summit for Social Development, 1995. Copenhagen Declaration on Social Development - A/CONF.166/9 Chapter I, Annex I - UN Documents: Gathering a body of global agreements. A/CONF.166/9.
42. **Un 9) 5 p49ons.** *Programme of Action of the World Summit for Social Development*. Copenhagen : UN, 1995. A/CONF.166/9.
43. **F) rr) r4, P49ric 4 M414lhã) s.** *A Agenda pós-2015 para o Desenvolvimento: da Redução da Pobreza ao Desenvolvimento Inclusivo?* Lisboa : IMVF Policy paper 1/2013, 2013.

44. **MDG, Un 9 5 V49ons S) cr) 94ry-G) n) r4l - B4n K -moon.** Remarks on commemoration of the 20th Anniversary of the World Summit for Social Development. *United Nations*. [Online] UN, 05 de February de 2015. <https://www.un.org/sg/en/content/sg/speeches/2015-02-05/remarks-commemoration-20th-anniversary-world-summit-social>.
45. **Or14n z4ção 54s p4çõ) s Un 54s.** Guia sobre desenvolvimento sustentável: 17 objetivos para transformar o nosso mundo. *United Nations Developmet P og amme*. [Online] 2016. <http://www.ao.undp.org>.
46. **Un 9 5 p49ons.** *Relató io sob e os objetivos de desenvolvimento do milénio*. New York : s.n., 2015. ISBN 978-92-1-101320-7.
47. **Up(CEF, Un 9 5 p49ons Ch l5r) n's Fun5.** *Committing to child su vival: A p omise enewed*. New York : UNICEF's Division of Data, Research, and Policy in collaboration with the Programme Division and the Secretariat for A Promise Renewed, 2015. ISBN: 978-92-806-4815-7.
48. **Worl5 H) 4l9h Or14n z49on.** *Health in 2015: f om MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals*. France : WHO, 2015. ISBN 978 92 4 156511 0.
49. **MDG, Un 9 5 p49ons.** *he Millennium Development Goals Repo t 2015*. New York : UN - Catharine Way, 2015. ISBN 978-92-1-101320-7.
50. **Un 9 5 p49ons - G) n) r4l Ass) mbly.** *Repo t of the Open Wo king G oup of the Gene al Assembly on Sustainable Development Goals*. Geneve : s.n., 2014. A/68/970.
51. **Worl5 H) 4l9h Or14n z49on.** *Global st ategic di ections fo st engthening nu sing and midwife y 2016-2020*. Villars-sous-Yens, Switzerland : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2016. ISBN 978 92 4 151045 5.
52. **Worl5 H) 4l9h Or14n z49on 4n5 (n9 rn49on4l B4nk for R) cons9ruc9on 4n5 D) v) lopm) n9/ Th) Worl5 B4nk.** *acking unive sal health cove age: 2017 global monito ing epo t*. Geneva, Switzerland : WHO Document Production Services, 2017. ISBN 978-92-4-151355-5.
53. **C) n9ro R) 1 on4l 5) (nform4ção 54s p4çõ) s Un 54s p4r4 4 Europ4 Oc 5) n94l.** *Guia sob e Desenvolvimento Sustentável*. Bruxelas : ONU, 2016.
54. **Worl5 H) 4l9h Or14n z49on.** *Standa ds fo imp oving quality of mate nal and newbo n ca e in health facilities*. Geneve, Switzerland : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data:, 2016. ISBN 978 92 4 151121 6.
55. **Worl5 H) 4l9h Or14n z49on.** *Mate nal death su veillance and esponse: technical guidance info mation fo action to p event mate nal death*. Geneve : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2013. ISBN 978 92 4 150608 3.
56. **Zur) ck-Brown, S., p) wby, H., Chou, D., M zo1uch , p., S4y, L., Suzuk , E., & W lmo9h, J.** Understanding global trends in maternal mortality. *Inte national Pe spectives on Sexual & Rep oductive Health*. Março de 2013, Vol. 39(1), pp. 32-41.

57. WHO, Up (CEF, Up FPA, THE WORLD BApK, Up (TED pAT(OpS. *ends in mate nal mo tality: 1990 to 2015*. Geneve : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2015. ISBN 978 92 4 156514 1.
58. Bhu94, Z. A.,) 94I. Countdown to 2015 decade report (2000–10): Taking stock of maternal, newborn, and child survival. *he Lancet*. Vols. 375(9730), 2032-2044.
59. B) rh4n, Y., & B) rh4n, A. Skilled health personnel attended delivery as a proxy indicator for maternal and perinatal mortality: A systematic review. *Ethiopian Jou nal of Health Sciences*. 2014, Vol. 24(0), pp. 69-80.
60. Up (CEF, WHO, Worl5 B4nk, Up-DESA Popul49on D v s on. *Levels & t ends in child mo tality, epo t 2017*. Geneve : United Nations Children’s Fund, 2017.
61. W4r5l4w, T., You, D., Hu1, L., Amouzou, A., & p) wby, H. UNICEF report: Enormous progress in child survival but greater focus on newborns urgently needed. *Rep oductive Health*. 2014, Vol. 11(1).
62. WHO, Up (CEF. *Eve y Newbo n: an action plan to end p eventable deaths*. Geneve : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2014. ISBN 978 92 4 150744 8.
63. Kruk, M4r14r) 9) 4I,) 9. Quality of basic maternal care functions in health facilities of five African countries: an analysis of national health system surveys. *he Lancet*. Novembro, 2016, Vol. 4.
64. Worl5 H) 4l9h Or14n z49on. *Consultation on imp oving measu ement of the quality of mate nal, newbo n and child ca e in health facilities*. Geneva; Switzerland : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2014. ISBN 978 92 4 150741 7.
65. Tunç4lp, Ö.,) 94I. Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *BJOG: An Inte national Jou nal of Obstet ics & Gynaecology*. 1 de Maio de 2015, Vol. 122(8), pp. 1045-9.
66. D., B) rw ck) Fox, D4n) I M. "Evaluating the Quality of Medical Care": Donabedian's Classic Article 50 Years Later. *he Milbank Qua te ly*. 2016, Vols. Vol. 94, No. 2 (pp. 237-241).
67. Don4b) 5 4n, Av) 5 s. Evaluating the Quality of Medical Care. *he Milbank Qua te ly*. Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966 (pp. 166–203). Style and usage are unchanged, 2005, Vols. Vol. 83, No. 4 (pp. 691–729).
68. Kl) nk, H) nr qu) . Emmanuel Mounier e Paulo Freire: um estudo sobre a Influência epistemológica do personalismo sobre o Pensamento pedagógico de Paulo Freire. *Revista HIS EDBR Online*. Online, disponível: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/download/8640391/7950>, 2014, Vols. nº 58, p. 244-256.
69. Ev) ry Wom4n Ev) ry Ch l5. *he Global St ategy fo Women’s and Child en’s Health*. Sustainable Development Goals, United Nations. 2015.

70. **World Health Organization; United Nations.** *Declaration of Astana - Global Conference on Primary Health Care*. Astana, Kazakhstan : WHO, 2018.
71. **Colla, M. J. - Francisco J.** *Remove a Vida*. Lisboa : SEP, 1989. ISBN 972-95420-0-7.
72. **Epsen, H.** *The strange politics of saving the children*. New York : The New York Review of Books, 2015.
73. **World Health Organization.** *Nursing and midwifery in the history of the World Health Organization 1948-2017*. France : WHO, 2017. ISBN 978-92-4-151190-2.
74. **World Health Organization.** *Expert Committee on Nursing*. Geneva : WHO, 1950.
75. **World Health Organization.** *Health manpower requirements for the achievement of health for all by the year 2000 through primary health care*. Geneva : WHO, 1985. ISBN 9241207175.
76. **Smith, S. A., White, M. S., Shanks, J. Q., Anderson, B. E., Coulton, S. S., & Blumenthal, D. S.** Community-based participatory research principles for the African American community. *Journal of the Georgia Public Health Association*. 2015, Vol. 5(1), pp. 52-56.
77. **World Health Organization.** *The state of health in the WHO African Region: an analysis of the status of health, health services and health systems in the context of the Sustainable Development Goals*. Cité du Djoué, Brazzaville, : s.n., 2018. ISBN 978-929023409-8.
78. **World Health Organization and United Nations Children's Fund (UNICEF).** *A Vision for Primary Health Care in the 21st Century - towards universal health coverage and the sustainable development goals*. Geneva : WHO, 2018. WHO/HIS/SDS/2018.X.
79. **World Health Organization.** Primary health care. *World Health Organization*. [Online] WHO, 2019. [Citação: 31 de January de 2019.] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
80. **World Health Organization - Rwanda.** *Putting People First: The Road to Universal Health Coverage in Africa*. Kigali, Republic of Rwanda : WHO, 2017.
81. **Organization of African States.** Health Policies and Service Delivery. *Escritório Regional para a África*. [Online] OMS, 2017. [Citação: 25 de Janeiro de 2019.] <https://afro.who.int/pt/node/546>.
82. **Ssoz, John; Amadi, Shiri.** The Effectiveness of Health Expenditure on the Proximate and Ultimate Goals of Healthcare in Sub-Saharan Africa. *World Development*. Dezembro de 2015, Vol. 76, pp. 165-179.
83. **Bilim, D. Y., Kouanfaya, S. A. Goujon, J. A.** A review of factors associated with the utilization of healthcare services and strategies for improving postpartum care in Africa. 2015, Vols. Volume 28, Nr. 2, pp. 83-105.
84. **Chirwa, Dandwa M.** Access to Medicines and Health Care in Sub-Saharan Africa: A Historical Perspective. *Mayland Journal of International Law*. 2017, Vol. 31(1), pp. 21-43.

85. **Alma-Ata-WHO**. *Report of the International Conference on Primary Health Care, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund, Alma-Ata. USSR : UNICEF - WHO, 1978. ISBN 9241800011.*
86. **Tomlinson, Ann Marion** (Allison, Marion). *Éticas de Enfermagem e a Sua Obra*. Loures : Lusociência, 2004. ISBN:972-8383-74-6.
87. **Fawcett, J.** *Conceptual Models of Nursing*. USA : Library of Congress, 1989.
88. **Miller, Alfred (Bridget M.)**. *Ethical Nursing - Development and Progress*. 6ª. Philadelphia : Wolters Kluwer Health, 2018. ISBN9780060000424.
89. **Miller, Alfred (Bridget M.)**. *Ethical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia : Lippincott, 1991.
90. **Murphy, Amy** (94). *Therapeutic relationship: Is it still heart of nursing? Nursing Reports*. Page Press, 2017, Vol. 7:6129.
91. **Reilly, Julia Blair** (94). *Comunicação em Enfermagem*. Camarate : Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-81-9.
92. **Orlans, World Health** (94). *A guide to WHO's role in sector-wide approaches to health development*. Geneva : WHO, 2006.
93. **United Nations**. *Promoting Inclusion through Social Protection*. s.l. : United Nations, 2017.
94. **King, (Marilyn) M.**. *A History of Nursing - Systems, concepts, Progress*. New York : John Wiley & Sons, Inc., 1981. ISBN 0-471-07795-X.
95. **King, (Marilyn) M.**. Imogene M. King's Theory of Goal Attainment. [autor do livro] Marilyn E. Parker. *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia : F.A. Davis Company, 2005, pp. 235-243.
96. **Braziller, Luise von**. *General System Theory*. New York : George Braziller, Inc., 1968.
97. **Schubert, Patricia** (94). *Building a Therapeutic Relationship: How Much is Too Much Self-Disclosure? International Journal of Caring Sciences*. 2018, Vols. 11 - 2, pp. 651-657.
98. **Doherty, Michael** (94). *Thompson, Henry*. Enhancing person-centred care through the development of a therapeutic relationship. *British Journal of Community Nursing*. 2014, Vols. 19-10, pp. 502-507.
99. **Orlans, World Health** (94). Human rights and health. *Home/News/Fact sheets*. [Online] WHO, 29 de Dezembro de 2017. [Citação: 7 de Maio de 2019.] <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
100. **Repubblica** (94). *Ano 14*. Relatório sobre os objectivos de desenvolvimento do milénio 2015. [Online] 2015. <http://www.ao.undp.org/content/angola/pt/home/sustainable-development-goals>.
101. **Thomson World Bank** (94). Fertility rate, total (births per woman). *Databank.worldbank.org*. [Online] 2016.

http://databank.worldbank.org/data/Views/Reports/ReportWidgetCustom.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=AGO.

102. **(n9) rn49 on4l Counc l of p urs) s.** Nursing policy-Nursing Definitions. [Online] International Council of Nurses. [Citação: 7 de Maio de 2019.] <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>.

103. **L) n n1) r, M45) l) n) M.** *Qualitative Resea ch Methods in Nu sing*. New York : Greyden Press, 1998. 978-1570744327.

104. **F) 99) rm4n, D4v 5 M. E** *HNOGRAPHY Step-by-Step*. California : Sage Publications, Inc., 2010. ISBN 978-1-4129-5045-9.

105. **Y n, Rob) r9K.** *Estudo de Caso - Planejamento e Métodos*. 5ª. Porto Alegre-RS : Bookman Editora, Ltda, 2015. ISBN 9781452242569.

106. **M lls, Alb) r9J., Dur) pos, G4br) ll)) W) b) , El5) n.** *Encyclopedia of case study esea ch*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010. ISBN 978-1-4129-5670-3.

107. **Fol) y, J4n c) R.** Conceptual Argument. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study esea ch*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 200-202.

108. **A4l9o, (r s) H) lm4nn, P 4.** Case Study as a Methodological Approach. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study esea ch*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 66-76.

109. **M4cQu4rr) , Coll)) n.** Holistic Designs. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study esea ch*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 441-443.

110. **McDon4l5, V) rn4 L.** Before-and-After Case Study Design. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study esea ch*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 51-53.

111. **P4blo, Amy.** Extension of Theory. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study esea ch*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 376-378.

112. **B4kk) r, J. (. (H4ns).** Epistemology. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study esea ch*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 331-335.

113. **Mor4 s, R c4r5o Al) x4n5r) .** Scientific Method. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study esea ch*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 840-842.

114. **R) lly, Ros) m4ry C.) L n5s, W4rr) n.** Complexity. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study esea ch*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 180-182.

115. **Wicks, David S.** Naturalistic Inquiry. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study research*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 601-603.
116. **Morley, John J.** Generalizability. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study research*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 419-422.
117. **Jacobs, David S. Carroll.** Natural Science Model. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study research*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 603-605.
118. **Yin, Robert K.** Analytic Generalization. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study research*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 20-22.
119. **Lincoln, Sally.** Statistical Generalization. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study research*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 892-893.
120. **Gonsky, Martin J. Vanderschueren, James S.** Case Within a Case. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study research*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 134-136.
121. **Miles, Martin B. Huberman.** Naturalistic Generalization. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study research*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 599-601.
122. **Baker, J. (Hans).** Theory, Role of. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study research*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 930-932.
123. **Holm, Tony J. Dul, John.** Theory-Building With Cases. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study research*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 932-937.
124. **Holm, Elizabeth J.** Contribution, Theoretical. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study research*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 236-238.
125. **McLaren, Patrick G.** Inductivism. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study research*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 457-459.
126. **Strauss, Anselm K.** Exploratory Case Study. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study research*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 372-373.

127. **Tob n, Ru9h4nn)** . Descriptive Case Study. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study esea ch*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 288-289.
128. **Wo c) shyn, J44n4**. Causal Case Study: Explanatory Theories. [autor do livro] Albert J. Mills, Gabrielle Durepos e Elden Wiebe. *Encyclopedia of case study esea ch*. United Kingdom : SAGE Publications, Inc., 2010, pp. 137-138.
129. **WHO**. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). *Maternal, newborn, child and adolescent health*. [Online] WHO, 2019.
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/en/.
130. **OMS**. *Consolidated guidelines on HIV testing services* . France : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2015.
131. **WHO, Up(CEF, Up FPA, THE WORLD BAp K, Up (TED p AT(Op S**. *Ends in maternal mortality: 1990 to 2015*. Geneve : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2015. ISBN 978 92 4 156514 1.
132. **World H) 4l9h Or14n z49on**. *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. França : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2016. ISBN 978 92 4 069569 6.
133. **World H) 4l9h Or14n z49on**. *World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2017. ISBN 978-92-4-156548-6.
134. **World H) 4l9h Or14n z49on**. *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2018. ISBN 978-92-4-156558-5.
135. **Up(CEF, WHO, THE WORLD BAp K GROUP, Up (TED p AT(Op S**. *Levels & Ends in Child Mortality*. Geneve : United Nations Children's Fund, 2017.
136. **World H) 4l9h Or14n z49on**. *Ends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Geneva : WHO, 2019. ISBN 978-92-4-151648-8.
137. **B) rm4n, P4ul4 K**. *Successful Business Process Management*. United States of america : Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, 2014. 978-0-8144-3401-7.
138. **M n s9ér o 54 S4ú5) 5) An1ol4**. *Relatório de Progresso da Resposta Global à SIDA (GARPR, 2014) República de Angola*. Luanda : Instituto Nacional de Luta Contra a SIDA, 2014.
139. **UpA(DS**. AIDS Info. *Ending the AIDS epidemic by 2030*. [Online] 2 de Novembro de 2017. [Citação: 2 de Novembro de 2017.] <http://aidsinfo.unaids.org/>.
140. **World H) 4l9h Or14n z49on**. *Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach*. 2ª.

141. —. *Working with Individuals, Families and Communities*. Geneva : WHO, 2010. WHO/MPS/09.04.

142. **Up (CEF, WHO, THE WORLD BANK GROUP, Up (TED PATOP S. Levels & Trends in Child Mortality**. United Nations Children's Fund. New York : United Nations Children's Fund, 2018.

143. **WHO**. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). *Maternal, newborn, child and adolescent health*. [Online] WHO, 2019. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/imci/en/.

144. **Zulf q4r A Bhug94, J4 K D4s, R4j v B4hl, Joy E L4wn, R) h4n4 A S4l4m, V no5 K P4ul, M J)) v4 S4nk4r, H4nn4h Bl) ncow) , Arjum4n5 R zv , V c9or 4 B Chou, p) ff W4lk) . Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*. 2014, Vol. 384, Every Newborn.**

145. **Worl5 H) 4l9h Or14n z49 on; Un c) f. Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival**. Geneva : WHO, 2009. WHO/FCH/CaH/09.02.

146. **Go1 4, S.) S4ch5) v, HPS**. Home-based neonatal care by community health workers for preventing mortality in neonates in low- and middle-income OPEN countries: a systematic review. *Journal of Perinatology*. 2016, Vols. 36, S54–S72, Perinatology.

147. **Worl5 H) 4l9h Or14n z49 on. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health**. Geneva : WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2015. ISBN 978 92 4 150874 2.

148. **Worl5 H) 4l9h Or14n z49 on; Up (CEF; Up FPA. Quality, equity, dignity: the network to improve quality of care for maternal, newborn and child health – strategic objectives**. Geneva : WHO Document Production Services, 2018. ISBN 978-92-4-151395-1.

149. **F4b 4n Es4m4 , M4b) l p4n14m , John T4bu , Ann Mw4n1 , D4v 5 Ayuku 4n5 E5w n W) r) . A system approach to improving maternal and child health care delivery in Kenya: innovations at the community and primary care facilities. *Reproductive Health***. DOI 10.1186/s12978-017-0358-6, 2017, Vol. 14:105, Maternal and child health.

150. **Worl5 H) 4l9h Or14n z49 on - D) p4r9m) n9of M4k n1 Pr) 1n4ncy S4f) r. Working with Individuals Families and Communities to Improve Maternal and Newborn Health**. Geneva : WHO, 2010. WHO/MPS/09.04.

151. **Oxford5 R) f) r) nc) . Cycle of Poverty**. [Online] 01 de 01 de 2009. [Citação: 8 de Janeiro de 2018.] <http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/oi/authority.20110803095655738>.

152. **COOPERAÇÃO, F-FEC - FUP DAÇÃO FÉ**. Apresentação da Proposta de Projeto FORVIDA. Lisboa : s.n., 2011. Projeto Forvida - Candidatura ao Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento.

153. **Função Fé) Coop) ração - FEC; Escol4 Sup) r or 5) Enf) rm41) m S. fr4nc sco 54s M s) r cór5 4s - ESEFSM.** *Fo mação pa a a Vida: Manual de Apoio à Fo mação Pe manente em Saúde Mate no-Infantil – Enfe mei os e Pa tei as.* Lisboa : FEC - ESEFSM, 2014. ISBN: 978-989-95118-2-8.
154. **Un 9) 5 p49ons H 1h Comm ss on) r for Hum4n R 1h9s.** *Human Rights, Health and Pove ty Reduction St ategies.* WHO; UNHR. Geneve : WHO, 2008. pp. 6-7. Issue No 5.
155. **Scl 4r, Mo4cyr.** História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva.* 2007, Vols. 17(1):29-41.
156. **Cár 94s An1ol4; ACGD–Assoc 4ção 5) Cr s9ãos G) s9or) s) D r 1) n9) s; FEC.** Relatório do Diagnóstico de Saúde Materno-Infantil da Igreja Católica em Angola. Luanda : s.n., 2010. Relatório do Diagnóstico de Saúde Materno-Infantil da Igreja Católica em Angola.
157. **FEC - Fé) Coop) r4ção.** Proposta narrativa_FORVIDA_IPAD. *FORVIDA - Fo mação pa a a Vida Refo ço de Competências de Recu sos Humanos de Saúde em Angola.* Lisboa : FEC, 2011. Apresentação do Projeto FORVIDA.
158. **FEC – Fun54ção Fé) Coop) r4ção.** Projeto Obrigado Mãe – Núcleo de Recursos de Formação do Centro Materno-Infantil N. Sra. da Graça". Lisboa : s.n., 2013. Projeto para o Camões (CICL) e FCGulbenkian.

Anexos

Anexo 1 – Listagem das Fontes

Fonte	Descrição
F1	Proposta narrativa _FORVIDA_IPAD 2011-05-20
F2	Relatório Diagnóstico Saúde Materno Infantil 26Jan2011
F3	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 (PNDS),VOL_1
F4	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 (PNDS),VOL_2
F5	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 (PNDS),VOL_3
F6	Plano de Desenvolvimento Nacional 2018-2022
F7	Projeto Obrigado Mãe – Núcleo de Recursos de Formação do Centro Materno-Infantil N. Sra. da Graça"
F8	Censo Geral AO 2014 versão22-03-2016
F9	Angola em números V.2012
F10	Tipologia 3Níveis pos parto AO Três níveis de intervenção
F11	Tipologia 3Níveis parto AO Três níveis de intervenção
F12	Portal Oficial do Governo da República de Angola
F13	Carreira de Enfermagem em Angola
F14	Plano Saude Sexual Reprodutiva Angola 2008-2015
F15	Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde v17 5
F16	Regulamento geral das unidades sanitárias em Angola
F17	Especialidades em Enfermagem em Angola
F18	Política Nacional Saude de Angola_2009
F19	Plano Estratégico para a Redução Acelerada da Mortalidade Materna em Angola
F20	Registo de Processos-Angola-CMINSO
F21	Folha de Caixa CMINSO
F22	Recursos Humanos CMINSO Actual_15.12.2015
F23	Relatório de Avaliação Fase I_ Projeto OM
F24	Relatório de Avaliação Fase II_ Projeto OM
F25	Relatório de Avaliação Fase III_ Projeto OM
F26	RESUMO _Relatório de Avaliação Projeto OM
F27	Guia de avaliacao estagio Mac parteiras de Benguela
F28	Reunião de Acompanhamento de Estágio MAC-CMINSO
F29	Reunião de Avaliação de Estágio MAC-CMINSO
F30	Orientações VD Puérpério - CMINSO
F31	Registo de VD Puérpério - CMINSO
F32	Pedido de Apoio e parceria CMINSO-SECIL
F33	Modelo Carta CMINSO
F34	Escala para Follow Up CMINSO-Processo C
F35	Horário-Tipo Enfermagem CMINSO
F36	Guião de Seminário de Gestores OM
F37	Manual de Técnicas de Enfermagem CMINSO
F38	Folha de Técnicas de Enfermagem MODELO-CMINSO
F39	Técnicas de Enfermagem 01 - CMINSO
F40	Manual de Procedimentos CMINSO_20.04.2017
F41	Avaliação do desempenho profissional - CMINSO
F42	Standards de Qualidade OMS - CMINSO
F43	Folha de Consulta Pré Natal - CMINSO
F44	Folha de Follow-up - CMINSO
F45	Folha de Registo Clínico - CMINSO
F46	Folha de Protocolo do Processo A - CMINSO
F47	Folha de Protocolo do Processo B - CMINSO
F48	Folha de Protocolo do Processo C - CMINSO
F49	Folha de Protocolo do Processo D - CMINSO
F50	Folha de Protocolo do Processo E - CMINSO
F51	Informação Institucional CMINSO-2013
F52	Livro África Dentro - CMINSO
F53	Projeto ampliação e criação Centro de Saúde Comunitário da Graça 2010
F54	Divisão administrativa da Paróquia N.ª Sr.ª da Graça
F55	Parcerias Voluntários - CMINSO
F56	Informação generalista CMINSO 2013
F57	Reunião Graça 13AGO13
F58	Reunião Soba Graça 12JUN14
F59	Reunião Graça 04NOV13
F60	Reunião Graça 30JUN14
F61	Reunião Graça 04JUL14
F62	Reunião Graça 09AGO14
F63	Reunião Graça 13SET14
F64	Reunião Graça 18OUT14
F65	Reunião Graça 22NOV14
F66	Reunião Graça 27DEZ14
F67	Reunião Graça 11ABR15
F68	Reunião Graça 27AGO16
F69	Reunlão Graça 01OUT16

F70	Reunião Graça 19NOV16
F71	Objetivos Reuniões do CMINSG
F72	Reunião Graça Lista de Presenças
F73	Comunicados CMINSG
F74	Caderno de ocorrências da área administrativa CMINSG
F75	Extracto da Legislação Laboral (Horários)
F76	Tabela de preços dos actos médicos CMINSG
F77	Modelo de Cartões de Utente - CMINSG
F78	Modelo de Receita-CMINSG
F79	Classificação das Áreas para Limpeza e Indicações-CMINSG
F80	Modelo para transferência de Parturiente-CMINSG
F81	Inventário de material do CMINSG
F82	Horário trabalho pessoal não clínico CMINSG
F83	Guião para realização de Visita Domiciliária do CMINSG
F84	Assuntos do Encarregado para reunião de funcionários CMINSG
F85	Projeto FundaçãoDT para ampliação do CMINSG
F86	Projeto de Telemedicina para FCGulbenkian
F87	Declaração de aceitação de condições para ObrigadoMãe
F88	Projeto de ampliação do CMINSG em 2013
F89	Projeto Centro de Saúde comunitário da Graça
F90	Projeto2 FundaçãoDT para ampliação do CMINSG
F91	Protocolo para novo Laboratório de Análises Clínicas
F92	Demonstração de resultados financeiros 2016-CMINSG
F93	Partos 13-15-CMINSG
F94	Análise Itens orçamentais 2014-CMINSG
F95	Balancete 2016 até Setembro-CMINSG
F96	Balancete Anual 2015-CMINSG
F97	Gráfico dos Partos de 2009 a 2015-CMINSG
F98	Equipamentos e Potência elétrica-CMINSG
F99	Folha de Salários em Março 2015-CMINSG
F100	Resultados operacionais do CMINSG de 2009 a 2012
F101	Partos e valores associados em 2013 a 2015
F102	Informação Semanal Julho e Agosto 2016
F103	Informação 2015 1ºSemestre CMINSG
F104	Informação 2014-CMINSG
F105	Informação 2015-CMINSG
F106	Informação 2013-CMINSG
F107	Relatório de Atividades de 2012-CMINSG
F108	Demonstração de resultados em 2016-CMINSG
F109	Informação 2016-CMINSG
F110	Apresentação CMINSG nas Jornadas de Saúde de Benguela
F111	Gráfico comparativo da evolução CMINSG desde 2009 a 2012
F112	Relatório Atividades Assessoria OM JUN2014
F113	Ficha de Monitorização Atividades de Assessoria ESEFSM JUN2014
F114	Relatório Assessoria em Gestão JUN2014
F115	Termos de Referência Assessoria OM-JUN2014
F116	Planeamento Assessoria OM 15NOV2016 CMINSG
F117	Relatório Assessoria OM 15NOV2014 CMINSG
F118	Cronograma Assessoria OM da ESEFSM ABR2017
F119	Relatório Assessoria OM da ESEFSM ABR2017
F120	TdR Assessoria OM da ESEFSM ABR2017
F121	Relatório Atividades Assessoria OM JUL2015
F122	Ficha de Monitorização das Atividades Assessoria OM JUL2015
F123	Registo fotográfico Assessoria JUL2015 CMINSG
F124	Planeamento Assessoria 09DEZ2015 CMINSG
F125	Planeamento Assessoria FEV2016 CMINSG
F126	Planeamento Assessoria JUN2016 CMINSG
F127	Relatório Assessoria JUN2016 CMINSG
F128	Planeamento Assessoria NOV2016 CMINSG
F129	Relatório Assessoria NOV2016 CMINSG
F130	Planeamento Assessoria ABR2017 CMINSG
F131	Auditoria de acompanhamento do CMINSG JUL2018
F132	Diaporama da Formação em AIDI no CMINSG
F133	Entrevista D.OSCAR BRAGA
F134	Entrevista Dr.ª IM
F135	Entrevista DR.ª HM
F136	Entrevista Pe. HERMAN
F137	Entrevista com o Regedor da Graça
F138	Entrevista IRMA GEN.
F139	Entrevista Enf.ª G. AUGUSTO

F140	Entrevista Enf.ª J.ABEL
F141	Entrevista Enf.ª FATIMA
F142	Entrevista Enf.ª JOANA
F143	Entrevista Enf.ª Mª CRISTINA
F144	Entrevista Enf.ª FARIA
F145	Entrevista Enf.ª BENVINDA
F146	Entrevista Enf.ª SARA
F147	Entrevista Enf.ª JULIA
F148	Entrevista Enf.ª SARA C.
F149	Entrevista Enf.ª PAULA
F150	Entrevista Enf.ª ROSÁRIO
F151	Entrevista Enf.ª EVARISTO
F152	Entrevista ADELIA
F153	Entrevista IRMA TERESA
F154	Entrevista TITO
F155	Entrevista JERONIMO
F156	Entrevista JGOMES
F157	Entrevista Sr. FRANCISCO
F158	Entrevista D.DIAS
F159	Protocolo com Instituto Piaget para Estágios de Alunos
F160	Protocolo Fundação Calouste Gulbenkian (Inicial)
F161	Estudo do Modelo de Carta para o CMINSO
F162	Modelo de Processo Clínico para internamento 2009-CMINSO
F163	Carta resposta à DPS - Inspeção 2014 ao CMINSO
F164	Carta ODEBRECHT (2014) a solicitar apoio para saneamento básico
F165	Carta Apoio do MINSA ao Obrigado Mãe
F166	Acta Reunião Início OM ANGOLA CMINSO
F167	Esboço de Manual de Procedimentos para CMINSO 2010.pdf
F168	Protocolo de Investigação ISPB-CMINSO
F169	Procedimento Lavagem das mãos-CMINSO
F170	Procedimento Tratamento de ferros para esterilização-CMINSO
F171	Procedimento Esterilização de ferros-CMINSO
F172	Procedimento compra e reposição do material clínico e farmácia
F173	Folheto Jornadas OM 11e12MAI2017
F174	Seminário Interinstitucional 01JUL2016 M.Materna Benguela
F175	Projeto Obrigado Mãe-Apresentação do resumo da intervenção em 08JAN2018
F176	Divisão Político-administrativa de Angola
F177	OMS_Angola Estratégia-de-Cooperação_Resumo
F178	Gramática do Umbundum
F179	Línguas Angola 9788580392111-13
F180	Plano Nacional de Desenvolvimento Angola 2013-2017
F181	Governo Provincial de Benguela - História
F182	Governo Provincial de Benguela - Perfil da Província
F183	Carta do Papa João Paulo II a D.Oscar Braga
F184	Yakela Otchili, Vindikiya Esunga - Promaica
F185	Plano de Desenvolvimento da Zona F - Benguela
F186	O Bairro da Graça e o grupo comunitário
F187	Protocolo Cooperação Forvida
F188	Camões_Diretrizes_Obrigado Mãe_RESUMO
F189	Regulamento do Núcleo de Recursos de Formação em Saúde do CMINSO
F190	Protocolo Parceria FEC+ESESFM+IPiaget+CSMINSO
F191	Forvida_Apresentação Enf.ªs
F192	Capa do Manual Forvida Créditos
F193	Forvida_Apresentação Resultados_13.06.14 A
F194	Anexo 12 Guião de Estágio Enf.ªs Parteiros
F195	Anexo 10 Guião de Estágio Estudantes
F196	Anexo 16 Guião de Estágio Enf.ªs Parteiros em PT
F197	Anexo 1 Quadro Logico Obrigado Mãe
F198	Anexo 26 Compromisso Individual Gestores
F199	Anexo 28 Checklist de Supervisão Gestores
F200	Anexo 30 Folheto de Apresentação Obrigado Mãe
F201	Protocolo Obrigado Mãe 13-06-2014
F202	Venda de medicamentos na rua - Jornal de Angola
F203	Comércio de remédios nas ruas - Jornal de Angola
F204	Tabelade preços 2013
F205	Folha do Partograma CMI-NSG
F206	O Caderno da Grávida CMI-NSG
F207	CAPSA I - Caderno sobre Políticas de Saúde em Angola
F208	TdR Coordenador Estágios
F209	Protocolo para transferência de Grávidas

F210	Requisição de Análises
F211	RN com Asfixia
F212	Cartão de Saúde Infantil AO
F213	Cabeçalho Livro de Partos
F214	Manual PAV-Angola
F215	AIDI - ANGOLA Crianças dos 2M a 5A
F216	Flipchart AIDI para Consulta Pediatria
F217	Folha de registo AIDI
F218	Orientações Técnicas AIDI - Dossier
F219	Parecer C.Ética do MINSA sobre MM
F220	Tabela de preços dos actos médicos CMINSNG
F221	Declaração Ética MMaterna CMINSNG
F222	Declaração Ética VIH CMINSNG
F223	Folheto Jornadas OM_27-31.05.16
F224	Biblioteca Azul - Manual para gestores
F225	Manual de Formação Biblioteca Azul
F226	OMS - Biblioteca Azul - Sumário
F227	Protocolos VIH de parede
F228	Protocolo VIH CMINSNG
F229	Declaração Global Resultados CMINSNG
F230	PlanoEstrategico_CaritasAngola_2010_2012
F231	Lista de US participantes no projecto OM
F232	Minuto de ouro - Ajudar os bebés a respirar
F233	Protocolo Terapêutico na Eclâmpsia
F234	Registos de Atividade do CMINSNG para DMS
Fotos	Descrição
F250	O Bairro da Graça por dentro
F251	O CMI-NSG vista da Igreja
F252	O CMI-NSG vista da Estrada
F253	Armazém de medicamentos
F254	Medicamentos no Mercado
F255	Medicamentos Mercado2
F256	Sessão formação higiene das mãos
F257	Sessão formação higiene das mãos2
F258	Sala de Consulta Pré-Natal
F259	Sala de Observação Pré-Natal
F260	Sala das Expectantes
F261	Sala de Parto
F262	Mesa do RN
F263	Sala Pediatria1
F264	Sala Pediatria2
F265	Sala Pediatria3
F266	Visita Domiciliária1
F267	Visita Domiciliária2
F268	Cabeçalho Livro Sala Partos
F269	Palestra de Saúde
F270	Sessão de Educação para a Saúde no Bairro
F271	Sessão de avaliação de T.A. no Mercado
F272	Atendimento de grávidas no Mercado
F273	Vista do Mercado da Graça
F274	Enf.º em atendimento personalizado - Mercado
F275	Criança com Hérnia Umbilical
F276	Criança com Escabiose
F277	Criança com Pasta na Fontanela Anterior
F278	Ação de Formação em Escola de Formação de Técnicos de Saúde
F279	Serviços Administrativos - Atendimento
F280	Arquivo Processos Clínicos
F281	Tabela de Preços do CMI-NSG
F282	Reunião geral com almoço
F283	Jornadas Obrigado Mãe
F284	IIº Encontro Mortalidade Materna
F285	Núcleo de Recursos de Formação do CMI-NSG
F286	Biblioteca Azul
F287	Fluxograma de Diagnóstico VIH
F288	Fluxograma protocolo AZT RN Exposto
F289	Fluxograma do protocolo AZT Trab. Parto(EV)
F290	Fluxograma do protocolo AZT Trab. Parto(VO)
F291	Protocolo RN AZT Xarope Dose-Peso
F292	Protocolo Preparação AZT (EV)