



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Elisa Dulce João Fundanga Calipi

**POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO ACESSO A MEDICAMENTOS EM
ANGOLA**

FLORIANÓPOLIS

2023

Elisa Dulce João Fundanga Calipi

**POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO ACESSO A MEDICAMENTOS EM
ANGOLA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Nair Leite
Coorientadora: Dra. Fernanda Manzini

Florianópolis

2023

CALIPI, ELISA DULCE JOAO FUNDANGA
POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO ACESSO AOS
MEDICAMENTOS EM ANGOLA / ELISA DULCE JOAO FUNDANGA CALIPI
; orientadora, SILVANA NAIR LEITE, coorientadora,
FERNANDA MANZINI, 2023.
185 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Assistência Farmacêutica, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Acesso a medicamentos.
3. Angola. 4. Política Nacional de Medicamentos. 5.
Assistência Farmacêutica. I. LEITE, SILVANA NAIR . II.
MANZINI, FERNANDA. III. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Assistência
Farmacêutica. IV. Título.

Elisa Dulce João Fundanga Calipi

POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS AO ACESSO A MEDICAMENTOS EM ANGOLA

O presente trabalho ao nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 04 de Maio de 2023,
pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa.Mareni Rocha Farias, Dra
Instituição[UFSC]

Profa.Samara Jamile Mendes, Dra
Instituição [USP]

Prof. Helder Chipindo, Dr.
Instituição [ISPCAALA - HUAMBO / ANGOLA]

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado
adequado para obtenção do título de Mestra em Assistência Farmacêutica.

Insira neste espaço a
assinatura digital

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Insira neste espaço a
assinatura digital

Profa Silvana Nair Leite, Dra
Orientadora

Florianópolis, 2023.

Aos profissionais da área farmacêutica em Angola e aos angolanos da diáspora, que exercem suas funções com dedicação e anseiam por tempos melhores.

AGRADECIMENTOS

- À família de Angola que mesmo longe e lançada ao desafio do mundo novo, em momento algum desamparou - elas tornaram tudo mais fácil;
- Aos amigos que com suas orações, torcida e dinheiro permitiram nossos primeiros passos em terras brasileiras;
- À profa Lenyta, por sempre lembrar em aula que a vivência no dia a dia é tão importante quanto a academia, e assim despertou em mim o amor pela assistência farmacêutica - e olha só onde cheguei até agora;
- À Fernanda e o Leandro que me despertaram para o tema em questão;
- Aos amigos e colegas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, turma 2018 – 2020, pelas trocas e pelo despertar de uma nova mulher em mim;
- À Fernanda por me instigar e mostrar que a academia e a vivência em saúde podem seguir juntas;
- À Fernanda e Profa Silvana por todos os momentos em que enxergaram uma Angola com expectativas maiores que as minhas. Agradeço, pela empatia, presença, compreensão e pela possibilidade de me mostrarem que sempre pode haver mais e que posso fazer e ir além;
- À profa Silvana, pela personalidade nas orientações e pela maestria na condução dos trabalhos, principalmente, pelos momentos de "esta é a perspectiva do sistema de saúde brasileiro, o que está exatamente escrito no texto da legislação angolana?"
- Aos membros da banca pela disponibilidade e participação;
- Ao Projeto Integra, uma das melhores experiências nesses dois anos, pela oportunidade de vivenciar dias de esperança com pessoas maravilhosas que acreditam que "amanhã vai ser outro dia";
- A UFSC e suas políticas de ações afirmativas que possibilitam que pessoas como eu, mulher, negra e imigrante, acessem a universidade pública, gratuita e de qualidade;
- Ao PPGASFAR, por através do programa em rede, propiciar experiências profundas com colegas espalhados pelo Brasil e outros países; pelo cuidado e articulações ao ofertar um programa que possibilite a inserção de profissionais que atuam nos serviços de saúde ao mesmo tempo que buscam qualificação profissional;
- Ao meu marido, Cláudio, pela parceria de uma vida e apoio incondicional;

- À família de casa (Eliézer, Cláudio, Luísa) pelo suporte em tempos de produção, certamente seria mais complexo sem vocês;
- Aos amigos do Brasil, pela torcida e fortalecimento;
- Às amigas do mestrado, pelo compartilhamento dos medos, frustrações, alegrias e encontros presenciais futuros;
- Ao grupo de pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos pelos seminários de ensino, trocas de informações e acolhimento permanente;
- Aos colegas e amigos de trabalho nesses dois anos de Prefeitura de Florianópolis, pelo apoio e desejo em sempre fazer o melhor para os usuários;
- A fé ao Deus da minha vida, por todas as pessoas e oportunidades de amadurecimento ao longo desses anos.

Como dizemos em umbundu: *Ame nda pandula* (eu agradeço)

[Quero trazer à memória o que me pode dar esperança...]

(Lm. 3:21 ARA)]

RESUMO

O conceito de acesso é central para grande parte das políticas de saúde e é referido em estudos de utilização e satisfação de serviços de saúde. O acesso aos medicamentos essenciais constitui uma das estratégias para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Agenda 2030. A presente pesquisa pretende analisar as políticas públicas relacionadas ao acesso aos medicamentos em Angola e contribuir com o fortalecimento da assistência farmacêutica no país. Trata-se de um estudo do tipo qualitativo, em que a técnica de levantamento de dados incluiu dados primários e secundários, por meio de pesquisa documental e entrevistas. Para o tratamento de dados foi adotada a análise de conteúdo. O país de pesquisa, Angola, está situado na região ocidental da África Austral, conquistou a sua independência em 1975, na sequência, enfrentou um período intenso de guerra civil que terminou em 2002. Em decorrência desse longo período de conflito interno, a política e regulamentação da atividade farmacêutica foram promulgadas somente em 2010, evidenciando assim os desafios encontrados na garantia do acesso à saúde e do acesso a medicamentos no país. Quanto à legislação, Angola possui um quadro legal mínimo que regula o sistema de saúde e o acesso a medicamentos. No entanto, na prática, o marco regulatório parece ser uma “carta de intenções” em que o país expõe suas intenções na tentativa de atender a padrões estabelecidos internacionalmente. Além disso, muitas das propostas ainda não foram implementadas. Isso pode ser explicado por múltiplos fatores, como a estrutura político-econômica do país (centralizada na capital em todos os setores), a dependência externa do acesso a medicamentos (seja por doação ou compra direta de empresas estrangeiras, já que não há produção local de medicamentos), falta de recursos humanos capacitados (o curso de farmácia é recente e não há currículo unificado). Todo esse cenário desencadeia um olhar fragmentado para os serviços e bens de saúde, o que dificulta o seu desenvolvimento.

Palavras-chave: Acesso a medicamentos. Assistência Farmacêutica. Sistemas de saúde. Política Nacional de Medicamentos. Angola.

ABSTRACT

The concept of access is central to most health policies and referred to in studies of the use and satisfaction of health services. Access to essential medicines is one of the strategies to achieve the Sustainable Development Goals of the 2030 Agenda. The research aims to analyze public policies related to access to medicines in Angola and contribute to the strengthening of pharmaceutical assistance in the country. It is a qualitative study, in which the data collection technique included primary and secondary data, through documentary research and interviews. Content analysis was adopted for data treatment. The research country, Angola, is located in the western region of Southern Africa, gained its independence in 1975, then faced an intense period of civil war that ended in 2002. As a result of this long period of internal conflict, the policy and regulation of the pharmaceutical activity were enacted only in 2010, thus highlighting the challenges encountered in guaranteeing access to health and access to medicines in the country. As for the legislation, Angola has a minimum legal framework that regulates the health system and access to medicines. However, in practice, the regulatory framework seems to be a “letter of intent” in which the country sets out its intentions in an attempt to meet internationally established standards. Furthermore, many of the proposals have yet to be implemented. This can be explained by multiple factors, such as the political and economic structure of the country (centralized in the capital in all sectors), the external dependence on access to medicines (whether by donation or direct purchase from foreign companies, since there is no local production of medicines), lack of trained human resources (the pharmacy course is recent and there is no unified curriculum). This whole scenario triggers a fragmented view of health services and goods, which hinders their development.

Keywords: Access to medicines. Pharmaceutical Services. Health systems. National medicines policy. Angola.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Configuração geográfica de Angola	29
Figura 2 - Divisão administrativa de Angola	30
Figura 3 - Bandeira e Insígnia de Angola	31
Figura 4 - Evolução do sistema de saúde em Angola	63
Figura 5 - Fluxo para programação de medicamentos nas unidades sanitárias	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Análise dos princípios para acesso a medicamentos em Angola na perspectiva do direito à saúde.	67
Tabela 2. Análise dos princípios para acesso a medicamentos em Angola na perspectiva dos serviços farmacêuticos	74
Tabela 3. Número de profissionais farmacêuticos em Angola por período	103

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ARMED - Agência Reguladora de Medicamentos e Tecnologias de Saúde
CRA - Constituição da República de Angola
CPLP - Comunidade dos Países de Língua Oficial Portuguesa
DPS - Delegação Provincial da Saúde
DNTs - Doenças Tropicais negligenciadas
FNM - Formulário Nacional de Medicamentos
FNLA - Frente Nacional de Libertação de Angola
GTN - Guia Terapêutico Nacional
LNME - Lista Nacional de Medicamentos Essenciais
MGM - Manual de Gestão de Medicamentos
MINSÁ - Ministério da Saúde de Angola
MPLA - Movimento Popular de Libertação de Angola
OFA - Ordem dos Farmacêuticos de Angola
OGE - Orçamento Geral do Estado
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PF - Política Farmacêutica
PNS - Política Nacional de Saúde
SNS - Sistema Nacional de Saúde
UNITA - União Nacional para a Independência Total de Angola

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	16
2 INTRODUÇÃO	21
3 OBJETIVOS	24
3.1 OBJETIVO GERAL	24
3.1.1 Objetivos Específicos	24
4 POLÍTICA DE SAÚDE COMO DIREITO ESSENCIAL	24
4.1 A CONSTRUÇÃO DE ANGOLA COMO TERRITÓRIO	26
4.1.1 Aspectos sociodemográficos	29
4.1.2 Organização do Sistema de Saúde em Angola	32
4.1.3 Financiamento do Sistema de Saúde	36
4.1.4 Política Farmacêutica em Angola	38
4.2 POLÍTICA DE SAÚDE NOS PAÍSES AFRICANOS	40
4.2.1 Acesso a medicamentos como Direito à Saúde	48
5 MATERIAIS E MÉTODOS	56
5.1 PESQUISA DOCUMENTAL	56
5.2 PESQUISA DE CAMPO - ENTREVISTAS E PESQUISA OBSERVACIONAL	57
5.3 REFERENCIAL PARA ANÁLISE DOS DADOS	58
5.4 ANÁLISE DOS DADOS	61
5.5 ÉTICA NA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS	62
6 RESULTADOS	63
6.2 ACESSO A MEDICAMENTOS NA PERSPECTIVA DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS	70
7 DISCUSSÃO	79
7.1 DIREITOS E OBRIGAÇÕES LEGAIS	79
7.1.1 Direito à saúde incluindo medicamentos essenciais	79
7.1.2 Obrigação do Estado de fornecer medicamentos essenciais	80
7.2 BOA GOVERNANÇA	81
7.2.1 Transparência	82
7.2.2 Participação e consulta	84
7.2.3 Monitoramento e avaliação	84
7.2.4 Responsabilidade e Reparação	85
7.3 SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS	86
7.4 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA DISPONIBILIDADE	88

7.4.1 Programação de medicamentos	88
Fonte: Produção do próprio autor, 2022.	89
7.4.2 Aquisição de medicamentos	89
7.4.3 Armazenamento de medicamentos	91
7.4.4 Distribuição de medicamentos	92
7.4.5 Dispensação e acesso aos medicamentos	92
7.4.6 Regulação e Política de preços	94
7.4.7 Financiamento da Política Farmacêutica	96
7.4.8 Formação acadêmica: farmacêuticos em Angola e a inserção nos serviços de saúde	98
7.4.9 Cultura: Família, indivíduo e sociedade	103
8 CONSIDERAÇÕES	106
9 CONCLUSÃO	107
10 PERSPECTIVAS	109
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICE A - O ACESSO A MEDICAMENTOS E O DIREITO À SAÚDE EM ANGOLA: ENSAIO A PARTIR DA ACESSIBILIDADE AOS CONTRACEPTIVOS	125
APÊNDICE B - ARTIGO DE PESQUISA: ACESSO A MEDICAMENTOS E A OPERACIONALIZAÇÃO DE POLÍTICAS SOB A PERSPECTIVA DO DIREITO À SAÚDE	126
APÊNDICE C - RESUMO FIP SEVILLE, 2022	127
APÊNDICE D – ROTEIROS DE ENTREVISTAS	129
ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	131
ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES	133
ANEXO 3 – PARECER CEPESH	134
ANEXO 4 -LISTA DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS	135

1 APRESENTAÇÃO

O campo da saúde foi construído como aspiração profissional por influência da minha saudosa avó. Cursei ciências físicas e biológicas no Ensino Médio em Angola com o intuito de cursar medicina na faculdade; após 3 anos cursando medicina, tive a oportunidade de vir estudar no Brasil em 2012. Aqui, me deparei com um mundo completamente diferente, que ia desde as diferenças curriculares até às culturais. Me vi então num momento em que precisava decidir outro caminho a seguir e escolhi a farmácia. No curso, aos poucos, fui me sentindo realizada como profissional, conheci o mundo que a farmácia pode ofertar e escolhi a área de saúde pública.

Fiz Residência em Saúde da Família e, ali, percebi que a Atenção Primária à Saúde (APS) tem muito a oferecer no desenvolvimento dos sistemas de saúde, mas, simultaneamente, é necessário ter a compreensão da importância dos diferentes fatores envolvidos nesse processo. Lembro-me quando conversava com o Leandro Molina, preceptor na residência, sobre como a organização do sistema de saúde brasileiro é impressionante e como a área da farmácia tem múltiplas opções, em especial, na APS é possível fazer um trabalho que afeta diretamente toda a cadeia de cuidado dos usuários. A partir disso, começamos uma conversa e nos questionamos “como será que acontecem as coisas em Angola?”.

Percebi que não tinha ferramentas suficientes para explicar o sistema de saúde e a área farmacêutica do meu país. Assim, surgiu a ideia de fazer um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) sobre tal questionamento, de pronto, captei a ideia e com auxílio da Fernanda Manzini, também preceptora, fomos construindo uma proposta do que seria possível enquanto residente considerando as experiências que fui adquirindo ao longo dos anos no Brasil.

Durante o processo de escrita do TCR, tive a oportunidade de estar em Angola, onde conheci alguns departamentos do setor farmacêutico e pude ter contato com pessoas que trabalham na área. Identifiquei que, o campo está em formação, portanto, necessita de pesquisadores e contribuições sobre diagnósticos e perspectivas de trabalho e desenvolvimento.

Sempre achei interessante a personalidade na pesquisa e na escrita. Refletir sobre questões que atravessam a vida do pesquisador, de alguma forma, parece o aproximá-lo das diversas formas de auxiliar na resolução destas. Portanto, essa pesquisa é resultado do desejo de somar na área acadêmica angolana ao mesmo tempo que considera a minha personalidade e vivência ao longo dos anos na diáspora.

É importante referir então que ao optar por esse caminho, me deparei com duas questões importantes, a saber: o serviço de saúde como ele deveria ser e como ele é no dia a dia da comunidade. Com isso, fica o sentimento de melancolia, por observar que muitas são as fortalezas, mas pouco são exploradas. Melancolia por perceber que há tanto ainda a ser percorrido. Quando será o tempo em que as pessoas poderão ir ao serviço de saúde com cólicas e poder sair com medicamento sem precisar comprar ou dar um jeitinho?

Essa melancolia se intensificou quando estive em Angola no ano passado, 2022, com pensamentos como: *será que romantizei demais a escrita e as possibilidades sobre a minha pesquisa? O que mudou desde a época da residência até os dias atuais? Qual contributo de fato posso oferecer nesse momento? Será relevante o suficiente?*

Nesse contexto, muitas foram às vezes que considerei o porquê de fazer uma pesquisa sobre um território tão complexo, estando longe por mais de 10 anos e ainda assim ser capaz de produzir um conteúdo fidedigno.

A escritora Conceição Evaristo usa o termo *escrevivência* para se referir a escrita que se mescla com a sua vivência, relato de suas memórias e das memórias de seu povo. Assim, a *escrevivência* é um lugar onde a escrita das mulheres negras pretende incomodar consciências e ecoar nossas histórias (REMENCHE; SIPPEL, 2019). Sobre o “escrever, viver e se ver” da autora, Mascarenhas (2021) designa como “escrita da alma” - este lugar onde cada mulher escreve considerando o mundo que vive, uma forma integrada na experiência da escrita.

Mergulho então nesse desafio, com o esperar de que este é o meu lugar de fala, ainda que, geograficamente, de longe. A vivência diária no Brasil me remete, a todo tempo, ao local de onde vim; seja pelas observações do sistema de saúde e acadêmico ou mesmo pelo existir diário em frases como “você tem um sotaque diferente”, “dá para perceber que você não é daqui”, outras vezes mais ousadamente em “lá de onde você veio é pior que aqui?”. Estes questionamentos me levam a fazer o exercício constante de “não te esqueças de onde você veio e busque se identificar com cada notícia e detalhe vindo de lá” e daí a necessidade de me apropriar sobre esse local de fortes memórias e de alguma forma contribuir para que meu filho possa construir suas memórias se assim quiser.

Assim este trabalho pretende responder às seguintes questões: Sob a perspectiva dos direitos humanos, como se dá o acesso a medicamentos em Angola? Qual é o arcabouço legal? Como ele foi construído? É possível identificar na prática diária da população esse acesso? Quais as implicações de um estudo como este em um país do continente africano? Outra investigação importante é como estão organizados os serviços farmacêuticos e como eles contribuem ou dificultam o acesso aos medicamentos?

Para isso, este trabalho inicia com uma introdução onde se faz breves apontamentos sobre a perspectiva do direito à saúde baseado nos padrões do direito humano internacional e como os medicamentos são instrumentos essenciais na garantia do acesso à saúde. Com os objetivos se pretende direcionar a proposta de pesquisa. Este estudo conta também com uma revisão bibliográfica onde se faz uma passagem pelo campo de políticas públicas, identificando a política de saúde com especificidade e seus determinantes; faz uma síntese sobre o território angolano - processo de construção, limites geográficos e apresenta também o sistema de saúde e área farmacêutica, seu desenvolvimento e organização intimamente relacionado aos momentos políticos que o país experimentou ao longo dos tempos.

Considera-se a política de saúde em países africanos, um campo que vem caminhando a passos curtos, mas com perspectivas de desenvolvimento se tratados de forma holística e com compromisso. Faz-se referência ao acesso a medicamentos como direito à saúde, reforçando que conforme estudos atuais tratar o acesso aos serviços de saúde considerando os direitos humanos propicia que os mais vulneráveis tenham acesso sem nenhum tipo de restrição enquanto garante a cobertura universal à saúde. Por ser um processo complexo requer que sejam consideradas todas as variantes prováveis envolvidas no andamento com a mesma magnitude ou nível de importância. Culmina com apontamentos sobre a abordagem sociotécnica e sua relevância para estudos na área da saúde ao propiciar a análise da área farmacêutica considerando os aspectos técnicos e sociais envolvidos nos processos de trabalho.

Quanto à metodologia, a técnica de levantamento de dados incluiu dados primários e secundários e foi realizada por meio de pesquisa documental e um estudo de campo e entrevistas com atores-chave. A análise documental usou como base um estudo de análise de Política Nacional de Medicamentos realizado em 71 países de renda baixa, média e alta que considerou 12 princípios norteadores baseados no direito à saúde (PEREHUDOFF, ALEXANDROV E HOGERZEIL, 2019a). Consideraram-se também os princípios norteadores definidos pela OMS como fundamentais para o acesso a medicamentos (WHO,2009), e estes foram adaptados considerando a referência principal bem como a abordagem sociotécnica (BERNARDO, SOARES, LEITE,2021), tendo em conta as particularidades do local de pesquisa e as entrevistas coletadas durante o estudo de campo.

Para o tratamento de dados foi adotado a análise de conteúdo e se usou a modalidade análise interpretativa. Foi observado que houve um crescimento na publicação e atualização das legislações concernentes ao sistema de saúde e serviços farmacêuticos a partir do ano de 2010; o conteúdo da política farmacêutica se mescla com o da política de saúde com muita frequência, sendo que há itens, descritos em uma e só citado na outra como o financiamento. Dessa forma, apesar do arcabouço legal mínimo e da escassez de publicações na área, estudos como estes se fazem necessário para instigar os demais pesquisadores, farmacêuticos e estudantes de farmácia a compreenderem como deve ser uma política farmacêutica, quais as atribuições de cada ente e como cada um pode contribuir para o crescimento da área e da qualidade de vida de seu país.

Por último, foram apresentados os produtos produzidos ao longo da pesquisa: um resumo apresentado no 80º Congresso Mundial de Farmácia e Ciências Farmacêuticas da *International Pharmaceutical Federation* (FIP), em Sevilha (Espanha), no ano de 2022, intitulado “Políticas que impactam no desenvolvimento do acesso a medicamentos em Angola” (Apêndice B); uma proposta de Ensaio científico a partir da experiência em campo sobre o acesso a medicamentos, direito à saúde e a acessibilidade aos contraceptivos e um artigo de pesquisa com os dados consolidados sobre a compreensão do acesso a medicamentos na perspectiva do direito à saúde e dos serviços farmacêuticos.

Assim, que em contato com o texto, o leitor identifique um país com perspectivas de crescimento e muita potencialidade, ao mesmo tempo que se mistura com o desejo da escritora de esperar por dias e tempos melhores para a área da saúde e o setor farmacêutico em especial

2 INTRODUÇÃO

No Artigo n.º 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos consta que "todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família, saúde e bem-estar (...)" (ONU BRASIL, 2018).

As definições de políticas sociais, políticas econômicas e políticas farmacêuticas são fundamentais para a resolução dos problemas de saúde, pois ajudam a diminuir as discrepâncias no acesso e contribuem para a melhora da qualidade de vida (ARAÚJO *et al.*, 2015). Além disso, estas políticas permitem racionalizar os recursos em saúde (GIROTTI; SILVA, 2006).

A Atenção Primária à Saúde é entendida como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada a maioria das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas. Nesta perspectiva, os serviços de saúde devem ser centrados nas necessidades de saúde da população e organizados sob uma perspectiva interdisciplinar; como porta de entrada, pode-se organizar o fluxo de serviços nas redes de saúde dos mais simples aos mais complexos (MATTA; MOROSINI, 2009).

Os medicamentos são recursos essenciais quando se fala de acesso a serviços de saúde e uma das bases para o cuidado em saúde. Desde a sua criação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) deu enfoque para a necessidade do fácil acesso aos medicamentos. Em 1977, definiu-se o conceito de medicamentos essenciais, sendo aqueles capazes de satisfazer as necessidades terapêuticas prioritárias da população, e, então, elaborou-se uma lista modelo com esses medicamentos (OPAS, 2013). O fornecimento de medicamentos essenciais é apontado pela Declaração de Alma Ata como uma das ações mínimas necessárias para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde nos países (MATTA; MOROSINI, 2009), esta declaração consiste no documento síntese do Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização OMS em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, no ano de 1978 - ali os países participantes adotaram o compromisso de promover a saúde de todos os povos do mundo, reafirmando o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais (MENDES, 2004).

O acesso a medicamentos essenciais se constitui como uma das estratégias para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030. Adotada a partir de 2015, a agenda é um guia para as ações da comunidade internacional nos próximos anos. O objetivo 3 se refere a “Saúde e Bem-Estar: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”; onde se tem a meta 3.8:

Attingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos (ONU, 2015)

Como uma das metas, a cobertura universal da saúde sustenta todas as outras e é considerada fundamental para o alcance de todas as outras, sendo definida como a “expressão prática do direito à saúde” e está diretamente vinculada ao compromisso de “não deixar ninguém para trás” (CHAPMAN, 2016)¹. Apesar disso, Chapman (2016) refere que como está estabelecido nos ODS, a cobertura universal falha em abarcar os direitos humanos à medida que não prioriza os mais vulneráveis na expansão dos serviços de saúde, a menos que se priorize essa população, não há como alcançar a cobertura universal em saúde. Sob essa perspectiva, é crucial a adoção da abordagem do acesso a serviços de saúde sob a perspectiva do acesso à saúde. Ooms e colaboradores (2014)² referem que os direitos humanos, em particular o direito à saúde, constituem um conceito significativo de justiça global em saúde, apesar de serem garantidos por lei, o acesso a estes não se dá de forma imediata e se relacionam diretamente aos recursos disponíveis pelos Estados, uma vez que estes são em sua maioria limitados.

¹ Audrey R. Chapman, Ph.D - Professora, Ciências da Saúde Pública em UConn

² Gorik Ooms - Departamento de saúde pública. Instituto de medicina tropical. Bélgica

Dadas às múltiplas barreiras no acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos de forma mais específica, buscar compreender estes tendo como base os direitos humanos, a Política Nacional de Medicamentos e a cobertura universal em saúde constituem um caminho para dirimir as barreiras e se obter serviços de saúde eficazes (PEREHUDOFF; ALEXANDROV; HOGERZEIL, 2019a)³.

Considerando que Angola é um país de democracia jovem e em consolidação, com a tão almejada paz estabelecida em 2002, depois de uma guerra civil sofrida, o país experimentou o começo do “sonho da reconstrução de um lar”. Nesta perspectiva, a busca pela melhoria nos indicadores econômicos foi e tem sido uma preocupação do executivo angolano, onde se reconhece que a promoção do acesso aos cuidados de saúde, com melhoria nos mecanismos de gestão e de financiamento do Sistema Nacional de Saúde constitui um pilar imprescindível para o desenvolvimento do país (ANGOLA, 2012).

A área farmacêutica angolana constitui um grande desafio e está em consolidação, tendo alguns de seus principais marcos legais datados de 2010, como as Bases gerais da Política Nacional Farmacêutica e o Regulamento do Exercício da Atividade Farmacêutica. Vale ressaltar que a literatura acadêmica produzida e disponível sobre o assunto é escassa, o que justifica a necessidade de uma produção do conhecimento comprometida com a realidade dos fatos, de modo a instigar outros a conhecerem o setor farmacêutico para ser valorizado e respeitado a medida que se torna conhecido (MORTARI; WITTMANN, 2018). Assim, o presente estudo propõe compreender os serviços farmacêuticos e o acesso a medicamentos em Angola tendo como base o direito à saúde, bem como, às implicações técnicas e sociais envolvidas nesse processo.

³ Katrina Perehudoff - Unidade de saúde global, departamento de saúde global, Universidade de Groningen, Holanda

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as políticas públicas relacionadas ao acesso a medicamentos e sua operacionalização em Angola e contribuir com o fortalecimento da assistência farmacêutica no país.

3.1.1 Objetivos Específicos

- Identificar e analisar as políticas farmacêuticas de Angola na perspectiva do direito à saúde.
- Compreender como se dá o acesso a medicamentos em Angola na perspectiva da organização dos serviços, com destaque para os serviços farmacêuticos.

4 POLÍTICA DE SAÚDE COMO DIREITO ESSENCIAL

Em uma sociedade civil há a necessidade de uma organização que propicie qualidade de vida aceitável quer seja no âmbito de convivência cordial como nas necessidades básicas de manutenção de vida. Sob essa perspectiva, Rua (1997) refere que a política pode ser uma das ferramentas usadas para manejar os conflitos. Em toda sua complexidade, o termo política pode ser compreendido como uma teia de decisões complexas que se modificam ao longo dos tempos e abarcam não só as decisões, mas também as não decisões (ESTEVÃO; FERREIRA, 2018). Assim, a política pode ser encarada também como uma construção social e pode ser formulada de várias maneiras para implicar múltiplas considerações de valor legítimo. Neste contexto, a política pública é um campo que se propõe a contribuir através da compreensão das ações do poder público e questões relacionadas a ele (FERREIRA; ALENCAR; PEREIRA, 2019).

Como campo de estudo, são diversas as definições atribuídas à política pública. Começemos por Smith e Larimer (*apud* BRASIL; CAPELLA, 2016) que afirmam que “não há definição de políticas públicas precisa e universal (...)”; Souza (2002) apresenta a definição de política pública sob a perspectiva de quatro autores diferentes e em épocas diferentes, a saber: Laurence Lynn, Guy Peters Lawrence, Mead e Thomas Dye. Em 1980 Lynn definiu política pública como um conjunto específico de ações do governo que produzirão efeitos específicos; Thomas Dye, em

1984, de forma mais sucinta apresenta o conceito de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”; já em 1986, Peters refere-se a esta como sendo a soma das atividades dos governos que agem diretamente ou por delegação e que influenciam a vida dos cidadãos; no que lhe concerne, Mead em 1995 entende política pública como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas.

Para Rua (1997), as políticas públicas envolvem mais de uma decisão e buscam diversas ações estrategicamente selecionadas para implementar as decisões tomadas. Por sua parte, Carvalho (2005) observa que política pública pode ser nomeada como algum tipo de ação governamental que apresenta reflexos na sociedade ou em partes dela.

Segundo Raulli (2007) a política pública pode ser apresentada como um compromisso público que objetiva dar conta de determinadas ações em áreas diversas, que garantam os direitos sociais. E, conforme Secchi (2019), política pública também pode ser entendida como uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público.

Perante estes arranjos, Souza (2002) faz alguns apontamentos importantes: a) não há uma única e mais correta definição aplicada ao termo política pública; b) a política pública distingue entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz; c) envolve vários atores e níveis de decisão e os participantes informais são tão importantes quanto os formais; d) é abrangente e não se limita a leis e regras; e) é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados; f) apresenta impactos a curto e longo prazo; g) implica também em implementação, execução e avaliação.

Sendo às políticas públicas os instrumentos para efetivar os direitos do cidadão, estas podem ser formuladas nas mais diversas áreas como saúde, economia e segurança social. A política de saúde exerce papel fundamental na sociedade uma vez que tem como maior objetivo a garantia da qualidade de vida da população. Fleury e Assis (2014) apresentam a política de saúde como uma política social e consideram que esta se encontra na interface entre Estado, Sociedade e Mercado à medida que objetiva a promoção da igualdade e do bem-estar, abrangendo tanto os meios pelos quais se promove o bem-estar em cada sociedade quanto os determinantes do desenvolvimento social. Deste modo, como direito social, a saúde é um valor coletivo e um bem de todos, logo, deve ser assegurada sem distinção de credo, raça, classe social ou qualquer outra individualidade.

4. 1 A CONSTRUÇÃO DE ANGOLA COMO TERRITÓRIO

A construção da identidade de Angola como um território está diretamente atrelada aos mais de 450 anos de colonização portuguesa, pois durante esse período foi negado ao povo toda a sua história, crença, cultura, sabedoria e até mesmo a sua existência e reconhecimento enquanto ser humano pensante (PINTO, 2016)⁴.

Portanto, o território que se identifica hoje como Angola é fruto da herança colonial, uma vez que antes da chegada dos portugueses, o território já tinha suas características peculiares; e deste modo o anseio pela liberdade do jugo opressor sempre esteve presente no seio do povo e fez parte na busca pela identidade (JOSÉ, 2008)⁵.

No processo de luta pelo resgate da identidade e liberdade de ser e existir, pode-se citar a data conhecida e comemorada como o início da luta de libertação, 4 de fevereiro de 1961, onde com catanas nas mãos os heróis se propuseram a libertar os presos políticos (PINTO, 2008)⁶.

Embora não tenha surtido efeito imediato, este ato acendeu a chama para o nacionalismo angolano, e ao longo dos anos foi se buscando formas de organização que conduzisse a uma libertação efetiva, como a criação dos movimentos de libertação, que posteriormente se tornaram partidos políticos, nomeadamente: FNLA (Frente Nacional de Libertação de Angola), MPLA (Movimento Popular de Libertação de Angola) e UNITA (União Nacional para a Independência Total de Angola); a consolidação de alianças com outros países que haviam sido livres do domínio português e outros até então aliados, mas mais interessados.

⁴ João Paulo Henrique Pinto - Brasileiro, Doutor em história social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

⁵ Joveta José. Angolano, Doutor (PhD) em Ciência Política pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul UFRGS.

⁶ João Nuno Da Silva Pinto. Português, Mestre em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, UFRRJ, Brasil.

Deste modo, em 15 de janeiro de 1975 em Alvor, na região portuguesa do Algarve, foi assinado e instituído um governo de transição composto pelos representantes dos 3 movimentos políticos angolanos e os representantes do governo português, o que ficou conhecido como “Acordo de Alvor” onde se determinou que Angola seria um território completamente independente de Portugal até 11 de novembro de 1975.

Durante esse processo, se instaurou uma crise política dentro dos partidos angolanos culminando na tão sofrida guerra civil que apesar de alguns momentos de acordo de cessar-fogo, perdurou até o ano de 2002.

O Acordo de Alvor foi levado em frente e conforme estabelecia o seu Artigo 2 “O Estado Português reafirma, solenemente, o reconhecimento do direito do povo angolano à independência”; e sob o clima de tensão interna, a independência de Angola, foi proclamada a 11 de novembro de 1975 pelo então primeiro presidente da República, António Agostinho Neto (PINTO, 2008)⁶.

Apesar de em seu artigo 45, o Acordo prever que o Estado português se compromete a eliminar “todas” as sequelas do colonialismo, e a constituição referir que o Estado sua soberania sobre a totalidade do território, até os dias atuais, Angola vive às mazelas da presença e influência portuguesa.

As primeiras eleições intituladas democráticas com sérias controvérsias foram realizadas em 1992 onde venceu o partido que estava no poder desde 1975, o MPLA (BITTENCOURT, 2016)⁷.

Foram realizadas eleições nos anos 2008, 2012 e 2017, e nestas foi vencedor o mesmo partido que permanece até os dias atuais - o MPLA. A última eleição ocorreu em 2022 e sob muitos protestos e manifestações abertas de apoio ao partido da oposição (UNITA), a Comissão Nacional Eleitoral declarou o MPLA vencedor e irá governar o país pelos próximos 5 anos. A partir de 2002, iniciou-se um longo processo de reconstrução nacional apoiado em parcerias internacionais nos setores como saúde, educação, infraestrutura e economia.

⁷ Marcelo Bittencourt - Brasileiro, Docente do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense

Conforme a constituição em vigor promulgada em 2010, Angola é uma República soberana e independente, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade do povo angolano, que visa fundamentalmente a construção de uma sociedade livre, justa, democrática, solidária, de paz, igualdade e progresso social. Sob essa perspectiva, Massanga (2014)⁸ refere que a proposição de estudo sobre qualquer assunto relacionado ao país necessita de um olhar que perpassa todo o seu contexto de lutas, perdas, reconstruções, resistências e sonhos.

É urgente também que a nossa história seja contada por nós africanos, mais especificamente angolanos, tendo em conta nossas vivências locais e da diáspora; de forma que aqueles que vierem após nós, estejam certos de que é possível ser um profissional, construir um acervo literário e crítico sobre os nossos sistemas e é possível a produção de conhecimento de angolanos, para angolanos e por angolanos (MASSANGA, 2020).

O nome Angola provém do termo *Ngola* título dado ao rei do reino do Ndongo, este foi usado outras vezes para se referir a reis de outras regiões e mais tarde os portugueses intitularam o reino do Ndongo de "terras de Angola" (ANPUHB, 2016). Segundo Helder Pontes (2006)⁹, o termo *Ngola* tem raiz no termo *Ngolo*, que em quimbundo (língua do povo Ambundo) significa "força" e em kikongo (língua do povo Bakongo) significa "rigor, força, fortaleza ou robustez". Os portugueses compreendiam que o *Ngola* era aquele que tinha força, aquele que era poderoso.

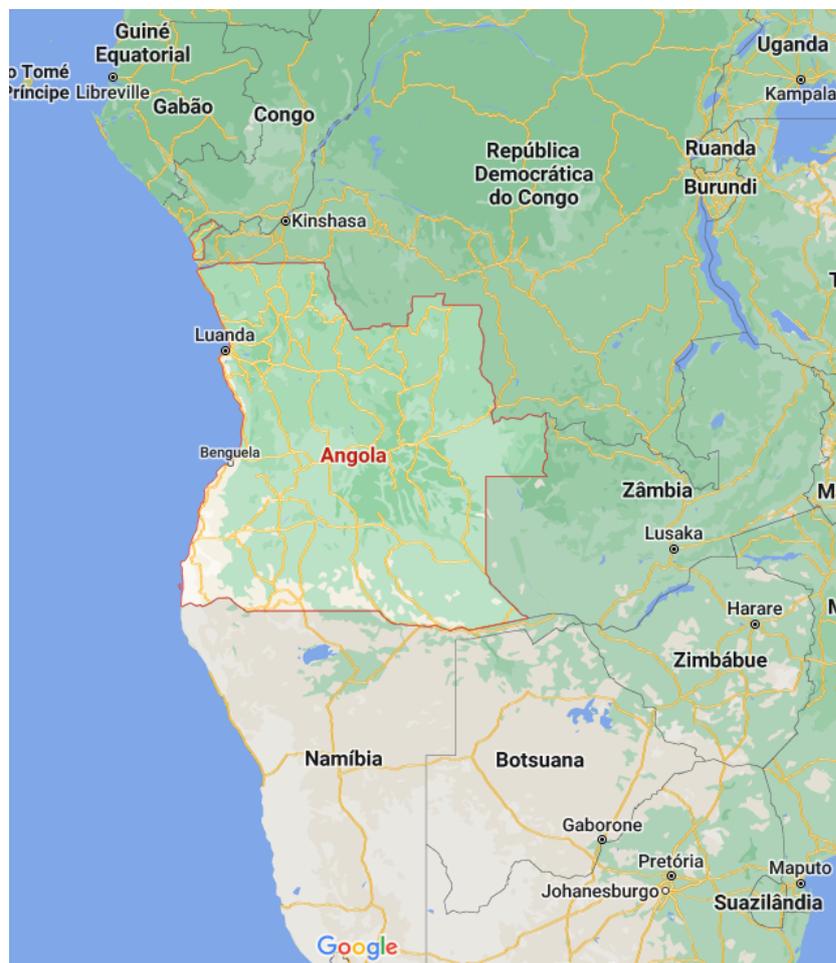
⁸ Joaquim Paka Massanga - Angolano, Docente e reitor do Instituto Superior de Ciências da Educação de Cabinda (ISCED-CABINDA/Angola)

⁹ Helder Fernando de Pinto Correia Pontes, angolano, também conhecido por Xinguila nos seus anos de juventude em Luanda. Deixou Angola em novembro de 1975 e emigrou para o Canadá em 1977.

4.1.1 Aspectos sociodemográficos

O território identificado como Angola está situado na região ocidental da África Austral, possui 1.246.700 km² de superfície e faz fronteira ao norte com a República do Congo e a República Democrática do Congo; ao Leste com a República do Congo e a República de Zâmbia; ao sul com a República da Namíbia e ao oeste com o Oceano Atlântico (Figura 1).

Figura 1 - Configuração geográfica de Angola



Fonte: <https://www.google.com.br/maps/place/Angola>

Conforme resultado do censo realizado em 2014, administrativamente Angola conta com 18 províncias, nomeadas como Bengo, Benguela, Bié, Cabinda, Kwando Kubango, Kwanza norte, Kwanza sul, Cunene, Huambo, Huíla, Luanda, Lunda-norte, Lunda-sul, Malanje, Moxico, Namibe, Uíge e Zaire (Figura 2) (ANGOLA, 2019). Atualmente, há a proposta por parte do governo de uma nova divisão administrativa

no país, onde contaria com 20 províncias ao invés de 18 e passaria de 164 para 581 municípios; porém a sociedade civil vem mostrando resistência a essa nova proposta e refere que não houve participação pública (LUAMBA, 2023).

Figura 2 - Divisão administrativa de Angola



Fonte: <https://www.mapsofworld.com/angola/angola-political-map.html>

Os símbolos nacionais são a Bandeira Nacional, a Insígnia Nacional e o Hino Nacional. Estes representam a independência, a unidade e a integridade da República de Angola conforme mostrado na Figura 3 (ANGOLA, 2018a).

A bandeira nacional é composta por duas faixas, a superior de cor vermelha, que simboliza o sangue do povo derramado durante a opressão colonial, luta pela libertação e a defesa da pátria e a faixa inferior preta simboliza o continente africano.

No centro destas há três elementos, a saber: uma roda dentada, que simboliza os trabalhadores e a produção industrial; uma catana, ferramenta de trabalho e de proteção generalizado em todos os grupos etnolinguísticos de Angola, que simboliza os camponeses, a produção agrícola e a luta armada e, por fim, uma estrela, que simboliza a solidariedade internacional e o progresso. Estes elementos são de cor amarela, remetendo a riqueza do país.

A insígnia é formada por uma seção de uma roda dentada, uma ramagem de milho, café e algodão, em representação aos trabalhadores angolanos, da produção industrial, dos campos e da produção agrícola. O livro aberto na base simboliza a cultura e a educação; já o sol nascente remete ao surgimento de um novo país. No centro da insígnia, estão representadas a catana e a enxada, simbolizando o trabalho e o início da luta armada. Na parte superior figura uma estrela e na parte inferior está presente uma faixa dourada com a inscrição “República de Angola”, que abraça os restantes elementos, conforme mostrado na Figura 3 (ANGOLA, 2018a).

Figura 3 - Bandeira e Insígnia de Angola



Fonte: <https://governo.gov.ao/ao/angola/simbolos-nacionais/>

Com uma fauna e flora riquíssima, Angola apresenta cinco tipos de zonas naturais, a floresta úmida e densa, as savanas, as savanas secas, as zonas de estepe e, por fim, a desértica onde podemos encontrar no deserto do Namibe uma espécie única que caracteriza o país, a "Welwitschia Mirabilis".

Na fauna pode se citar inúmeras espécies espalhadas por várias regiões, como a Palanca Negra-Gigante, também característica do território. Concernente aos recursos minerais estima-se que o seu subsolo alberga 35 dos 45 mais importantes do comércio mundial entre os quais se destacam o petróleo, gás natural, diamantes,

fosfatos, substâncias betuminosas, ferro, cobre, magnésio, ouro e rochas ornamentais; recursos este que muito atraem os países do primeiro mundo (ANGOLA, 2006).

Angola possui uma população de cerca de 25,7 milhões de habitantes, distribuídos no território de forma desigual, com 63% desta residente em áreas urbanas e forte concentração na capital, Luanda (6,9 milhões de pessoas). A idade média da população é de 20,6 anos e as mulheres constituem 52% do total. A expectativa de vida ao nascer é de 63 anos para mulheres e de 55,5 anos para homens e a taxa de fecundidade é de 5,7 filhos por pessoa.

A língua oficial, o português é falado por cerca de 71,1% da população com maior predominância nas áreas urbanas. Entretanto, existem mais de 20 línguas nacionais distribuídas ao longo do território (INE, 2016).

O acesso à água potável abrange 44% da população, enquanto o acesso ao saneamento abrange 60%. A maioria das famílias, isto é 70%, despeja os resíduos sólidos ao ar livre (INE, 2016). O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2018-2022 aponta que houve melhorias nas taxas de mortalidade infantil (80 por mil em comparação com 180 por mil em 2009) e de mortalidade de crianças com menos de cinco anos (120 por mil em face de 300 por mil no início do século).

Com um Índice de Desenvolvimento Humano em 2015 de 0,532, Angola pertence ao grupo dos países de Baixo Desenvolvimento Humano. Com os dados revelados pelo Censo 2014 se espera que Angola integre o Grupo dos Países de Desenvolvimento Humano Médio, aproximando-se dos objetivos a que aspira: até 2025 pertencer ao Grupo dos Países de Alto Desenvolvimento Humano (ANGOLA, 2018b).

4.1.2 Organização do Sistema de Saúde em Angola

Segundo o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário, instrumento que define as orientações a serem tomadas concernentes a execução da Política Nacional de Saúde, Angola almeja em 2025 garantir uma vida saudável para todos, num cenário de desenvolvimento sustentável e de um sistema nacional de saúde que atenda às expectativas da população (ANGOLA, 2012).

O sistema de saúde vem apresentando uma evolução gradual que acompanha os diferentes momentos que o país enfrentou. No período colonial, o acesso se dava

apenas para uma minoria privilegiada, com a Proclamação da Independência em novembro de 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde, firmado na Lei n.º 9/7, então pautado nos princípios da universalidade e gratuidade (ANGOLA, 2010).

O sistema de saúde se divide em três subsistemas: (1) Público ou Serviço Nacional de Saúde, gerido pelo Ministério da Saúde (MINSa) e por outros organismos governamentais; (2) Privado lucrativo, gerido por organizações privadas e (3) Privado não lucrativo, gerido por organizações não governamentais, incluindo organizações religiosas (ANGOLA, 2010).

O MINSa compreende um sistema organizado em três níveis de administração, a saber: Central, Provincial e Municipal. No nível central fazem parte os Gabinetes do Ministro e Vice-Ministro, Órgãos de Apoio e Órgãos Executivos Centrais. Ao nível Provincial fazem parte as Direções Provinciais de Saúde que dependem administrativamente dos Governos Provinciais e metodologicamente do nível central. Por fim, ao nível Municipal fazem parte as Repartições Municipais de Saúde que dependem administrativamente da Administração Municipal e metodologicamente da Direção Provincial de Saúde e das Instituições do nível central do MINSa (MASSECA, 2011)¹⁰.

A considerar o período de reconstrução, Chol Chol e colaboradores (2018)¹¹ identificaram que até 2015 Angola conseguiu avançar em vários aspectos no sistema de saúde, tais como: a implementação da descentralização em todos os municípios em 2010; o lançamento do programa de Desenvolvimento Comunitário e Agentes de Saúde em 2007, onde até 2014 se tinha cerca de 3045 Agentes comunitários de saúde; houve um aumento de cerca de 248% no número de médicos e 85% no número de enfermeiros até 2010; houve parcerias com médicos cubanos que foram ao país com objetivo de exercer o ensino nas universidades, além da prestação de serviços de assistência médica.

¹⁰ Carlos Alberto Maseca, angolano - angolano e mestre em saúde pública

¹¹ Chol Chol - Escola de saúde pública - Faculdade de medicina e saúde, Austrália; Alberto Garcia-Basteiro - Centro de Investigação em Saúde de Manhiça - Maputo, Moçambique; Maria Chimpolo - Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola.

A prestação de cuidados conta com três níveis hierárquicos (ANGOLA, 1992):

- O primeiro nível (cuidados Primários de Saúde), composto pelos postos, centros de Saúde, hospitais municipais, são o primeiro ponto de contato da população com o Sistema de Saúde;
- O nível secundário ou intermediário, representado pelos hospitais gerais, de menor complexidade, vinculados ao nível provincial; sendo referência para as unidades de primeiro nível, e
- O nível terciário, representado pelos hospitais de referência diferenciados e especializados, com vínculo ao nível nacional, é referência para as unidades sanitárias do nível secundário.

Esta rede é coordenada por uma Equipe de Gestão Sanitária, responsável pelas funções de Planificação e Gestão, incluindo: gestão financeira, gestão de pessoal, obtenção e gestão de equipamentos, medicamentos e consumíveis, organização da supervisão e monitorização de procedimentos, coordenação intrasetorial, cooperação intersetorial (OLIVEIRA, 2010)¹².

Apesar dessa proposta de estruturação prevista em lei, a prestação de serviços continua aquém do esperado e se estima que apenas cerca de 30 a 40% da população tenha acesso aos serviços de saúde (VICENTE *et al.*, 2016)¹³.

Segundo o relatório do MINSA denominado "Contribuição do setor saúde para o Plano Nacional de Desenvolvimento 2018-2022" do ano de 2016, a rede pública de saúde era constituída por 3.023 unidades sanitárias, sendo 2.120 postos de saúde, 700 centros de saúde, 145 hospitais municipais 46 hospitais provinciais e 12 hospitais centrais (ANGOLA, 2016).

Em entrevista à revista Prêmio em 2021, Carolina Cerqueira, então ministra de Estado de Angola para a área social, referiu que a rede sanitária do País contava, na época, com 3.164 unidades sanitárias, sendo 13 hospitais do nível nacional, 32 especializados, 18 provinciais, 166 municipais, 10 privados não lucrativos (Hospitais Missionários), 105 centros Materno-infantis, 640 centros de saúde e 2.180 postos de saúde (CERQUEIRA, 2021).

¹² Miguel dos Santos de Oliveira - Angolano, médico e Doutor em Saúde Pública pela ENSP

¹³ Maria Teresa Conceição Vicente - Ministério da Saúde de Angola

Percebe-se então que mesmo que com passos curtos, há um esforço no sentido da ampliação da rede sanitária; esta proposta faz parte do Plano Integrado de Intervenção nos Municípios (PIIM) cujo objetivo é materializar ações de Investimento Públicos, de Despesas de Apoio ao Desenvolvimento (DAD) e de Atividades Básicas, com prioridade para as ações de carácter social, de modo a inibir o êxodo rural e promover o crescimento econômico, social e regional mais inclusivo no País, promovendo a descentralização ao nível dos municípios (como investimentos em infraestrutura, realização frequente de concursos públicos) (PIIM, 2020).

Jaca e colaboradores (2022)¹⁴ corroboram esse fator ao constatarem que fazem parte das estratégias de fortalecimento dos sistemas de saúde ações como, desenvolver e melhorar a infraestrutura de saúde, investir e incentivar a força de trabalho em saúde (investimento em cursos técnicos e universidades devidamente equipadas) e reduzir despesas de pessoas carentes (como a coparticipação, reduzir impostos e despesas de saúde, integrar setores privados e públicos).

Os postos de saúde prestam serviços que compõem a estratégia dos cuidados primários de saúde (consulta pré-natal, planejamento familiar, seguimento à criança, vacinação, consultas de pediatria, consultas de adultos, curativos e distribuição de medicamentos), exceto o atendimento ao parto (QUEZA, 2010)¹⁵.

O centro de saúde possui estrutura física maior do que o posto de saúde e dispõe de atendimento 24 horas, além de serviços de parto e laboratório (FULEVO, 2011)¹⁶. Já os Centros de Saúde de Referência possuem menos de 30 leitos enquanto os Hospitais Municipais possuem mais de 30 leitos e ambos oferecem serviços de radiologia, parto, internação, Centro de Aconselhamento e Testagem Voluntária, centro nutricional suplementar, diagnóstico e tratamento da hanseníase e da tuberculose (FULEVO, 2011)¹⁶.

¹⁴ Anelisa Jaca - Cochrane, África do Sul, Conselho sul-Africano de Pesquisa Médica.

¹⁵ Armindo José Queza - angolano, médico e mestre em medicina.

¹⁶ Tando Fulevo: angolano, Mestre em saúde pública - Servidor do MINSA

O setor privado lucrativo se concentra nos principais centros urbanos e o acesso aos cuidados de saúde é limitado devido à necessidade de custeio financeiro. Já o setor privado não lucrativo, essencialmente ligado a entidades religiosas e Organizações Não-Governamentais, tem a prestação de cuidados voltada para as camadas mais vulneráveis das áreas suburbanas e rurais (MASSECA, 2011)¹⁰.

4.1.3 Financiamento do Sistema de Saúde

Segundo o “Relatório Síntese sobre a Situação Financeira de Angola” de 2012, os principais métodos de financiamento da saúde em Angola são: público, privado e externo (ANGOLA, 2012). A Lei n.º 21-B/92 estabelece a participação de terceiros no financiamento dos cuidados de saúde, bem como a coparticipação do cidadão nos custos da saúde (ANGOLA, 1992).

O Decreto n.º 180/10 preconiza que o Orçamento Geral do Estado (OGE) é o instrumento do Governo para financiar os cuidados de saúde, que deve ter por referência a estimativa das necessidades feitas e tanto quanto possível o valor per capita em valores recomendáveis para os países com nível de desenvolvimento que se assemelha ao de Angola.

O Ministério da Saúde é o maior responsável pelo financiamento dos serviços de saúde. Entretanto, envolve também a participação de outros ministérios como Planeamento, Ministério das Finanças (alfândegas) e do Comércio (ANGOLA, 2010a). O financiamento público é essencialmente constituído pela contribuição sobre impostos, exportações, consumo e importação (Estado) e seguro social, para cidadãos trabalhando em determinadas empresas públicas ou privadas (ANGOLA, 2012).

O relatório síntese sobre a situação financeira da saúde em Angola de 2012 aponta que segundo os dados do Sistema de Gestão Financeiro do Estado do Ministério das Finanças, nos últimos 5 anos a proporção que o OGE dedicada à saúde teve uma variação entre 4 – 8% do total do orçamento. Outro relatório do MINSA de 2016 denominado “Contribuição do setor saúde para o Plano Nacional de Desenvolvimento 2018-2022” corrobora esse dado, apontando que nos últimos 10 anos a percentagem do Orçamento Geral do Estado alocada ao setor saúde subiu de 4,65% em 2006, para 8,38% em 2009, tendo reduzido para uma percentagem na altura de 4%.

O mesmo relatório aponta também que em 2008, na Conferência de Ouagadougou, Angola subscreveu o compromisso de criar um ambiente favorável ao aumento dos recursos destinados para o setor da saúde, de modo a elevá-los progressivamente a pelo menos 15% do Orçamento Nacional (ANGOLA, 2016). O setor da saúde observou aumentos progressivos ao longo dos últimos cinco anos, especificamente nos últimos três anos, o OGE teve para saúde a proporção de 4,99%, 5,6% e 9,4% respectivamente. Neste, a saúde pertence ao setor social, que envolve também setores como a Educação, Saúde, Habitação e Serviços Comunitários e a Proteção Social; para o ano de 2023, a perspectiva é de 43,5%, um aumento de 33,4% face ao de 2022. Especificamente para saúde há a fatia de 1339,3 milhões de kwanzas, é a unidade monetária de Angola. 1 real equivale a 100,26 kwanzas, (cotação de 25/04/2023) equivalentes a 12,1% da despesa fiscal e 6,7% sobre a despesa total, com uma variação de 45,1% 2023 vs 2022 (ANGOLA, 2022).

O financiamento privado ocorre por prêmios de seguro privado e pagamentos diretos. As famílias contribuem para o financiamento da saúde por pagamentos ou pré-pagamentos diretos (seguro), mas o valor ainda é desconhecido (ANGOLA, 2012). O “Estudo da comparticipação dos Utentes nas Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde de 2005”, feito pelo Gabinete de Estatística e Planeamento do MINSa, mostrou que a coparticipação dos usuários não motivou um aumento dos recursos públicos para os cuidados de saúde primários (ANGOLA, 2005). Esse método se mostrou como mais um dos obstáculos ao acesso aos cuidados de saúde, sobretudo para as camadas mais vulneráveis, considerando a elevada taxa de desemprego da população angolana e o baixo poder aquisitivo do salário (QUEZA, 2010)¹⁵.

4.1.4 Política Farmacêutica em Angola

A Política Nacional Farmacêutica elaborada em junho de 2005 e aprovada em março de 2010, intitulada como Bases Gerais da Política Nacional Farmacêutica (ANGOLA, 2010b) é a principal referência para o setor farmacêutico no país.

Seu objetivo geral consiste em garantir o abastecimento do país com medicamentos essenciais seguros, eficazes e de qualidade, de assegurar a permanente disponibilidade e acessibilidade de medicamentos essenciais a toda a população, com melhores preços, promovendo o uso racional dos mesmos, tanto

pelos prescritores, como pelos dispensadores e também pelos consumidores (ANGOLA, 2010b).

Os objetivos específicos da política estão divididos em três domínios, nomeadamente: saúde, económico e desenvolvimento nacional. No domínio da saúde, são estabelecidos os seguintes objetivos (ANGOLA, 2010b):

1. Assegurar a qualidade, a eficácia e a segurança dos medicamentos comercializados no país;
2. Garantir a disponibilidade e acessibilidade dos medicamentos a toda a população;
3. Promover o uso racional dos medicamentos via formação contínua, adequada dos quadros que procedem à prescrição e dos que procedem à dispensação de medicamentos e realizar atividades de informação e educação da população na área da saúde;
4. Servir de instrumento para a resolução dos problemas prioritários definidos no quadro da política nacional de saúde;
5. Melhorar a qualidade do serviço assistencial público.

No domínio económico, os objetivos específicos são (ANGOLA, 2010b):

1. Assegurar mecanismos racionais e transparentes de aquisição de produtos farmacêuticos evitando o esbanjamento de recursos financeiros;
2. Adequar o custo dos medicamentos e dos tratamentos a realidade nacional, quer seja no setor público, como no setor privado;
3. Promover a integração e complementaridade das intervenções no domínio do abastecimento de medicamentos;
4. Orientar o aproveitamento racional dos recursos técnicos, financeiros e outros disponibilizados no âmbito da cooperação internacional.

Já para o domínio do desenvolvimento nacional estão estabelecidos os seguintes objetivos específicos (ANGOLA, 2010b):

1. Melhorar a competência técnica dos profissionais da área da farmácia;
2. Integrar no conteúdo dos cursos de formação de todos os técnicos de saúde os princípios fundamentais da política nacional farmacêutica;
3. Apoiar e promover o desenvolvimento da produção farmacêutica nacional.

O processo de provisão de medicamentos está estruturado em três níveis (SPS, 2010):

a. Nível Central: Constituído pelo Programa Nacional de Medicamentos Essenciais, criado para prover os medicamentos essenciais na rede primária de saúde, e responsável pelo abastecimento dos depósitos provinciais;

b. Nível Provincial: Representado pelos Depósitos Provinciais de medicamentos que abastecem as unidades sanitárias dos cuidados primários e os hospitais provinciais e municipais;

c. Nível municipal: Onde estão as unidades sanitárias que atendem diretamente o público.

Ao longo dos anos a área farmacêutica experimentou algumas fases em seu desenvolvimento. Em 2000 foi criada a Direção Nacional de Medicamentos e Equipamentos (DNME), responsável pela elaboração de leis e decretos relacionados à assistência farmacêutica ao nível nacional e subordinada ao Ministério da Saúde de Angola (ANGOLA, 2000). Outro órgão importante no processo de logística de medicamentos foi a Central de Compras e Aprovisionamento de Medicamentos e Meios Médicos (CECOMA), criada em 2011, responsável pelos processos de programação, seleção, aquisição, distribuição e manutenção de meios médicos e não médicos (ANGOLA, 2011).

Atualmente a regulamentação e o controle da área farmacêutica são de responsabilidade da Agência Reguladora de Medicamentos e Tecnologias de Saúde (ARMED), um estabelecimento público com personalidade e capacidade jurídicas dotada de autonomia administrativa, patrimonial e financeira, encarregado de desenvolver ações de regulação, regulamentação, orientação, licenciamento, fiscalização e controle das atividades no domínio dos medicamentos de uso humano e das tecnologias visando garantir a sua qualidade, eficácia e segurança.

Com a criação da ARMED, foram extintas todas as agências relacionadas ao setor farmacêutico e abarcou todos os setores existentes nelas. A agência surgiu como resposta na busca por se adequar à lei modelo da União Africana sobre regulação dos produtos farmacêuticos de 2016.

Com estas entidades houve um avanço no processo de acesso a medicamentos já que foi criada a lista de medicamentos essenciais (Anexo 4), fator-chave na seleção de medicamentos e no sistema de abastecimento de medicamentos. Segundo Wannmacher (2006), uma lista de medicamentos promove disponibilidade, acesso, sustentabilidade, qualidade e uso racional de medicamentos. A última atualização da lista nacional de medicamentos essenciais foi publicada em 2021.

4.2 POLÍTICA DE SAÚDE NOS PAÍSES AFRICANOS

Apresentar um sistema de saúde que seja para todos os indivíduos e que estes possam usufruí-lo de forma acessível, com qualidade, gratuidade e eficácia deve ser uma aspiração dos líderes governamentais. Nos países africanos, contudo, muitos são os desafios que se colocam e vêm dificultando esse processo, dentre eles podemos citar a influência do ocidente, que desde os primórdios vem se apropriando dos finitos recursos advindos do continente africano, mas pouco se propõe a estabelecer parcerias que possam propiciar crescimento e independência local. Atrelado a isto, temos um continente com uma enorme carga de doenças transmissíveis (tuberculose, malária) e não transmissíveis (diabetes, doenças cardíacas), com transições demográficas e epidemiológicas acentuadas; tendo um sistema de saúde deficiente, com pouco investimento e consequente desenvolvimento de recursos insuficientes; e, como resultado, os sistemas de saúde africanos não conseguem responder aos desafios a eles impostos (quer os antigos como os novos), ocasionando um retrocesso em direção à cobertura universal em saúde (ADEBISI *et al.*, 2022)¹⁷.

¹⁷ Yusuff Adebayo Adebisi. Nigeriano - Foco Global de Saúde para África, Abuja, Nigéria - departamento de farmácia clínica e administração de farmácia, faculdade de farmácia, universidade de Ibadan, Nigéria.

Um dos exemplos que pode se dar quanto à fragilização dos sistemas de saúde são às doenças classificadas como tropicais negligenciadas e infecciosas (DNTs), gargalo que se mostra com pouca capacidade de resolução ao longo dos tempos, são um grupo de enfermidades que vem assolando os países em desenvolvimento ao longo dos anos. Segundo a OMS mais de cem milhões de pessoas sofrem com alguma DTNs e o continente africano conta com mais da metade dessa carga. Estas afetam particularmente populações negligenciadas e em situação de pobreza e de vulnerabilidade, afetando assim diretamente a capacidade laboral e participativa das pessoas na comunidade.

Ao longo dos anos, a OMS vem criando estratégias de enfrentamento para este grupo de doenças e as atualizando conforme a evolução da ciência e tecnologia; em 2021, publicou um guia com propostas-chave para estas doenças tendo em vista o período de 2021-2030 (WHO, 2021).

Muitas destas doenças são evitáveis quando se adotam medidas conjuntas como investimentos no saneamento, controle de vetores, o correto destino dos resíduos sólidos bem como a drenagem das águas pluviais (MITRA, MAWSON, 2017)¹⁸. É de se observar que os tratamentos e a prevenção dessas doenças têm custos relativamente baixos para os cofres públicos, reforçando a necessidade de investimentos de forma assertiva e contínua, uma vez que uma população saudável influencia diretamente no crescimento do país nos demais setores.

¹⁸ Amal K. Mitra e Anthony R Mawson: Departamento de Epidemiologia e Bioestatística, Escola de Saúde Pública, Universidade Estadual de Jackson - EUA

Em um estudo sobre percepções e perspectivas das comunidades sobre sistemas de saúde na África, os entrevistados definiram saúde como “bem-estar físico, mental, emocional, espiritual, social e econômico”, conceito este que é mais abrangente (OMS, 2012). Atualmente, cada vez mais vem se trabalhando no conceito de saúde para extrapolar o conceito do “completo bem-estar físico ” como propunha a definição da OMS na constituição de 1946. A Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 instituiu o direito à saúde como um bem essencial a todo indivíduo (BABAR, ZAHEER-UD-DIN, 2017)¹⁹ e no Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais de 1966, o direito à saúde foi ratificado como direito humano fundamental.

O direito à saúde inclui serviços básicos de saúde preventiva, curativa e tratamento adequado de doenças prevalentes (ONU, 2005). Deste modo, os países assumiram o compromisso de envidar esforços para a garantia à saúde seguir sendo pautada como um aspecto fundamental na garantia da dignidade humana.

Uma causa que pode interferir no desenrolar dos serviços de saúde é o pouco investimento em produção científica para a região africana de baixa e média renda. Há uma escassez de estudos voltados com propósito de contribuir com o acervo literário local: ações, propostas, organizações desde às menores até de grandes dimensões; as intervenções não são documentadas e por isso não se sabe como o sistema de saúde se organiza.

Vieira (2022)²⁰ fez uma análise comparada de modelos de organização da assistência farmacêutica na atenção ambulatorial, onde convencionou utilizar dados de países de renda média e alta, para os quais houvesse facilidade no acesso a documentos que descreviam os seus serviços de saúde. Desse modo, ficaram de fora países africanos de baixa e média renda devido à escassez de documentos sobre a oferta de serviços de saúde em seus contextos, a baixa disponibilidade de medicamentos essenciais ou a falta de informação a esse respeito, pois isto os caracteriza como tendo uma organização da assistência Farmacêutica incipiente, portanto, com maiores dificuldades para se estabelecer análises robustas e muitas vezes necessárias.

¹⁹ Zaheer-Ud-Din Babar: Professor in Medicines and Healthcare, University of Huddersfield, United Kingdom

²⁰ Fabiola Sulpino Vieira - brasileira, Doutorado em Saúde Coletiva

Outro exemplo que tornou manifesto o abismo entre os sistemas de saúde africanos e as demais regiões foi a pandemia da COVID-19. Enquanto os países tidos como desenvolvidos tiveram acesso às vacinas disponíveis no mercado de forma imediata e vacinaram sua população quase na sua totalidade, os países africanos atingiram a marca de 7% de vacinados até dezembro de 2021. A coisificação continua quando depois desse cenário as barreiras sanitárias impostas por estes países eram direcionadas majoritariamente para impedir que pessoas advindas daquele território tivessem acesso à Europa e América, apesar da OMS incentivar a solidariedade entre os países e assistência àqueles com sistemas de saúde mais debilitados, de igual modo, às doações direcionadas a estes muitas vezes constituíam de vacinas com prazo de validade curto (NARANJO, 2021; ANDES-SN, 2022). Assim, a crise sanitária revisitou as desigualdades existentes no mundo à medida que o maior contingente de mortes foram pessoas pobres, mulheres e pessoas racializadas como não brancas (SILVA, 2020)²¹.

Conforme dados do Centro para Controle e Prevenção de Doenças da União Africana, atualmente o continente africano conta com 17,6% de cobertura vacinal (CDC ÁFRICA, 2022). A pandemia trouxe então um cenário que agravou a situação da falta de acesso aos medicamentos e, simultaneamente, reforçou a prerrogativa de como é essencial ter um sistema de saúde preparado para emergências sanitárias e como é crucial haver comunicação entre os demais setores da sociedade (FREDERICK; OUTI, 2018²²; FAIVA *et al.*, 2021²³; UWIZEYIMANA *et al.*, 2021²⁴).

²¹ Karine de Souza Silva - Professora dos Programas de Pós-graduação em Direito e em Relações Internacionais da Universidade Federal de Santa Catarina. Doutora e Mestre em Direito Internacional pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

²² Ahen Frederick - Departamento de Marketing e Negócios Internacionais, Universidade de Turku - Finlândia; Salo-Ahen Outi - Laboratório de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Ciências e Engenharia, Universidade Åbo Akademi, Turku, Finlândia

²³ Edward Faiva - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade Ahmadu Bello, Zaria, Nigéria

²⁴ Theogene Uwizeyimana - Departamento de Saúde Pública, Universidade de Ruanda, Kigali.

Em entrevista ao portal da Fiocruz, em 2021, o pesquisador do Centro de Relações Internacionais em Saúde (Cris/Fiocruz) para Assuntos sobre a África e para a Cooperação África e Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), Augusto Paulo Silva, afirmou que durante a pandemia às dificuldades estavam para além da vacina, portanto, era necessário “ver as muitas Áfricas que existem, não generalizando um continente com 55 estados” (SILVA, 2021). Essa constatação se aplica a todos os momentos, como um continente onde cada região possui suas particularidades, experimentar esse olhar holístico facilita no processo de identificação e formulação de propostas de intervenção.

Nessa perspectiva, o processo de formulação de políticas intersectoriais é essencial na busca pelo alcance da cobertura universal em saúde. Agyepong e Adjei (2008)²⁵ fizeram um estudo de caso sobre a criação e implementação da política de saúde no Gana onde constataram que existe uma relação direta entre o estabelecimento de políticas e fatores externos como atores-chaves envolvidos no processo e aspectos culturais. Jaka e colaboradores (2022)¹⁴ corroboram esse fato, afirmando que o devido apoio financeiro às pessoas que usam os serviços de saúde, a melhoria na cobertura populacional e na cobertura dos serviços de saúde são fatores que influenciam diretamente na cobertura universal em saúde.

Países com características econômicas parecidas podem apresentar semelhanças na política e serviços farmacêuticos, assim, por exemplo, países de renda alta e média têm questões como aquisição, distribuição, financiamentos semelhantes, já aqueles de renda baixa e média, geralmente têm pouca capacidade de responder à crescente carga de doenças crônicas e não transmissíveis, por isso, a necessidade de políticas que façam frente a esse problema (KAPLAN *et al.*, 2017)²⁶.

²⁵ Irene Akua Agyepong - Serviço de Saúde, Diretoria Regional de Saúde de Accra - Gana.

²⁶ Warren Kaplan - Centro Colaborador da OMS para Política Farmacêutica, Centro para Saúde e Desenvolvimento Global, Escola de Saúde Pública da Universidade de Boston - EUA

No estudo comparativo de Rusakaniko e colaboradores (2019)²⁷ sobre pesquisa em saúde em países africanos pertencentes à OMS nos anos de 2014 e 2018, os autores identificaram que de maneira geral, houve um progresso significativo nos sistemas nacionais de pesquisa em saúde. O grupo de países de renda alta e média alta está constituído por 7 países nomeadamente: Angola, Botswana, Gabão, Mauritânia, Namíbia, Seychelles e África do Sul. Destes, Angola e Botswana mostraram uma queda nos indicadores, implicando um retrocesso ou estagnação na proposição de desenvolvimento dos sistemas de saúde, que pode ser explicada pelo financiamento e recursos humanos insuficientes capazes de articular questões como pesquisa e educação em saúde, além da dependência de doadores internacionais.

Adebisi e colaboradores (2022)¹⁷ identificaram que apesar de os governos africanos assumirem que o acesso a medicamentos bem como aos serviços de saúde de forma acessível é um direito humano imprescindível, todavia há pouca evidência que demonstram que estes vêm envidando esforços para tornar esse direito real. Desse modo, o olhar fragmentado é uma característica particular destes. Chuma e Okungu (2011)²⁸ observaram que no Quênia a fragmentação concernente ao processo de financiamento do sistema de saúde foi um entrave para atingir às aspirações dos acordos internacionais e que para a formulação, implantação e estabelecimento de políticas de saúde considerar questões administrativas tanto quanto às operacionais e financeiras é crucial para se obter êxito.

A fragmentação afeta de maneira direta a prestação de serviços, especificamente na Atenção Primária à Saúde, considerada a porta de entrada dos serviços de saúde; ocasiona um grande *déficit* no acesso aos cuidados básicos de saúde, questões como a localização, distribuição das unidades prestadoras de serviços que em sua maioria acabam se concentrando nos grandes centros urbanos, o que leva ao distanciamento daqueles nas zonas rurais, sendo uma proporção considerável na realidade africana (ADEBISI *et al.*, 2022)¹⁷.

²⁷ Simbarashe Rusakaniko - Departamento de Medicina Comunitária, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade do Zimbabué

²⁸ Jane Chuma - Economista de Saúde Sênior no Banco Mundial Quênia - Universidade da Cidade do Cabo; Vincent Okungu - Universidade de Nairóbi - Escola de Saúde Pública.

Nos países africanos que passaram por conflitos armados, o caminho a ser percorrido em melhorias que não só se relacionam aos sistemas de saúde, mas que pressupõem uma reestruturação completa da sociedade é longo e cheio de desafios; ações como incentivo à descentralização e financiamento reverberam em melhorias significativas ao sistema (CHOL CHOL *et al.*, 2018)¹¹.

Apesar de os desafios serem inúmeros e as perspectivas, eventualmente, demonstrarem um caminhar a passos curtos, é possível ver um horizonte de transformações. Ao longo dos anos há autores que têm se debruçado na pesquisa sobre os sistemas de saúde nos países africanos, bem como há propostas de intervenções.

Como referenciado neste texto, os governos têm demonstrando proposição de melhoria dos serviços de saúde com assinatura de acordos bilaterais, como exemplo temos a criação da Agência Africana de Medicamentos, uma proposta da União Africana cujo objetivo é implementar processos regulatórios de forma simplificada.

Além disso, a proposta objetiva também o fortalecimento de parcerias confiáveis e responsáveis com organizações público-privadas; o investimento na área de indústria farmacêutica com ênfase no fabrico local e a identificação das fortalezas que cada região oferece, de modo a trabalhá-las de forma direcionada como o desenvolvimento de pesquisas em fitoterapia, desse modo o desenvolvimento de políticas farmacêuticas combinada com estratégias de saúde pública e instituições de pesquisa, culminaria em técnicas inovadoras que favorecem o acesso a medicamentos de forma eficaz (FREDERICK; OUTI, 2018²²; RUSAKANIKO *et al.*, 2019²⁷; ADEBISI *et al.*, 2022¹⁷).

Os sistemas de saúde em países africanos, em sua maioria, estão aquém do desejado, considerando que o estado de saúde está atrelado ao desempenho dos sistemas de saúde, é necessário um olhar atento ao que se entende por saúde e o que se vive no cotidiano. Entre os anos de 2012 a 2015 a esperança de vida saudável, entendida como os anos que uma pessoa espera viver em perfeita saúde, teve uma média crescente nos países africanos, sugerindo uma tendência positiva na saúde e bem-estar (OMS, 2018). Porém, atualmente, em função dos 2 anos de pandemia de COVID-19 que o mundo enfrentou, em especial o continente africano pela escassez generalizada de recursos, este cenário certamente teve seus retrocessos e perdas em vários indicadores.

Cabe destaque para uma doença, a malária, que apesar de ser alvo de grandes investimentos e pesquisas, por isso não considerada negligenciada, constitui um grande calcanhar de Aquiles e é um grave problema de saúde pública nos países africanos, com altas taxas de mortalidade. Segundo dados da OMS, a cada minuto uma criança morre na África em razão da malária (WHO AFRICA, 2015).

O continente africano tinha a meta de erradicar a malária até 2030, mas conforme o relatório do progresso da malária de 2021, esta meta continua longe de ser alcançada. Foi constatado que em 2020, o continente apresentou 96% do total de casos de malária (232 milhões) e 98% das mortes, sendo que 80% destas mortes foram crianças menores de 5 anos e se observou aumento nestes indicadores em relação ao ano anterior. Este aumento como todas as inconsistências ou estagnação dos sistemas de saúde e não nessa época, teve reflexo da pandemia de Covid-19, pois houve um redirecionamento dos recursos e financiamentos voltados para tentativas da resolução da pandemia com conseqüente atraso/estagnação nos demais setores. Desse modo, as agências internacionais vêm articulando projetos e propostas para impulsionar ações direcionadas de forma coordenada, para estimular a manutenção daquelas intervenções sem detrimento do que surgir como emergência de saúde pública (UA, 2021).

Conforme a OMS, uma boa saúde e bem-estar está diretamente relacionada a fatores como uma maximização de vida saudável, a minimização da exposição aos fatores de risco a favor da saúde e do bem-estar e da minimização dos problemas evitáveis induzindo saúde precária e/ou óbitos (OMS, 2018). Uma forma de materializar o compromisso com a saúde é a busca pela implantação da cobertura universal de saúde cujo objetivo é garantir que todas as pessoas tenham acesso aos serviços de saúde sem dificuldades financeiras para pagá-los. Esta tem como base a universalidade (garantia de acesso a todo ser humano) e a sustentabilidade (planificações a longo prazo). Isso significa que os países precisam acompanhar o progresso não apenas em toda a população nacional, mas em diferentes grupos promovendo e protegendo os direitos humanos.

4.2.1 Acesso a medicamentos como Direito à Saúde

Ao refletir sobre saúde, pode-se associar de imediato a capacidade de exercer as atividades básicas do dia a dia sem dificuldades, quer aquelas que envolvem esforço físico ou ainda as mais simples, como caminhar com a criança até o parquinho mais próximo de sua residência, ou ler um livro que goste sentado em um jardim com tranquilidade. Desse modo, a compreensão do que seja saúde pode se modificar ao longo do tempo e não é estática, se modifica entre os sujeitos e os grupos os quais esses fazem parte. Logo dependerá do local onde vivem, da classe social a que pertencem, de suas concepções científicas, religiosas e filosóficas, e de suas percepções particulares sobre o que é doença, o que é cura, o que é medicina, ou ainda, o que é saúde (ANDRADE, 2016).

Os direitos humanos são normas que regem o modo como os seres humanos vivem em sociedade e entre si, bem como sua relação com o Estado e as obrigações deste, desse modo, de jeito nenhum um deve violar o direito do outro. São interdependentes e garantidos por leis internacionais, nacionais e regionais (HOGERZEIL, 2006)²⁹.

O Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais dá ênfase para o domínio da saúde, nele os Estados reconhecem o direito de toda pessoa ao gozo do mais alto padrão possível de saúde física e mental e se comprometem com a criação de condições que assegurem a todos os indivíduos o acesso aos serviços de saúde e atendimento médico em caso de doença também incorporaram o direito à saúde nas suas constituições (PEREHUDOFF; ALEXANDROV; HOGERZEIL, 2019a³).

²⁹ Hans Hogerzeil - Medicamentos, Políticas e Padrões - Organização Mundial da Saúde, Suíça.

O acesso a medicamentos essenciais é uma das prerrogativas importantes para a garantia da cobertura universal de saúde uma vez que a saúde é um direito humano fundamental e o acesso aos cuidados de saúde inclui os medicamentos essenciais. Essa garantia é reforçada à medida que as partes se empenham em diminuir as discrepâncias na oferta dos serviços de saúde ao mesmo tempo que invistam, com recursos suficientes em ações como: o incentivo à ciência, à tecnologia, à inovação, à afirmação de políticas públicas centradas na defesa da vida e integradoras (PORTUGAL; BERMUDEZ; DOS SANTOS, 2022). Portanto, o correto acesso a estes pode solucionar diversos problemas de saúde, aumentando assim a qualidade de vida dos indivíduos (OMS, 2012).

Os medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de cuidado de saúde da população (WANNMACHER, 2006³⁰). A primeira lista de medicamentos essenciais data de 1977 quando a OMS e países membros propuseram auxiliar na sua elaboração. A publicação reforçou a recomendação da elaboração e implementação de políticas farmacêuticas que traduziriam os requisitos para o uso dos medicamentos dentro do sistema de saúde promovendo sempre o uso racional dos mesmos (BABAR, ZAHEER-UD-DIN, 2017).

Características como disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade influem diretamente na garantia do acesso a medicamentos e na qualidade dos serviços de saúde ofertados à população (SOARES, 2013³¹). Em um estudo com enfoque em acessibilidade e financiamento de medicamentos, Pehudoff (2020) refere que segundo a Comissão Lancet sobre Políticas de Medicamentos Essenciais, as principais barreiras ao acesso universal a medicamentos essenciais são: a acessibilidade aos medicamentos, o financiamento sustentável, a qualidade dos medicamentos, o seu uso racional, pesquisa e o desenvolvimento dos medicamentos necessários.

³⁰ Lenita Wannmacher - brasileira. Profa adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, da Universidade de Passo Fundo.

³¹ Luciano Soares - Professor Adjunto do Departamento de Ciências Farmacêuticas na UFSC. Pesquisador membro do Grupo de Pesquisa em Políticas e Serviços Farmacêuticos. Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica - Associação de IES (Polo UFSC)

Oliveira e colaboradores (2016)³² apresentam um modelo teórico onde o acesso a medicamentos depende da interação entre quatro dimensões, sendo que cada uma delas possui seus determinantes e sobre estes é possível propor intervenções:

1. Disponibilidade física: se refere a relação entre o tipo, qualidade e quantidade de medicamentos necessários pelos usuários e aqueles disponíveis para oferta;
2. Capacidade aquisitiva: se refere a relação entre os preços dos produtos e serviços e a capacidade que o usuário tem de pagar por eles;
3. Acessibilidade geográfica: se refere a relação entre a localização dos serviços e medicamentos e a localização do usuário;
4. Aceitabilidade: se refere à relação entre as características pessoais e práticas dos provedores e as atitudes e expectativas dos usuários.

Uma política nacional de medicamentos é essencial na garantia do acesso a medicamentos, uma vez que propicia expressar e priorizar as metas, a médio e longo prazo, estabelecidas pelo governo para o setor farmacêutico e identificar as principais estratégias para alcançá-las. Permite também, identificar os vários atores responsáveis pela implementação dos principais componentes da política e oportuniza criar fóruns para discussões que viabilizem a avaliação e monitoramento do processo (OMS, 2012).

O guia da OMS denominado *How to develop and implement a national drug policy* apresenta os componentes chaves que devem fazer parte de uma Política Nacional de Medicamentos. Através deste, vários países aderiram e se propuseram ajustar suas legislações. Hoebert e colaboradores (2013)³³ identificaram que, ao longo dos anos, houve um aumento no número de políticas de Medicamentos, porém os países considerados de baixa e média renda vêm mostrando maior dificuldade no processo de criar e materializar a política, apesar de terem sido os primeiros a adotar a lista da OMS.

³² Equipe Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), Brasil

³³ Joelle Hoebert. Divisão de Farmacoepidemiologia e Farmacologia Clínica, Instituto de Ciências Farmacêuticas de Utrecht - Holanda

No estudo sobre política farmacêutica em países com sistemas de saúde desenvolvidos, Patel e Mashingia (2017)³⁴ identificaram que nos países parceiros da África Oriental (Burundi, Quênia, Uganda, Ruanda e Tanzânia) a evolução no setor ainda é tardia e faltam mecanismos reguladores e de fiscalização tanto regionais como nacionais. Pois se observa que o processo de formulação destas políticas é complexo e requer que se considere a realidade de cada local, assim, o processo de formulação da política é tão importante quanto a sua adoção, e devem ser criados mecanismos que coloquem todos os atores envolvidos, bem como um adequado processo de monitoramento e avaliação (BIGDELI *et al.*, 2013³⁵; HOEBERT *et al.*, 2013³³).

Isso posto, estudos relacionados à definição de políticas que assegurem o acesso a medicamentos em todos os momentos, em quantidades adequadas, nas formas farmacêuticas apropriadas, com qualidade garantida e informação adequada, e a um preço que o indivíduo e a comunidade possam pagar precisam mostrar com objetividade o processo a que determinado território se submeteu ou se propõe investir, demonstrando suas forças e fragilidades de forma que se possa em cima deles fazer a proposição de ferramentas para reafirmação das forças e combustível para os desafios a serem enfrentados e melhorados (PEREHUDOLF *et al.*, 2020).

Porém, a complexidade envolvendo o assunto constitui um desafio na proposição de teorias ou modelos que auxiliem na compreensão de um sistema de saúde e mais especificamente da política farmacêutica considerando haver uma interseccionalidade entre áreas; em especial nos países africanos de baixa e média renda onde se encontra o maior contingente de população pobre e em condição de vulnerabilidade, com restrições financeiras sérias, que leva a oferta de serviços insuficientes (JACA *et al.*, 2022¹⁴).

³⁴ Aarti Patel PhD - Direito à Saúde e Desenvolvimento, Reet - Bélgica; Jane Masshingia - Unidade de Medicamentos e Segurança Alimentar, Arusha - Tanzânia;

³⁵ Aliança para Políticas de Saúde e Pesquisa de Sistemas, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça.

Essa complexidade se estende nos estudos relacionados a barreiras no acesso a medicamentos, onde ainda há uma resistência em se considerar os medicamentos para além de insumos e às políticas muitas vezes não os consideram como bens essenciais. Yamin e Maleche (2017)³⁶ referem que uma abordagem baseada nos direitos humanos é fundamental para o alcance da cobertura universal em saúde, pois esta propicia orientar análises e políticas, legislação, programação, avaliação e monitoramento, enquanto leva ao empoderamento dos usuários para cumprirem suas obrigações e reivindiquem seus direitos.

No entanto, há uma lacuna entre a retórica que se tem sobre a importância dos direitos humanos e o alcance da cobertura universal à saúde e o que se observa na prática. Diversos estudos sobre a implementação da cobertura universal em países africanos têm sido realizados, resultando em indicadores importantes sobre a situação dos serviços de saúde. Entre as fortalezas se identificou o apoio político, financeiro e liderança efetiva na condução das pesquisas, como barreiras se identificou questões socioculturais, recursos humanos insuficientes e inadequados (NNAJI *et al.*, 2021)³⁷. Desse modo, a concretização da abordagem baseada nos direitos humanos, inclui o compromisso no fortalecimento do sistema de saúde, particularmente no nível primário, onde a maioria dos serviços são oferecidos em países em desenvolvimento (CHAPMAN; FORMAN; LAMPREA, 2015)³⁸.

³⁶ Alicia Ely Yamin. Direito e Saúde Global, Escola de saúde pública de Harvard, Boston - EUA; Painel de Responsabilidade Independente do Secretário-Geral da ONU para a Estratégia Global, Nova York - EUA; Allan Maleche - Rede de Questões Éticas e Jurídicas do Quênia, Genebra - Suíça

³⁷ Chukwudi A. Nnaji - Cochrane África do Sul, Conselho Sul-Africano de Pesquisa Médica, Cidade do Cabo, África do Sul; Escola de Saúde Pública e Medicina Familiar, Universidade da Cidade do Cabo - África do Sul

³⁸ Audrey Chapman - Universidade de Connecticut; Lisa Forman - Universidade de Toronto; Everaldo Lamprea - Universidade Los Andes

A proposição de estudo de Perehudoff e colaboradores (2019a)⁴ surge da constatação dessa escassez de estudos relacionados a medicamentos e/ou aos serviços de saúde que considerem como métrica os direitos humanos, em especial o direito à saúde. O foco de pesquisa geralmente é em um ou outro componente, assim alguns se propõem estudar como se dá o financiamento, outros como ocorre o processo de cobertura dos serviços, quais serviços são ofertados para população, como ocorre o processo de pagamento (A.ADDAE-KORANKYE, 2013³⁹; LIU; GALARRAGA, 2017⁴⁰; MOYE-HOLZ *et al.*, 2017⁴¹; YFANTOPOULOS. CHANTZARAS, 2018⁴²).

Os autores (PEREHUDOFF, ALEXANDROV, HOGERZEIL, 2019b) desenvolveram um primeiro estudo considerando a legislação de 16 países sobre acesso a medicamentos na perspectiva do direito à saúde em 2018, onde constataram que princípios como a cooperação internacional são quase ausentes, enquanto outros como cobertura para pessoas vulneráveis e financiamento são mais frequentes. Já no estudo de 2019 (PEREHUDOFF, ALEXANDROV, HOGERZEIL, 2019c), que considerou 71 países observaram que o guia da OMS, publicado em 2001, sobre componentes de uma política de medicamentos auxiliou muitos países na criação das políticas locais. De maneira geral, as políticas dão mais ênfase na seleção de medicamentos e custo-efetividade; alguns princípios como direito legal à saúde, financiamento, gastos eficientes com saúde e proteção financeira de populações vulneráveis foram sendo mais destacados depois de 2004. Os princípios definidos pelo estudo permitem abordar potencialmente a desigualdade no acesso a medicamentos essenciais, fator que vem ganhando espaço apenas na atualidade, mas foi deixada à parte durante muito tempo.

Desse modo, a abordagem baseada nos direitos permite uma reorientação nos debates de saúde pública e garante subsídios que podem ser usados como base para criar, avaliar leis e políticas bem como alinhamento constante e ininterrupto destas com os direitos humanos e o acesso universal a medicamentos.

³⁹ A.Addae-Korankye, Departamento de Gestão e Administração Pública, Universidade central de Accra - Gana

⁴⁰ Yao Liu - Escola de Medicina Warren Alpert da Universidade de Brown, Providence - EUA; Omar Galárraga - Escola de Saúde pública da Universidade Brown, Providence - USA

⁴¹ Daniela Moye-Holz- Departamento de Medicina Comunitária e Ocupacional, centro médico universitário de Groningen - Holanda

⁴² John Yfantopoulos; Athanasios Chantzaras - Escola de Economia e Ciências Políticas, Universidade Nacional de Atenas - Grécia.

4.3 ABORDAGEM SOCIOTÉCNICA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A compreensão sobre a formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas que materializam o acesso a medicamentos é de difícil medida e deve envolver ações não isoladas, mas coordenadas. A busca por modelos explicativos que auxiliam no estudo enquanto considerem as particularidades de cada contexto vem sendo uma busca constante dos pesquisadores.

A abordagem sociotécnica é uma proposta com a premissa de responder nessa busca por uma compreensão dos serviços de saúde considerando pessoas, processos, direitos e tecnologias; pode ser entendida como aquela que busca integrar a parte técnica e social (BAXTER, SOMMERVILLE, 2011⁴³).

Nasce no ramo industrial, porém ao longo do tempo, foi sendo aplicável em várias esferas. Tem sido uma ferramenta útil em estudos de tecnologia de informação em saúde reverberando em ganhos significativos (SITTIG; SINGH, 2010⁴⁴; MEEKS *et al.*, 2014⁴⁵; VARGENS, 2014⁴⁶), bem como, em estudos sobre serviços farmacêuticos (SZEINBACH *et al.*, 2007⁴⁷; HARVEY *et al.*, 2015⁴⁸; LORENZONI, 2019⁴⁹; BERNARDO; SOARES; LEITE, 2021⁵⁰).

⁴³ Gordon Baxter; Ian Sommerville - Escola de Ciência da computação, Universidade de St. Andrews - Reino Unido

⁴⁴ Dean Sittig - Escola de Ciências da Informação em Saúde da Universidade do Texas; Hardeep Singh - Centro Médico de Assuntos e Seção de Pesquisa de Serviços de Saúde, Departamento de Medicina, Houston - Texas

⁴⁵ Derek Meeks - Faculdade de medicina de Baylor, Departamento de Medicina de família e Comunidade, Houston - Texas, EUA

⁴⁶ Jose Muniz Da Costa Vargens - brasileiro, doutor em saúde pública e engenharia elétrica

⁴⁷ Divisão de Prática e Administração Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, Universidade Estadual de Ohio - EUA

⁴⁸ Jasmine Harvey PhD - Departamento de Atenção Primária à saúde, Universidade de Oxford - Reino Unido

⁴⁹ Andriago Antonio Lorenzoni - brasileiro, mestre em Assistência Farmacêutica pelo Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Santa Catarina.

⁵⁰ Noemia Liege Maria Cunha Bernardo - brasileira, doutora em farmácia pela universidade federal de Santa Catarina; Luciano Soares e Silvana Nair Leite - docentes e membros do Grupo de Pesquisa em políticas e Serviços Farmacêuticos da Universidade Federal de Santa Catarina.

Foi usada para fazer um diagnóstico sobre a organização das políticas e serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde em um município brasileiro, onde os autores concluíram que a tratativa sobre políticas e serviços farmacêuticos no âmbito municipal é um processo complexo e a proposição de intervenções deve ser feita de modo sistêmico, evitando assim a fragmentação (BERNARDO; SOARES; LEITE, 2021⁵⁰). Davis e colaboradores (2014)⁵¹ referem que a abordagem sociotécnica tem o potencial de proporcionar uma visão holística dos problemas ou desafios da sociedade em geral à medida que se propõe a direcionar um olhar ampliado promovendo o aumento do alcance das aspirações desejadas e consequentemente gerando um impacto significativo na sociedade.

Mengiste (2010)⁵² utilizou essa abordagem ao estudar os desafios que influenciaram na transição para um novo sistema informatizado nos sistemas de informações em saúde na Etiópia, ali, identificou que vários fatores influenciaram diretamente o sucesso da proposta, dentre eles os culturais, infraestrutura, mão de obra qualificada e gestão eficiente. Para tanto, é fundamental a adaptação de estratégias capazes de responder aos desafios do contexto em questão.

Portanto, o presente estudo propõe compreender como se dá o acesso a medicamentos em Angola, usando como base a perspectiva de acesso aos serviços de saúde da OMS com adaptações que consideram as particularidades do território. Se pretende ao final do estudo compreender o funcionamento da assistência farmacêutica, quais as implicações sobre o que o Estado tem feito e deixado de fazer ao longo dos 20 anos do cessar-fogo, quais são os impactos da criação e implementação das políticas de saúde na prestação dos serviços farmacêuticos e o acesso aos medicamentos, com base nisso, fazer reflexões que reverberem como contributo para o país em especial na área de produção acadêmica, que possui literatura escassa sobre o assunto.

⁵¹ Centro sócio-técnico, Escola de Negócios da Universidade de Leeds - Reino Unido

⁵² Shegaw Anagaw Mengiste - Universidade de Oslo- Departamento de informática, Norway

5 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva com abordagem qualitativa envolvendo um estudo de campo e análise documental.

A pesquisa qualitativa valoriza a descrição e a explicação dos fenômenos investigados a partir de entrevistas e observações (POUPART, 2019) e busca compreender o conhecimento a partir da concepção particular dos atores envolvidos (TOMBOLATO; SANTOS, 2020). Segundo Minayo (2014), a pesquisa qualitativa se propõe a compreender os aspectos de pesquisa em sua dimensão sociocultural, e pode ser expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações e comportamentos, também se propõe a interpretar os significados dos fenômenos inseridos em contextos naturais.

A técnica de levantamento de dados incluiu dados primários e secundários realizada por meio de pesquisa documental e entrevistas com atores-chave.

5.1 PESQUISA DOCUMENTAL

A fim de conhecer e descrever o funcionamento do Sistema de Saúde e a organização da Assistência Farmacêutica em Angola foi realizada uma busca de documentos e legislação em sites ministeriais e institucionais, como o Ministério de Saúde de Angola (MINSa) e da Ordem dos Farmacêuticos de Angola (OFA). Tal busca incluiu literatura cinza ou não convencionais, que segundo Botelho e Oliveira (2015) é a informação não comercializada, como documentos de trabalho, relatórios de estudos ou de pesquisas, teses etc. obtidos na pesquisa de campo e por meio de atores-chave.

Também se buscou em materiais administrativos, legislativos, publicações institucionais de organizações (inter)nacionais, governamentais e não governamentais relacionados ao objeto de pesquisa, usando uma combinação dos termos: Acesso a medicamentos, Assistência Farmacêutica, Sistemas de saúde, Política Nacional de Medicamentos, Angola.

5.2 PESQUISA DE CAMPO - ENTREVISTAS E PESQUISA OBSERVACIONAL

As entrevistas abertas ou semiestruturadas objetivam identificar a percepção individual dos atores (LAKATOS; MARCONI, 2010), e possibilitam, também, vislumbrar novas perspectivas, interpretações e percepções distintas sobre a mesma realidade, como complemento à análise documental (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Foram realizadas 12 entrevistas no período de julho a agosto de 2019 nos municípios de Lobito e Catumbela, na província de Benguela, com servidores da Secretaria Provincial de Saúde de um município de Angola alocados em diferentes setores e com hierarquias diferenciadas. Foram utilizados os seguintes critérios para a seleção dos entrevistados:

1. Dirigentes e profissionais dos departamentos da Delegação Provincial da Saúde ou a ele relacionados, que têm como atribuições ações ligadas o provisionamento de medicamentos (Central de Compras de Medicamentos e Provisionamento, Direção Nacional de Medicamentos Essenciais, Departamento Farmacêutico);
2. Especialistas que atuam (ou atuaram) no setor farmacêutico;
3. Diretor Provincial da Ordem dos Farmacêuticos em Angola na província de Benguela;
4. Prováveis atores indicados por informantes no setor.

Por conta da diversidade dos sujeitos, foram aplicados roteiros de entrevista diferenciados, respeitando as especificidades do cargo do entrevistado (Apêndice 1), sendo:

- Roteiro 1: aplicado a dirigentes e profissionais dos departamentos da Delegação Provincial da Saúde ou a ele relacionados, que têm como atribuições ações ligadas ao provisionamento de medicamentos
- Roteiro 2: aplicado a trabalhadores do Centro de Saúde
- Roteiro 3: aplicado ao Diretor Provincial e a Ordem dos Farmacêuticos

Para melhor compreensão, foi realizada uma pesquisa observacional, onde a pesquisadora acompanhou os entrevistados por cerca de 100 horas, com registro da observação em diário de campo. Foi realizada observação complementar durante o mês de dezembro de 2022 nos ambientes dos serviços de saúde de Benguela e Luanda. Por meio do diário de campo, foram registrados os eventos da observação e

a progressão da pesquisa, além de análises do pesquisador sobre os acontecimentos presenciados (GIL, 2014). No decorrer do período de observação, os termos técnicos utilizados no roteiro de entrevista foram ajustados para melhor adequação ao que se desejava perguntar, adaptando-os ao idioma local.

5.3 REFERENCIAL PARA ANÁLISE DOS DADOS

A análise utilizou uma combinação de três referências: (1) o estudo comparativo denominado “O direito à saúde como base para a cobertura universal de saúde: uma análise transnacional das políticas nacionais de medicamentos de 71 países” de Perehudoff, Alexandrov e Hogerzeil (2019a)⁴; (2) o modelo da OMS denominado “Pilares de Construção do Sistema de Saúde” (WHO, 2009) e (3) o referencial dos sistemas sociotécnicos (BERNARDO; SOARES; LEITE, 2021).

O estudo comparativo coletou, descreveu e avaliou legislações sobre acesso a medicamentos de 71 países tendo como base uma estrutura normativa de 12 pontos/princípios tendo como ênfase políticas de sistemas de saúde sob o olhar dos direitos humanos (direito à saúde), identificados da seguinte forma (PEREHUDOFF, ALEXANDROV E HOGERZEIL, 2019a)⁴:

- Identificação, nas políticas existentes, aquelas que consideram o acesso a medicamentos essenciais como obrigação central e dever do Estado;
- Extração dos princípios relevantes das políticas para a garantia do acesso a medicamentos essenciais sob a perspectiva dos direitos humanos;
- Elaboração/definição da lista por dois autores que selecionaram os princípios;
- Revisão posterior da lista por três especialistas em direito à saúde e políticas farmacêuticas para garantir sua correta definição, aplicabilidade e abrangência.
- Elaboração de um instrumento de avaliação para acesso a medicamentos essenciais na legislação, contendo 12 princípios distribuídos em três domínios conforme descrito no quadro 1.

O modelo da OMS considera as múltiplas interações e relações entre as categorias identificadas como pilares dos sistemas de saúde, e como cada um afeta e é afetado pelo outro, constituindo assim um sistema de saúde completo. Estes pilares, são descritos como: entrega de serviços, força de trabalho, informação em

saúde, tecnologias médicas, financiamento em saúde, e liderança e governança (WHO, 2009). Serve então como uma ferramenta para compreender o sistema de saúde de determinado local, bem como as repercussões das intervenções a ele direcionadas para a melhoria do estado de saúde da população atingindo a cobertura universal à saúde.

Achoki e Lesego (2017)⁵³ usaram este modelo como referência em um estudo qualitativo realizado em Botswana que propôs a implementação de reformas no financiamento à saúde para promover o acesso a medicamentos; os pesquisadores concluíram que apesar de o financiamento ser um pilar essencial na garantia do acesso a medicamentos, é necessária uma visão integral do sistema de saúde, seus componentes e aqueles a quem ele é destinado (a sociedade civil).

Visando propiciar um olhar holístico e que considere todas as nuances envolvidas no processo da criação, implementação, avaliação e monitoramento das políticas públicas em território angolano, sob o horizonte do direito à saúde, utilizaram-se como balizamentos o modelo sociotécnico, uma proposta de estudo que vem sendo utilizada pelo grupo de pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina). Este, pressupõe que em um processo de trabalho com fatores internos e externos intimamente conectados, os aspectos sociais são tão importantes quanto os sociais. Desse modo, tratá-los em separado resulta num olhar fragmentado (BERNARDO; SOARES; LEITE, 2021⁵⁰; LORENZONI, 2019⁴⁹).

Uma descrição completa pode ser observada na tabela abaixo (Quadro 1). Considerando a individualidade do local de pesquisa proposto, esses princípios foram adaptados conforme necessidade.

⁵³ Tom Achoki - Departamento de Saúde Global, Universidade de Washington, Seattle - EUA; Centro de regulação e política farmacêutica, Universidade de Utrecht - Holanda; Abaleng Lesego - iniciativa de saúde da escola de medicina da universidade de Maryland Baltimore, Gaborone - Botswana

Quadro 1. Acesso a medicamentos na perspectiva do direito à saúde e dos serviços farmacêuticos

Domínio 1 - Direitos e obrigações legais, se baseia no compromisso e dever do governo com a população¹.	
PRINCÍPIO	DESCRIÇÃO
Direito à saúde incluindo medicamentos essenciais ¹	Direito ao mais alto padrão de saúde alcançável.
Obrigações do Estado de fornecer medicamentos essenciais ¹	Obrigações principais de fornecer medicamentos essenciais definidos pela OMS.
Domínio 2 - Boa governança, se refere a como os Estados devem agir para garantir o acesso a medicamentos^{1,2}.	
PRINCÍPIO	DESCRIÇÃO
Transparência	Inclui informações para avaliar o acesso e a cobertura dos serviços e informações sobre preços de medicamentos disponíveis publicamente.
Participação e consulta	É necessária a colaboração e responsabilização de todos os intervenientes dos sistemas de saúde e a consulta das partes interessadas.
Monitoramento e avaliação	Alcançado por meio de um compromisso explícito do governo e pode ser feito por meio de pesquisas baseadas em indicadores e avaliação de impacto independente.
Responsabilidade e reparação	Responsabilização de todos os agentes dos sistemas de saúde por suas atribuições, bem como a garantia de estruturas de políticas estratégicas combinadas com supervisão eficaz, formação de coalizões, prestação de contas, regulamentos e incentivos.
Domínio 3: implementação técnica pressupõe medidas para atingir os objetivos do governo.	
Seleção de medicamentos essenciais ¹	Inclui o conceito de medicamentos essenciais, procedimentos para definir e atualizar a(s) lista (s) nacional(ais) de medicamentos essenciais, critérios explícitos e baseados em evidências que incluem custo-efetividade e mecanismos de seleção; se refere também ao dever de adotar medidas legislativas, administrativas, orçamentárias e outras adequadas ao máximo de seus recursos disponíveis para que todos tenham acesso aos medicamentos essenciais.
Financiamento ^{1,2,3}	Se refere ao financiamento adequado e mobilização de todos os recursos públicos disponíveis, bem como aumentar o financiamento para doenças prioritárias e vulneráveis para garantir que as pessoas tenham acesso aos serviços necessários.
Contribuições dos usuários ¹	O reembolso de medicamentos com taxas de utilização é uma opção de financiamento.
Assistência internacional e cooperação técnica ^{1,2}	Inclui a possibilidade de utilização de empréstimos de desenvolvimento para financiamento de medicamentos e o dever de buscar assistência internacional e cooperação técnica.

Uso eficiente dos recursos ^{1,2}	Inclui o uso eficiente de recursos e preços acessíveis por meio de: controle de preços, uma política de preços para todos os medicamentos, competição por meio de políticas genéricas e substituição, boas práticas de aquisição, negociação e formação de preços; tomar as medidas adequadas para garantir que o setor empresarial privado esteja ciente e considere a importância do direito à saúde no exercício de suas atividades; de evitar que custos excessivamente altos de acesso a medicamentos essenciais prejudiquem os direitos de grandes segmentos da população à saúde e de buscar opções de políticas de baixo custo.
Proteção financeira aos grupos mais vulneráveis ¹	Se refere a aumentar o financiamento do governo para grupos pobres e vulneráveis e reduzir o risco de gastos catastróficos em saúde. Bem como a não discriminação e atenção aos vulneráveis.
Organização dos serviços para disponibilidade ³	Se refere a prestação de serviços: incluindo intervenções de saúde pessoais e não pessoais eficazes, seguras e de qualidade, fornecidas aos necessitados, quando e onde necessário (incluindo infraestrutura), com um desperdício mínimo de recursos.
Força de trabalho / Formação acadêmica ^{2,3}	Pessoas capacitadas profissionalmente para desenvolver as ações pretendidas de forma responsiva, justa e eficiente, dados os recursos e circunstâncias disponíveis e em números suficientes
Tecnologia médica / produtos médicos, vacinas e tecnologias ^{2,3}	Inclui produtos médicos, vacinas e outras tecnologias de garantia de qualidade, segurança, eficácia e custo efetiva, bem como o uso cientificamente sólido e econômico. Uma tecnologia em saúde pode ser definida como o meio, o conhecimento e os instrumentos utilizados para produzir ações de saúde.
Cultura nos serviços e na sociedade ³	Se refere a cultura organizacional do sistema, como ele pensa e age, as crenças e valores mantidos na organização e na sociedade.

Fonte: Perehudoff, Alexandrov, Hogerzeil, 2019¹; WHO, 2009² e Bernardo, Soares e Leite, 2021³

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

Para o tratamento de dados será adotada a análise de conteúdo, compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa cujo objetivo é a busca do sentido ou dos sentidos de um documento (CAMPOS, 2004), e tem como características a objetividade, a sistematização e a inferência (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Será usada a modalidade análise interpretativa cujo objetivo é ler nas entrelinhas, permitindo reelaborar a mensagem expressa no conteúdo explícito, considerando a reflexão pessoal do pesquisador, baseada no referencial teórico, para além do óbvio (TEODORO *et al.*, 2018).

A análise interpretativa será realizada tendo como premissa o método indutivo. Esta abordagem, conforme Lakatos e Marconi (2010) visa levar a conclusões cujo conteúdo é muito mais amplo do que o das premissas nas quais se basearam. Também chamado de inferência, permite chegar a conclusões sobre algo que não se

conhece totalmente ou não foi observado, permitindo assim, uma ampliação no alcance dos conhecimentos (PRODANOV, DE FREITAS, 2013). Ainda, conforme Gil (2014, p. 11), por meio da indução chega-se a conclusões que são apenas prováveis. Se pretende então, através das entrevistas e documentos disponíveis, compreender o cenário do acesso a medicamentos considerando para além do que se lê e o que foi dito pelos atores-chave, bem como observar se as informações são corroboradas umas nas outras.

Com as entrevistas se pretende fazer uso destas de maneira a identificar no conteúdo as múltiplas dimensões que possam ser obtidas concernentes ao objeto de pesquisa, que porventura não tenham sido questionadas no momento do levantamento de dados, bem como identificar perspectivas presentes e futuras para novas abordagens de estudo, uma vez que como refere Minayo (2017), as investigações seguem e se aprofundam no futuro tanto com o pesquisador do presente como com outros pesquisadores.

Se convencionou considerar os domínios 1 e 2 como base para a análise das políticas farmacêuticas na perspectiva do direito à saúde e o domínio 3 com suas adaptações para a análise do acesso a medicamentos na perspectiva da organização dos serviços, com destaque para os serviços farmacêuticos.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e codificadas utilizando o software Nvivo®. Para garantia do anonimato na análise dos resultados, os participantes foram codificados.

5.5 ÉTICA NA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina – CEPESH/UDESC (CAAE: 11955719.30000.0118). Todos os entrevistados assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

6 RESULTADOS

O sistema de saúde angolano tem como principal característica um processo de desenvolvimento que acompanha os diferentes momentos políticos que o país experimentou (figura 4). O ano de 2010 se destaca pelas atualizações na Constituição da República, Política Nacional de Saúde e também na Política Farmacêutica. Importa referir que as legislações aqui consideradas foram todas que de alguma forma fizeram menção aos princípios adotados, independente da área.

Figura 4: Evolução do sistema de saúde em Angola



Fonte: Elaboração própria, 2023

Apesar de as legislações (Política nacional de saúde e política farmacêutica) fazerem menção de que a saúde é um direito humano fundamental e que o Estado promove e garante o acesso aos serviços de saúde, estas são condicionadas aos limites dos recursos e mediante disponibilidade. Assim, se pode inferir que o Estado não se responsabiliza por prover a sua comunidade o direito ao mais alto padrão de vida. Desse modo, todos os determinantes envolvidos neste processo como transparência, responsabilização, proteção aos mais vulneráveis, recursos humanos qualificados, incorporação de tecnologias, participação da comunidade serão deficientes e terão como resultado um sistema de saúde extremamente deficiente que influi diretamente na capacidade produtiva do país.

Foram identificadas referências a um papel regulador do Estado que começa a se organizar de forma efetiva em 2021 com a criação da ARMED, agência de regulação com a proposição de reorganizar a área farmacêutica, quer pela vigilância

em saúde, melhoria no processo da cadeia de abastecimento nacional como também nas áreas de pesquisa e parcerias para qualificação de recursos humanos. A relação dos profissionais de saúde da área farmacêutica com as legislações, também é incipiente e reforça a pouca responsabilização na prestação dos serviços em saúde e do acesso a medicamentos mais especificamente.

6.1 ACESSO A MEDICAMENTOS NA PERSPECTIVA DO DIREITO À SAÚDE

A análise dos documentos encontrados está apresentada na Tabela 2 e indica não haver referência direta, na legislação angolana, aos princípios gerais do direito à saúde, das garantias de medidas necessárias para assegurar o direito à assistência médica e sanitária e especificamente, para o acesso a medicamentos não traz elementos suficientes que caracterizem este como obrigação do Estado.

Referente ao Domínio 1 (Direitos e obrigações legais), que se baseia no compromisso e dever do governo com a população, a política nacional de saúde se refere à saúde como um direito humano fundamental e que o direito a assistência em todas as idades é garantida constitucionalmente a todo cidadão, porém, nenhum dos documentos encontrados normatiza ou explicita diretamente quem é o ente incumbido de garantir esse direito - se identifica que o Estado promove o bem-estar, promove as medidas necessárias para a elevação da qualidade de vida o que não significa uma responsabilização direta por esse processo, ou quando refere que este garante o acesso aos serviços de saúde, considera então que isto se dará nos limites **dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis**. Ou seja, o Estado se salvaguarda de ser responsável pelo mais alto padrão de vida alcançável para sociedade angolana. Dessa forma, não há evidência de garantia ao direito, pois este envolve antes de tudo questões como qualidade, acessibilidade geográfica, capacidade e quantidades de acordo às necessidades individuais.

A constituição de 2010 pressupõe que o Estado deve promover políticas, desenvolver a funcionalidade do serviço de saúde e regular a produção, distribuição, comércio e o uso dos produtos químicos, biológicos, farmacêuticos e outros meios de tratamento diagnóstico. Além disso, a política de saúde preconiza que o Estado se compromete em assegurar a disponibilidade dos recursos físicos do sistema de saúde **nos limites de suas capacidades**, ou seja, não explicita a obrigação do Estado quando diz que garante o acesso aos serviços de saúde, garante o acesso ao

tratamento medicamentoso, se tal acesso é gratuito ou é considerando a condição econômica da comunidade, por exemplo, pois serviços de saúde sem acesso a medicamentos é inócuo, muito mais em um país de baixa renda e com uma população em situação de vulnerabilidade considerável.

Referente ao domínio 2 (Boa governança), que se refere a como os Estados devem agir para garantir o acesso a medicamentos, alguns princípios são citados de forma vaga, mas não se debruçam com especificidade sobre como esse processo deve ser executado.

Em relação à transparência, existe a lei de acesso a documentos administrativos, porém este é um processo complexo e de acessibilidade dificultada, as instituições geralmente possuem um conselho fiscal que avalia as atividades e deve prestar contas às entidades superiores como, tribunal de contas, ministério das finanças e da saúde, com emissão de relatórios frequentes sobre suas atividades e gastos. Porém, esses relatórios se existem, não são públicos e de fácil acesso, de igual forma, a compreensão sobre como se dá o processo de transparência nos diversos setores é nula. A lei de probidade pública estabelece as bases e regime jurídico relativos à moralidade pública e ao respeito pelo patrimônio e possibilita reforçar a necessidade da transparência no serviço público, todavia a normatização sobre como se procede em casos de improbidade pública não foi identificada e consequentemente os dados não estão disponíveis de forma direta.

Sobre participação e consulta, a constituição da república reconhece às autarquias locais, autoridades tradicionais e outras formas de participação dos cidadãos. Legislação específica de 2018 estabelece a participação popular por meio dos Conselhos de Auscultação e Concertação Social e estes documentos referem que a organização e participação direta dessas entidades deve constar em documento próprio, porém até o momento não foi possível identificá-los .

Concernente ao monitoramento e avaliação, como nos demais princípios, é incumbido ao Ministério da Saúde a função de assegurar condições para o monitoramento e avaliação dos serviços de saúde, o que não indica responsabilização direta no processo de monitoramento e avaliação. Nos anos de 2020 e 2021 foram criadas duas agências, a Inspeção Geral de Administração do Estado com função legislativa ao nível (inter)nacional, em diferentes setores e a ARMED, agência regulatória da área farmacêutica que surge com a proposta de através do departamento de medicamentos e tecnologias de saúde e o departamento de

licenciamento e inspeção farmacêutica, legislar a produção de documentos da área farmacêutica. Além disso, possui departamentos específicos que têm como função monitoramento e avaliação (departamento de farmacovigilância, tecno Vigilância e ensaios clínicos; departamento de controle de qualidade de medicamentos e tecnologias em saúde).

Sobre o princípio da responsabilização, apesar de existir a lei da probidade pública que se refere ao exercício da função do agente público - onde este deve sempre primar pela honestidade, conforme a lei, ter zelo pela máquina pública e estar ciente que deverá ser responsabilizado pela sua gestão em todo tempo - não foi possível identificar nela, especificação detalhada e objetiva sobre as implicações envolvidas quando um ente público incorrer sobre o crime de improbidade pública.

As entrevistas corroboram a ambiguidade do que se tem como propostas legislativas para os domínios. Os atores não têm familiaridade com o conteúdo das leis vigentes do país, e suas práticas de trabalho não são baseadas nelas. Consequentemente, não se apropriam dos conteúdos e/ou ausência destes no seu dia a dia. De igual forma, identificam a ausência de uma boa governança nos serviços de saúde, com a dificuldade de identificar papéis específicos dos diversos atores e comunidade, para além da pouca responsabilização sobre as ações de cada ente e seus desdobramentos no processo do acesso aos serviços de saúde e acesso aos medicamentos mais especificamente. Assim, mesmo não tendo familiaridade com a legislação, se percebe que os atores também consideram que o Estado presta os serviços de saúde na medida de suas capacidades, ou seja, não tem a responsabilidade legal de propiciar o acesso à saúde e, mais especificamente, aos medicamentos.

Tabela 1. Análise dos princípios para acesso a medicamentos em Angola na perspectiva do direito à saúde.

Domínio 1: Direitos e obrigações legais	
1- Direito à saúde incluindo medicamentos essenciais	
Legislação	<p>CRA Art. 21, d: Promover o bem-estar, a solidariedade social e a elevação da qualidade de vida do povo angolano, designadamente dos grupos populacionais mais desfavorecidos.</p> <p>CRA: Art.77 - O Estado promove e garante as medidas necessárias para assegurar a todos o direito à assistência médica e sanitária, bem como o direito à assistência na infância, na maternidade, na invalidez, na deficiência, na velhice em qualquer situação de incapacidade para o trabalho [...]</p>
	<p>PNS (2010): A saúde é um direito humano fundamental.</p> <p>Lei de Bases do SNS: O Estado garante o acesso aos serviços de saúde a todos os indivíduos nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis</p>
Entrevistas	<p>Percebe-se que os atores não têm familiaridade com a legislação local e conseqüentemente com o que seja direito à saúde; associam que o "dar quando tem" é suficiente; e consideram acesso à possibilidade de poder comprar os medicamentos em outros locais como adequado para garantia de acesso...</p> <p>"... nós aqui quando temos, damos de forma gratuita..." (E2)</p> <p>"... as pessoas têm acesso fácil aos medicamentos porque qualquer um pode comprar..." (E2)</p>
2- Obrigação do Estado de fornecer medicamentos essenciais	
Legislação	<p>CRA: Art. 21, f: Promover políticas que permitam tornar universais e gratuitos os cuidados primários de saúde;</p> <p>CRA: Art.77, 2. Para garantir o direito à assistência médica e sanitária incumbe ao Estado:</p> <p>a) Desenvolver e assegurar a funcionalidade de um serviço de saúde em todo o território nacional;</p> <p>b) Regular a produção, distribuição, comércio e o uso dos produtos químicos, biológicos, farmacêuticos e outros meios de tratamento diagnóstico;</p> <p>c) Incentivar o desenvolvimento do ensino médico-cirúrgico e da investigação médica e de saúde.</p>
	<p>PNS (2010): O Estado é o maior importador de medicamentos;</p> <p>"... o Estado se compromete em assegurar a disponibilidade dos recursos físicos do sistema de saúde nos limites de suas capacidades..."</p>

Entrevistas	Não se percebeu um sentimento de incômodo quanto ao que o Estado oferece e o que deveria oferecer - é o que tem, sentimento de conformismo "... quem chega e encontra leva, quem não encontrar, deve dar o seu jeito, ir comprar mesmo..." (E6) "... às vezes eles dizem que atendem mais de 50 postos, por isso não chega para todos..." (E7)
Domínio 2: Boa governança	
3 - Transparência	
Legislação	Lei n.º 3/10- Estabelece a Lei da probidade Pública
	A ARMED possui um conselho fiscal que avalia toda a atividade do setor e repassa aos órgãos superiores, (o ministério das finanças e Tribunal de contas) que fazem a análise da prestação de contas; e deve apresentar relatórios mensais de seus gastos e investimentos
	Lei n.º 11/02 de 06 de Agosto de 2002 - Lei de Acesso aos Documentos Administrativos
Entrevistas	Não foram identificadas informações passíveis de serem acessadas de forma pública, os atores referem que não têm conhecimento... "...Luanda o ministério das finanças e do território nunca consegue destrinchar isso para podermos ter maior abertura ou maior cobrança com aqueles que estão a gerir o fundo com os medicamentos..." (E1)
4 - Participação e consulta	
Legislação	CRA art. 213 n 1: Autarquias locais, autoridades tradicionais e outras formas de participação dos cidadãos.
	Decreto n. 224/18: estabelece a participação popular por meio dos Conselhos de Auscultação e Concertação Social (CACS)
Entrevistas	Não foi identificada na prática do serviço de saúde, participação da população e os atores-chave não reconhecem como um processo estabelecido.
5- Monitoramento e avaliação	
Legislação	PNS: o MS deve assegurar condições para o monitoramento e avaliação dos serviços de saúde
	Decreto Presidencial n.º 242/20, de 28 de setembro - cria a IGAE - Inspeção Geral de Administração do Estado. Órgão auxiliar do Presidente da República e Titular do Poder Executivo, com a missão de Inspeccionar, fiscalizar, auditorias, supervisão, controle, sindicâncias,

	<p>averiguações em todo o território nacional e no estrangeiro, designadamente, nos sectores público administrativo e empresarial, autarquias locais e entidades equiparadas e missões diplomáticas e consulares da República de Angola.</p> <p>ARMED - Decreto 136/21: departamento de medicamentos e tecnologias de saúde, legisla a produção de documentos da área farmacêutica; Departamento de licenciamento e inspeção farmacêutica - assegurar a legalidade da atividade farmacêutica bem como dos medicamentos de uso humano, tecnologias de saúde e remédios tradicionais que circulam no país; departamento de farmacovigilância, tecno Vigilância e ensaios clínicos; departamento de controle de qualidade de medicamentos e tecnologias em saúde;</p>
Entrevistas	<p>Os atores não têm conhecimento dos mecanismos usados; não se identifica um processo contínuo.</p> <p>"... nós fazemos o relatório e distribuímos para que todos tenham noção do que se passa na província X, dai depender deles [gestão] qual decisão tomar..." (E4)</p>
6- Responsabilidade e reparação	
Legislação	Lei n.º 3/10- Estabelece a Lei da probidade Pública
Entrevistas	<p>Não fica claro se as normativas quanto à responsabilização são aplicadas e como ocorrem; pode ser explicado por não se ter definido quais as atribuições de cada instância gestora e, simultaneamente, não se tem as ferramentas para exercer um bom trabalho.</p> <p>"... não é a primeira vez que viemos aqui fazer esse trabalho, já deixamos recomendações na última vez... mas infelizmente não houve muita mudança..." (E4)</p> <p>"... não é agora porque aqui há uma ignorância, sabem que tá mal, mas fingem que não estão a ver. A ministra veio aqui duas vezes [...] E2</p> <p>"... se o diretor provincial da saúde não se interessar nessas áreas nada vai, como o nosso caso... nunca tivemos diretores provinciais interessados em fazer obras e melhorarem um pouco o aprovisionamento de medicamentos[...] E1</p>

Legenda: PF - Política Farmacêutica; SNS - Sistema Nacional de Saúde; PNS - Política Nacional de Saúde; LNME - Lista Nacional de Medicamentos Essenciais; FNM - Formulário Nacional de Medicamentos; GTN - Guia Terapêutico Nacional; MGM - Manual de Gestão de Medicamentos; ARMED - Agência Reguladora de Medicamentos e Tecnologias de Saúde; CRA - Constituição da República de Angola; OGE - Orçamento Geral do Estado

6.2 ACESSO A MEDICAMENTOS NA PERSPECTIVA DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

Sobre a organização dos serviços farmacêuticos, a Política Nacional Farmacêutica faz referência ao processo de seleção de medicamentos de forma breve - deve ter como base a lista de medicamentos essenciais da OMS, elaborada pela comissão técnica nacional de medicamentos. Destaca-se aqui que não foi encontrada referência sobre o trabalho dessa comissão ou constituição.

Esta lista deve ser atualizada a cada 3 anos (essa atualização não foi sequencial, porém sua última atualização data de 2022). Atualmente, a ARMED está incumbida de legislar todo o processo da logística de medicamentos, desde a seleção até a distribuição para as províncias (como esse processo é operacionalizado não está descrito). Como todas as agências relacionadas ao setor de medicamentos migraram para a ARMED depois da sua criação (2021), se deduz que o processo não se modificou, estando centralizado na capital (Luanda), onde as demais províncias apenas cumprem função de receber, distribuir e dispensar os medicamentos aos usuários sem nenhuma participação no processo de seleção e aquisição.

Concernente ao financiamento, a política farmacêutica refere que este deve ter como referência às necessidades dos serviços de saúde e que o valor "per capita" deve ser determinado em função de indicadores internacionais recomendáveis para os países comparáveis ao nosso.

Já a política de saúde traz que o Orçamento Geral do Estado (OGE) é o principal órgão financiador do sistema de saúde e estabelece a coparticipação dos usuários, mas, ao mesmo tempo, refere que os grupos de risco são isentos, porém, esse processo de isenção não foi identificado no dia a dia dos serviços. Além disso, não é possível identificar como o OGE é alocado, bem como quais os indicadores usados localmente para esse processo, assim a descrição de como ocorrem os desdobramentos do financiamento especificamente com medicamentos é praticamente nula. A política de saúde também preconiza o copagamento dos usuários dos serviços de saúde, e esta não descreve se há uma regulamentação específica quanto a este processo, se existe um monitoramento e avaliação quanto ao que se gasta com saúde e medicamentos ou ainda se há uma contrapartida do Estado com proporcionalidade daquilo que o usuário deve fazer parte, então, em todas

às áreas dos serviços de saúde há a necessidade de pagamento (desde tratamentos de pequeno porte como doenças agudas até cirurgias de grande porte).

Em relação aos medicamentos, estes são adquiridos em sua maioria por compra direta, quer no serviço público, quer no setor privado para uso em serviço público. De igual modo sobre a proteção financeira para grupos vulneráveis, a política de saúde refere que deve haver equidade na distribuição dos recursos e utilização dos recursos e a constituição prevê que o Estado deve promover o bem-estar e a elevação da qualidade de vida do povo angolano, designadamente dos grupos populacionais mais desfavorecidos. Isto reforça que o Estado não tem compromisso com os vulneráveis, trata-se apenas de uma declaração de intenção futura ou proposição de que assim seja.

A assistência internacional e cooperação técnica é estimulada no país, conforme a política farmacêutica as doações devem seguir critérios estabelecidos, porém não foi possível identificar quais são estes critérios para além de que, os medicamentos que entram no país devem estar dentro da lista nacional de medicamentos.

O princípio da cooperação internacional é o que os atores têm bastante familiaridade, mesmo não estando definido em normatização específica. A incorporação de tecnologias também é estimulada no país, passa por um departamento específico dentro da ARMED. É, portanto, um processo recente que vem sendo construído desde 2021 com a criação da agência.

Quanto a regulação de preços, a política farmacêutica preconiza que deve ser criada uma comissão com representantes dos diferentes órgãos e instituições (governo, usuários, distribuidoras, órgãos de defesa dos consumidores) e que o preço de medicamentos deve ser estabelecido por um despacho conjunto dos ministros da saúde e das finanças, as compras de medicamentos devem ser feitas de forma agrupada. Mas não foi identificada a normativa criada por esses órgãos para esta finalidade, assim, cada instituição pode estabelecer o preço de seu produto conforme julgar necessário, não foi possível identificar como é feito o processo de licitações e/ou compras agrupadas.

A organização dos serviços é referida na legislação da seguinte forma: o Estado é o principal prestador de serviços de saúde, a prestação de serviços é feita em 3 níveis (primário, secundário e terciário). A organização do Sistema Nacional de Saúde é tutelada pelo Ministério da Saúde e administrado ao nível de cada província pelos

delegados provinciais de saúde, ou seja, a proposta de estruturação dos serviços é centralizada com dependência ao nível da capital e pouca governabilidade ao nível municipal. Apesar de a prestação de serviços ser estabelecida por níveis, a política farmacêutica não faz menção sobre onde cada tipo de medicamento deve ser acessado e quais as diretrizes para tal (quais necessitam de retenção de receita, validade da receita, tipo de receita, quantidade de medicamentos em cada prescrição), assim, no conhecimento popular, todo medicamento é considerado de venda livre e pode ser adquirido sem necessidade de apresentação de receita mediante compra direta no setor privado.

Entre os locais para aquisição tem-se: (1) os serviços públicos, geralmente postos e centros de saúde. Nestes locais existe a prerrogativa de que tenha disponível todos os tipos de medicamentos, mas geralmente tem disponível aqueles para casos agudos como sal para reidratação, paracetamol, dipirona, sulfato ferroso devido às gestantes; estes também estão disponíveis conforme a temporalidade e capacidade dos recursos); (2) os serviços privados onde cada local determina o preço dos medicamentos que comercializa e (3) o chamado mercado informal, sendo as praças, conhecidas como feiras ao ar livre no Brasil, determinadas pessoas que vendem medicamentos em seus domicílios, onde não há exigência de prescrição e cada um comercializa nos valores que julgar adequados.

Para a garantia de recursos humanos qualificados na área farmacêutica, a legislação preconiza que o Ministério da Saúde deve implementar um plano de desenvolvimento. Só não especifica que plano é este e como deverá ser operacionalizado.

Por último, se constata que apesar de os aspectos culturais não estarem contidos na legislação como determinantes para o correto acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos mais especificamente, estes têm um papel importante na maneira como as comunidades encaram e vivenciam os serviços de saúde, pois é a cultura que os faz não crer nos serviços de saúde a medida que a precificação está estabelecida em todos os serviços, e o que se presta de atividades são de baixa qualidade, a falta de transparência e responsabilização reforça a pouca confiança da comunidade no Estado e suas proposições para a garantia da qualidade de vida.

Com as entrevistas, foi possível corroborar que os atores não têm familiaridade do que sejam os medicamentos essenciais e sua relevância para garantia da qualidade de vida. Eles reconhecem que a colaboração internacional é essencial e a

fonte de grande parte dos produtos farmacêuticos no país, mas não identificam como se dá esse processo de cooperação, de igual modo não detectam como ocorre o financiamento para aquisição de medicamentos. Reconhecem também que os serviços públicos não têm disponíveis os medicamentos para responder às necessidades da comunidade, assim sendo, são acessados em sua maioria por compra direta no serviço privado mediante a capacidade aquisitiva de cada um. Logo, quem não tiver essa capacidade não acessa.

As fragilidades do sistema de saúde se soma a pouca qualificação dos profissionais inseridos nos serviços, o alto índice de corrupção e a infraestrutura deficiente para a prestação dos serviços, passando a mensagem de que poucas são as previsões de melhoria e força de vontade para alcançar um nível de serviços pautados na humanização.

A análise detalhada com as principais referências está descrita na tabela 3

Tabela 2. Análise dos princípios para acesso a medicamentos em Angola na perspectiva dos serviços farmacêuticos

Domínio 3 - implementação técnica	
Seleção de ME	
Legislação	<p>Bases gerais da PF (Decreto 180/10)- Deve ser baseada na LNME, criada pela Comissão Técnica Nacional de Medicamentos LNME - atualizada em 2022</p> <p>ARMED (2021) - Legisla todo o processo de seleção até a distribuição; é responsável por atualizar a LNME, FNM, GTN, MGM; Departamento de comunicação, inovação tecnológica e modernização dos serviços - encarregado da informatização, modernização tecnológica, documentação, arquivo e informação.</p>
Entrevistas	<p>Os atores entendem que os ME são todos os que não estão incluídos nos medicamentos para doenças emergentes (programas);</p> <p>Lista de ME: atualizada em 2022, é usada só como referência sobre o que deve entrar de medicamento no país, é pouco conhecida pelos atores do serviço; identificam lista de medicamentos como as guias de remessa recebidas no abastecimento;</p> <p>PME: Kit de posto de saúde e kit de centro de saúde.</p> <p>Medicamentos dos programas: tuberculose, HIV, malária, saúde reprodutiva.</p> <p>"... quando o depósito nos abastece, vem junto as guias de remessa..." E7</p> <p>" ...trabalhamos com uma ficha de estoque, tudo que sai e entra está nessa ficha..." (E6)</p>
Financiamento governamental	
Legislação	<p>PNS e lei de bases do SNS: OGE é o principal órgão financiador do sistema de saúde; podem ser cobrados aos usuários taxas moderadoras (grupos de risco são isentos) - não há evidência de que os grupos de risco têm isenção nos pagamentos; o Estado pode financiar ONGs sem fins lucrativos; Co-participação dos usuários está estabelecida</p> <p>Bases gerais da PF 180/10: O financiamento dos medicamentos deve ter como referência às necessidades dos serviços de saúde; o valor "per capita" deve ser determinado em função de indicadores internacionais recomendáveis para os países comparáveis ao nosso.</p>

Entrevistas	A maioria dos atores não tem conhecimento sobre como funciona, e entendem que não é uma atribuição deles: [...] não, não sabemos como é o financiamento, eu tenho ideia de que talvez comprem [o Estado] e que os outros países doam [...]E12. [...] Com relação ao financiamento, essa é uma parte que não compete à farmácia, mas sim a área financeira, a contabilidade, então eu não tenho noção do orçamento geral para gastar-se em medicamentos e materiais gastáveis [...] E2
Contribuições dos usuários	
Legislação	PNS (2010): Podem ser cobrados aos usuários taxas moderadoras (grupos de risco são isentos) Co-participação dos usuários estabelecida
Entrevista	É reconhecido entre os atores, que a maioria dos gastos em saúde são custeados pelos usuários, seja comprando medicamentos ou correlatos. Não foi identificado algum tipo de co-participação do Estado nesse processo. “... o que tivermos vamos dar e o que não tivermos o doente precisa comprar.” (E5)
Assistência internacional e cooperação técnica	
Legislação	Lei de bases do SNS: É estimulada a cooperação com outros países Bases gerais da PF - Decreto 180/10: as doações de medicamentos devem seguir critérios pré-estabelecidos
Entrevista	Os atores têm conhecimento de que o país depende de ajuda internacional, não só na área da saúde. [...] a USAID compra e doa para o MINSA. São acordos bilaterais assinados desde 2014 entre o antigo presidente de Angola e o antigo presidente dos EUA [...] o Banco Mundial, OMS e outros parceiros também fazem doações para o governo angolano [...] E4.
Gastos eficientes e econômicos	
Legislação	Bases gerais da PF (2010): para a regulação de preços, deve ser criada uma comissão com representantes dos diferentes órgãos e instituições (governo, usuários, distribuidoras, órgãos de defesa dos consumidores) Regulamento do exercício da AF (2010): o preço de medicamentos deve ser estabelecido por um despacho conjunto dos ministros da saúde e das finanças.
Entrevista	Não foi identificado que os atores saibam de forma específica e esclarecida sobre uma política de preços, política explícita de

	<p>aquisição bem como o processo de aprovisionamento de medicamentos e bens em saúde, de igual modo não se identificou incentivo ao uso racional dos recursos.</p> <p>[...] o abastecimento não é muita coisa, são números reduzidos, então só se beneficia nas primeiras semanas que o paciente procura (E6)</p> <p>[...] somos às vezes surpreendidos, caiu qualquer coisa então, temos 1 milhão ou 2 milhões de kwanzas [moeda nacional] no armazém x, vamos até lá e levantamos o que precisamos [...] (E8)</p> <p>[...] o medicamento de origem portuguesa é muito mais caro do que o indiano[...] (E2)</p>
Proteção financeira para grupos vulneráveis	
Legislação	<p>Lei de bases do SNS (2010): preconiza que deve haver equidade na distribuição dos recursos e utilização dos recursos</p> <p>CRA - 2010: É tarefa fundamental do Estado, promover o bem-estar, a solidariedade social e a elevação da qualidade de vida do povo angolano, designadamente dos grupos populacionais mais desfavorecidos</p>
Entrevistas	<p>Não foram identificadas ferramentas para cobertura a grupos vulneráveis, e os atores não têm clareza sobre a necessidade de o Estado prover um olhar específico para esta população</p> <p>[...]carente vê-se, você pode dizer, passa no posto X ou Y para ver se tem[...] (E7)</p> <p>[...]aqui no bairro eles não compram, ficam zangados quando não tem, e me dizem para tirar o papel escrito farmácia da porta [...] (E5)</p>
Organização dos serviços para disponibilidade	
Legislação	<p>CRA (2010): O Estado tem a tarefa de efetuar investimentos estratégicos [...] na educação, na saúde, na economia primária[...]</p> <p>Lei de bases do SNS (2010): Os cuidados de saúde são prestados pelo Estado ou sob a fiscalização deste por outros agentes públicos, ou entidades privadas sem, ou com fins lucrativos; A organização do SNS é tutelada pelo MS e administrado ao nível de cada província pelos delegados provinciais de saúde</p> <p>PNS (2010): Prestação de cuidados é feita em 3 níveis (primário, secundário e terciário)</p> <p>Aquisição de medicamentos: PF- deve ser feita mediante concurso público; no processo de incentivo a produção nacional deve ter uma ação conjunta dos ministérios da saúde, finanças, comércio e indústria.</p> <p>Armazenamento: O ministério da saúde deve propiciar condições para o correto armazenamento dos medicamentos</p> <p>Dispensação: conforme a PF, as prescrições devem ter como base a Denominação Comum Internacional</p>
Entrevistas	<p>Na prática, observou-se que a população pode acessar os medicamentos da seguinte forma:</p>

	<p>ME - postos e centros de saúde e farmácias privadas</p> <p>Diabetes, HAS - compõem a lista de kit de centro e posto de saúde, porém a população precisa adquirir por compra direta no serviço privado; HIV, TB: centros de atendimento específicos (dispensários)</p> <p>Malária: centros e postos de saúde, muitas vezes adquirido nas farmácias privadas</p> <p>Saúde reprodutiva: para além de postos e centros de saúde, há nas maternidades o programa de planeamento familiar</p> <p>Distribuição: infraestrutura deficiente e carece de melhorias significativas</p> <p>[...] nunca tivemos diretores provinciais interessados em fazer obras e melhorarem um pouco o aprovisionamento de medicamentos. Então não vai para frente[...]E3</p> <p>[...]o país todo quase que não tem condições propícias para aprovisionar os medicamentos[...] E1</p> <p>[...]todo medicamento é considerado de venda livre[...], um psicofármaco, antibiótico você consegue sem receita nessas farmacinha de bairro, às vezes com um papel branco cortado em quatro que nem tem logotipo do hospital só tem o nome do paciente, sem falar da questão dos nossos vendedores ambulantes, com os medicamentos a luz do sol, expostos à poeira [...] E2</p>
Força de trabalho / Formação académica	
Legislação	Decreto 180/10 - o MS deve implementar um plano de desenvolvimento de recursos humanos qualificados para cobrir paulatinamente às necessidades das áreas-chave para a execução da PNF
Entrevistas	<p>Não há uma relação entre servidor-função, a maioria de servidores não são formados para tais funções.</p> <p>A formação local é deficiente, quanto a equipamentos e mão-de-obra local capacitada;</p> <p>"... os técnicos de farmácia são muito poucos, mas agora com as faculdades privadas, já estamos ter um bom número..." (E1)</p> <p>"... No nosso país o concurso é para técnicos de diagnóstico e terapêutica, é uma classe em que estão inseridas 25 especialidades, o que dificulta o acesso de profissões específicas..." (E2)</p> <p>"... temos pessoas que fazem trabalho de enfermagem, mas não são formados como enfermeiros, têm experiência, mas não têm capacitação e tem que adaptar-se a sua realidade. Fomos ver um posto médico que tem um único técnico desde 2017 até agora, nunca pegou férias..." (E4)</p> <p>Há parcerias internacionais para funcionários estudarem em outros países e muitos profissionais tiveram formação académica fora de Angola.</p>
Produtos médicos, vacinas e tecnologias	
Legislação	Departamento de comunicação, inovação tecnológica e modernização dos serviços - responsável pelo processo de criação, aprovação e apreciação da inserção de tecnologias no país

Entrevista	Ainda é uma intenção de desenvolvimento futuro, fruto de parcerias internacionais (dependência externa) Não há produção local de itens de saúde, tudo vem de fora quer por compra direta ou doação "... o cenário para a área da farmácia não é bom, porque precisa de condições de laboratório, pesquisa e ensino mesmo, coisas que não temos cá.... (E2)
Cultura: família, indivíduo e sociedade	
Legislação	ND
Entrevistas	A população não tem confiança no serviço de saúde - quer pelas considerações destes serviços como pelas experiências que se tem dentro deles, muitas vezes estes são a última opção de procura da população; O conhecimento popular e os tratamentos caseiros (tradicionais) são mais confiáveis que o sistema de saúde na totalidade; Existe também uma preferência por prestadores de saúde que sejam de fora (médicos cubanos, medicamentos portugueses) "... esses DIUS não precisam ser distribuídos para a população, têm que vencer aqui... temos que parar de incentivar o uso de contraceptivos e deixar às crianças nascerem... " (observação participante) "... o medicamento de origem portuguesa é muito mais caro, que o indiano... " [E2]

Legenda: PF - Política Farmacêutica; SNS - Sistema Nacional de Saúde; PNS - Política Nacional de Saúde; LNME - Lista Nacional de Medicamentos Essenciais; FNM - Formulário Nacional de Medicamentos; GTN - Guia Terapêutico Nacional; MGM - Manual de Gestão de Medicamentos; ARMED - Agência Reguladora de Medicamentos e Tecnologias de Saúde; CRA - Constituição da República de Angola; OGE - Orçamento Geral do Estado.

7 DISCUSSÃO

7.1 DIREITOS E OBRIGAÇÕES LEGAIS

7.1.1 Direito à saúde incluindo medicamentos essenciais

Em qualquer situação, independente da característica do sistema de saúde ser de acesso público, gratuito e universal ou não, a questão do acesso a medicamentos é sempre fundamental para salvar vidas e melhorar a saúde da população, portanto, o estabelecimento da política farmacêutica é crucial e indispensável.

No caso de Angola, o processo de formulação de políticas começou a ser mais bem estruturado em 2010 com atualizações importantes na política farmacêutica. No geral, as legislações têm uma lógica da garantia do direito à saúde, onde é tido como um direito abrangente a todas as camadas da população, que deve considerar sobretudo os mais vulneráveis. Contudo, a política farmacêutica tem característica predominante de regulação de mercado do que de garantia de acesso.

Estudo sobre relevância dos direitos humanos na África oriental, identificou que apesar de os países desta região terem ratificado em sua legislação o direito à saúde como um direito humano e fundamental para o alcance da cobertura universal em saúde, ainda assim, há discrepâncias entre o que propõe a legislação e o que os governos executam na prática.

O referido estudo sugere também que regiões com estas características têm grande potencial na proposição de melhorias para estes indicadores (YAMIN; MALECHE, 2017). Outro estudo de avaliação do direito à saúde em 194 países, identificou que dos que tinham dados disponíveis (184 países), 121 países não tinham reconhecido o direito à saúde em suas legislações, para Angola se identificou menção na legislação sobre reconhecimento do direito à saúde, informações em saúde, um plano nacional de saúde, mas sem referência a questão do acesso a medicamentos (BACKMAN, et al, 2008).

Apesar de fazer referência ao direito à saúde como fundamental, a legislação não cita que é dever do Estado ter ferramentas que propiciem um caminhar em direção ao direito ao mais alto padrão de vida alcançável. A descrição de promover o bem-estar e a assistência aos serviços de saúde, passa a mensagem de que este é um colaborador do processo e não o principal provedor; e quando refere que garante o acesso aos serviços de saúde tem a ressalva de **nos limites dos recursos humanos**,

técnicos e financeiros disponíveis, assim reforça a não disposição em se comprometer com a garantia do acesso eficaz capaz de impactar diretamente na qualidade de vida da comunidade.

Outro estudo sobre análise de implementação de Política Nacional de Medicamentos em 64 países com características em desenvolvimento e em transição identificou haver uma associação significativa entre ter esta política estabelecida (independentemente do seu conteúdo) e o acesso a medicamentos de forma gratuita, garantindo assim uma oferta maior

Sob essa perspectiva, Perehudoff (2020) refere que a proposição de um marco legal forte sobre serviços de saúde e acesso a medicamentos, é essencial para fornecer os meios necessários para se atingir a cobertura universal; em outro estudo sobre políticas relacionadas a medicamentos em 71 países, os autores concluíram que considerar o acesso a medicamentos como direito à saúde potencializa a discussão sobre a responsabilização dos governos com obrigações de prover acesso considerando a dignidade humana e maximização de recursos na busca por políticas eficientes (PEREHUDOFF et al., 2019a)

7.1.2 Obrigação do Estado de fornecer medicamentos essenciais

Os documentos identificados e analisados demonstram não haver referência sobre a obrigação do Estado em fornecer medicamentos (quer nas legislações vigentes ou anteriores). A política nacional de saúde refere que o Estado é o maior importador de medicamentos e que se compromete em assegurar a disponibilidade dos recursos físicos do sistema de saúde **nos limites de suas capacidades**. Isso pode apontar que para o Estado não constitui prioridade o reconhecimento do papel dos medicamentos como peça fundamental na resolutividade das questões de saúde com impacto direto na qualidade de vida da população - assim, este assume um papel limitante, se protege e se afasta da responsabilização, uma vez que ele vai prover só quando tiver capacidade. Além disso, a descrição de que este tem o papel de “Regular a produção, distribuição, comércio e o uso dos produtos químicos, biológicos, farmacêuticos e outros meios de tratamento diagnóstico” indica um papel regulador que é diferente do papel de provedor, daquele que deve criar e estabelecer condições para fornecer os medicamentos e não de forma generalizada como oferta de serviços de saúde.

Assim, a legislação não preconiza o princípio da obrigação do Estado fornecer medicamentos essenciais, isto é evidenciado no dia a dia da população, pois os medicamentos são adquiridos majoritariamente por aquisição individual mediante compra no setor privado, ou seja, quem pode pagar por estes tem acesso ao seu tratamento e necessidades em saúde e quem não pode pagar simplesmente não acessa - tornando os medicamentos inacessíveis à população.

Em um estudo sobre acesso a medicamentos no nível domiciliar, os autores referem que a inacessibilidade de medicamentos acarreta gastos de saúde significativos que levam às famílias a renunciarem a seus tratamentos para manutenção do sustento, pois muitas vezes não podem pagar por estes no setor privado (BLUM; LUIZA; BERMUDEZ, 2011). Estudo sobre disponibilidade e acessibilidade de medicamentos cardiovasculares no setor privado, determinou que até 60% das famílias em países de baixa renda e 33% em países de renda média-baixa não podiam pagar por quatro medicamentos comumente usados vendidos em farmácias privadas (KHATIB, et al, 2016).

Em um país que atualmente se caracteriza pelo número alto de doenças endêmicas, não transmissíveis, alto índice de mortalidade infantil e materna, associado ao alto número de desempregados - no censo de 2014, a taxa de desemprego era de 24% sendo que a maioria é jovem, atualmente se prevê uma taxa de cerca de 30,20% (TRADING ECONOMICS, 2023). Neste cenário a disponibilidade de medicamentos por aquisição no setor privado e sem uma regulação de preços atua como uma barreira significativa e fator limitante no acesso.

7.2 BOA GOVERNANÇA

A governança pode ser entendida como a maneira pela qual o poder é exercido na administração dos recursos sociais e econômicos de um país para produzir resultados eficazes. Para se ter uma boa governança é preciso pôr em prática os mecanismos de liderança, estratégia e controle para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão na proposição de políticas que visem a prestação de serviços de interesse para a sociedade civil (BRASIL, 2021).

Este é um processo que não envolve apenas o Estado como prestador de serviços: todos os atores envolvidos no processo de estruturação para a melhoria de determinada área da sociedade, principalmente sob o olhar de criação,

implementação e manutenção de políticas públicas que impactem no dia a dia da sociedade precisam estar cientes de que uma boa governança é essencial para se alcançar resultados na gestão pública (TEIXEIRA; GOMES 2018).

O domínio da boa governança se refere a como os Estados devem agir para garantir o acesso a medicamentos. Os princípios alocados como pertencentes para o processo da boa governança (transparência, participação e consulta, monitoramento e avaliação, responsabilização e reparação) são reconhecidos como essenciais pelas agências e associações financeiras internacionais. Estas consideram também que a boa governança é essencial para a implementação efetiva de todos os direitos humanos, incluindo a realização do direito à saúde (PEREHUDOFF, ALEXANDROV, HOGERZEIL, 2019).

7.2.1 Transparência

Na análise dos documentos, não foi possível determinar informações suficientes para avaliar o acesso e a cobertura dos serviços e informações sobre preços de medicamentos disponíveis publicamente.

A lei de acesso aos documentos administrativos, permite que qualquer cidadão acesse estes materiais mediante cumprimento de requisitos determinados que variam de local para local, e muitas vezes de gestão para gestão - porém este é um processo excessivamente dificultado e de difícil acesso, pois depende muito mais da boa vontade do gestor local do que da legislação vigente. A legislação sobre a probidade pública é de difícil compreensão, a materialização sobre como deve ocorrer os processos de responsabilização na probidade pública não são percebidos com leveza e clareza.

Em Angola, no endereço eletrônico Portal da Transparência Pública (criado em 2022 por uma instituição não governamental filantrópica) podem ser encontrados dados abertos e informações sobre a gestão do orçamento público, dados estes de acesso livre e são uma maneira de aproximar os cidadãos da máquina pública e simultaneamente que coloca sob os administradores do serviço público a necessidade de agir com parcimônia e demonstrar de forma transparente às aplicações feitas com o recurso público. Apesar destes dados, problemas com o processo de transparência são evidentes no dia a dia da gestão pública local e com o perfil do país (renda média-baixa, colonizado por europeus e com um histórico de luta armada), a corrupção

extrema é um dos problemas crônicos que inviabiliza o processo de transparência. Segundo o relatório do índice de percepção da corrupção no mundo (IPC), para o ano de 2022, a África subsaariana é a região com a menor pontuação. Este usa uma escala em que 100 significa muito íntegro e 0 (zero) significa altamente corrupto - Angola ocupa a posição 116^o com 33 pontos na escala (IPC, 2022).

Apesar de alguns dos relatórios sobre despesas, orçamentos e receitas estarem disponíveis para consulta (online), estes contêm conteúdo truncado e de difícil compreensão, assim não foi possível determinar conteúdo para se obter informações que determinem um processo de transparência eficiente - é difícil compreender como o OGE é aplicado em cada nível de atenção, quais são os critérios usados para alocar recursos e quanto de cada proporção equivale a cada unidade sanitária e/ou hospitalar.

De igual modo, não foi possível identificar como se normatiza o processo de preços medicamentos. Conforme o documento do Centro Africano para a Liberdade de Informação e fesmedia África, de 2010 a 2017 houve um aumento de 5 para 21 países africanos que promulgaram leis relacionadas a normatização do direito ao acesso à informação. Porém, quando se observa a classificação Global do Direito à Informação, muitos destes têm avaliações que evidenciam que publicar uma legislação não é suficiente para modificar determinado cenário, é preciso um processo constante de implementação, avaliação e monitoramento dos processos estabelecidos com os referidos ajustes necessários para a efetivação da proposta.

Assim, a transparência é uma característica intrínseca à boa governança, é inviável fazer separação entre o pleno exercício da boa governança sem investimento em transparência (BARBOSA, 2014). O acesso à informação constitui uma ferramenta essencial no processo de transparência, à medida que impulsiona o pleno exercício da cidadania e a formação da opinião pública democrática - promovendo participação dos cidadãos no conhecimento da realidade do Estado; aprimorando as condições de liberdade de expressão, gerando uma população informada com potencial forte para o combate de notícias falsas, aumento no alcance de notícias verdadeiras simultaneamente, propicia o controle social e institucional de problemas de interesse público, podendo ajudar a combater a corrupção, reverberando então uma governança eficaz e eficiente (QUEIROZ, 2017).

7.2.2 Participação e consulta

Apesar de a legislação preconizar a participação da população nos diferentes processos de gestão pública, não foi identificado indícios desta participação na organização dos serviços de saúde, bem como no processo de acesso a medicamentos; há participação de representação internacionais, consideradas atores-chave e formuladores de políticas, reforçando o caráter dependente do país na ação externa e pouco reconhecimento das potencialidades locais que possam ser identificadas. Estudo sobre acesso universal na região oriental da África, determinou que os gestores destes países não demonstraram abertura para uma participação cidadã significativa na definição de prioridades (YAMIN; MALECHE, 2017).

Uma vez que a participação ativa da comunidade na gestão pública implica em fiscalização e cobrança pelas ações propostas, em um cenário de corrupção extrema como o do país, é evidente que não é interesse da gestão essa efetivação da comunidade, pois pressupõe transparência, exercício da cidadania - assim, o dia a dia da comunidade é dificultado em todos os sentidos, ao mesmo tempo que não se estimula a participação, os usuários são reprimidos com força e brutalidade quando exigem participação na gestão pública (NDOMBA, 2022; JOSÉ, 2021).

7.2.3 Monitoramento e avaliação

As parcerias internacionais frequentemente elaboram documentos norteadores com propostas para melhorar os serviços de saúde, porém a execução destes depende da ação ativa e crítica dos entes públicos. São realizadas visitas periódicas aos depósitos de abastecimento provincial, por uma equipe especializada com representação de ONGs que apoiam o setor farmacêutico e representantes diretos da área farmacêutica - são realizados relatórios técnicos onde são descritas as orientações e recomendações para o serviço.

“... não é a primeira vez que viemos aqui, portanto nós fazemos o relatório e distribuimos para que todos tenham noção do que se passa na província x o y, daí depende deles qual decisão tomar...” E1

“... não é agora porque aqui há uma ignorância, sabem que tá mal, mas fingem que não estão a ver. A ministra veio aqui duas vezes...” E2

O processo de acatar às recomendações depende da gestão vigente, porém muitas das melhorias identificadas dependem de ações ao nível central (Minsa), sendo de difícil manejo, a menos que todo o serviço de saúde considere essencial a garantia de acesso a medicamentos de forma eficaz. Porém, as propostas legislativas sobre monitoramento demonstram que, na prática, é uma proposição a ser realizada dentre as propostas de ação da ARMED como agência reguladora do setor farmacêutico, portanto pelos documentos analisados não se tem clareza sobre como este processo irá ocorrer. Não se pode afirmar que existe um compromisso explícito do governo com o processo de monitoramento e avaliação - ao longo do período de observação, se identificou que os atores não identificam essa prática como parte do cotidiano do serviço.

7.2.4 Responsabilidade e Reparação

A lei da probidade pública, preconiza que o servidor público deve primar pela transparência, boa governança e exercer com zelo às funções a ele atribuídas. Na prática dos serviços não se tem um processo ativo de responsabilização. A prestação de contas é um processo que ocorre às escuras e os atores referem que esta não existe na dinâmica de serviço.

“...Luanda, o ministério das finanças e do território nunca consegue destrinchar isso para podermos ter maior abertura ou maior cobrança com aqueles que estão a gerir o fundo com os medicamentos...” E2

Assim, a falta de incentivo, da criação de regulamentos específicos para este processo e a impunidade, além de contribuir como barreira de acesso aos medicamentos, desestimulam aqueles que desejam desenvolver um trabalho de excelência.

7.3 SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS

A seleção é a etapa inicial e pode ser considerada o eixo das ações do ciclo de assistência farmacêutica, pois todas as subseqüentes irão decorrer baseadas na lista elencada (MARIN et al., 2003). De igual modo é o primeiro passo para a efetiva implantação de uma política de medicamentos essenciais e consiste em selecionar os

medicamentos com base em fatores como perfil epidemiológico, segurança, eficácia, qualidade, evidências científicas, custo, vantagens terapêuticas e de comodidade para o usuário (WANNMACHER, 2006), proporcionando ganhos terapêuticos e econômicos (MARIN et al., 2003).

Existe a nível nacional, uma Lista de medicamentos essenciais, onde os medicamentos são apresentados por categoria, função e nível de atenção (disponíveis nos postos de saúde, centros de saúde e ao nível hospitalar). Portanto, esta segue o modelo recomendado pela OMS. A última versão desta foi aprovada e publicada em 2021 - esse processo também contou com ajuda externa:

“... Nós [USAID] fomos os que também trabalhamos [na lista, juntamente com os técnicos do MINSA em outubro de 2018 foi concluída [...]] E4

A lista pode ser acessada com facilidade em sites institucionais (Ordem dos Farmacêuticos Angolanos, MINSA, ARMED) e não institucionais. Esta apresenta os medicamentos agrupados por nome genérico, classe farmacológica e locais de acesso como posto, centro de saúde e hospital (Anexo 4). No entanto, pode-se perceber que os profissionais na sua maioria não têm clareza sobre a existência da lista e o seu conteúdo. Quando questionados sobre a existência da mesma, identificavam as guias de remessa (notas fiscais) como sendo a lista de medicamentos oficial da unidade sanitária, outros referem não haver lista ou caso haja não estar em uso e ser desconhecida, outros associam os kits como sendo a lista de medicamentos da unidade sanitária.

Em uma fala especificamente pode-se perceber com clareza como se organiza a lista de medicamentos no país:

[...]existe uma lista nacional já aprovada no país, que define as normas em relação às encomendas: só pode ter no país os medicamentos que constam nesta lista, não está particularizada com base nos dados epidemiológicos [...]existe também a lista de kits de medicamentos essenciais, aprovados pela OMS para centros, postos de saúde e unidades sanitárias desta categoria com médicos, mas também estão dentro da lista nacional [...]] E1.

Segundo o Programa Nacional de Medicamentos Essenciais, na atenção primária, a seleção de medicamentos é feita de forma centralizada a nível do Ministério da Saúde de duas maneiras: medicamentos pertencentes aos programas e os medicamentos essenciais. Os medicamentos pertencentes aos programas como tuberculose, malária, saúde reprodutiva, nutrição, HIV são os que recebem maior ênfase ao nível nacional, conforme observação em campo e visitas aos depósitos de

medicamentos, esse fator pode ser explicado por serem aqueles que recebem maior financiamento externo. Os medicamentos pertencentes ao Programa de Medicamentos Essenciais são distribuídos por via de kits, e têm como vantagens a facilidade na distribuição, no armazenamento, no transporte e na segurança dos medicamentos e como desvantagens o maior custo na embalagem e em perdas por sobra de medicamentos em algumas apresentações (FULEVO, 2011).

Os informantes relatam a existência de 3 tipos de kits, a saber: kits de posto de saúde e de centro de saúde, contendo medicamentos a serem utilizados pelos técnicos de enfermagem das referidas unidades sanitárias e o kit complementar para uso exclusivo dos médicos. A distribuição desses kits é feita de forma centralizada, tendo em conta o planejamento mensal que considera o número de consultas realizadas pelos prescritores em cada unidade sanitária.

[...] há um padrão para os centros e postos de saúde, eles trabalham com kits, mas já há muito tempo que não vêm esses kits[...]E6

Na prática diária, a população entende que precisa adquirir esses medicamentos essenciais mediante compra direta no setor privado, principalmente aqueles usados no tratamento das DCNTS e alguns dos programas como malária e saúde reprodutiva. Em casos de internação (hospitalar ou centro de saúde), com frequência a população precisa arcar diretamente com os custos desse momento, isto inclui correlatos (como luva, gaze, curativos, seringas, agulhas).

Assim, o processo de seleção de medicamentos está aquém do desejado, a lista de medicamentos não tem a atualização periódica, é de caráter informativo apenas, todavia mais do que isso, não foi possível determinar se a elaboração desta considera dados epidemiológicos, se são baseados em evidências e, além disso, uma vez que estes medicamentos não estão disponíveis para acesso público e gratuito como refere a legislação (ainda que de forma vaga), se pode inferir que até o momento não há adoção de medidas legislativas, administrativas, orçamentárias para o uso dos recursos disponíveis (que não são poucos) para que todos tenham acesso aos medicamentos essenciais. Além disso, os atores reconhecem que é uma questão de identificar os pontos fortes e desenvolvê-los, pois recursos se tem disponível.

“... A princípio para melhorar, tem que se criar uma política séria porque nós não podemos brincar com distribuição na área farmacêutica, porque um erro nosso pode prejudicar muita gente e não fazer compras por interesse, quer dizer eu vou comprar aquilo vou ganhar mais, é aquilo que vou levar para o Minsa para eu ganhar mais, se trabalharmos ainda nesse sentido vamos

prejudicar a população, a princípio é a cadeia de distribuição tem que melhorar muito..” E3

7.4 ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PARA DISPONIBILIDADE

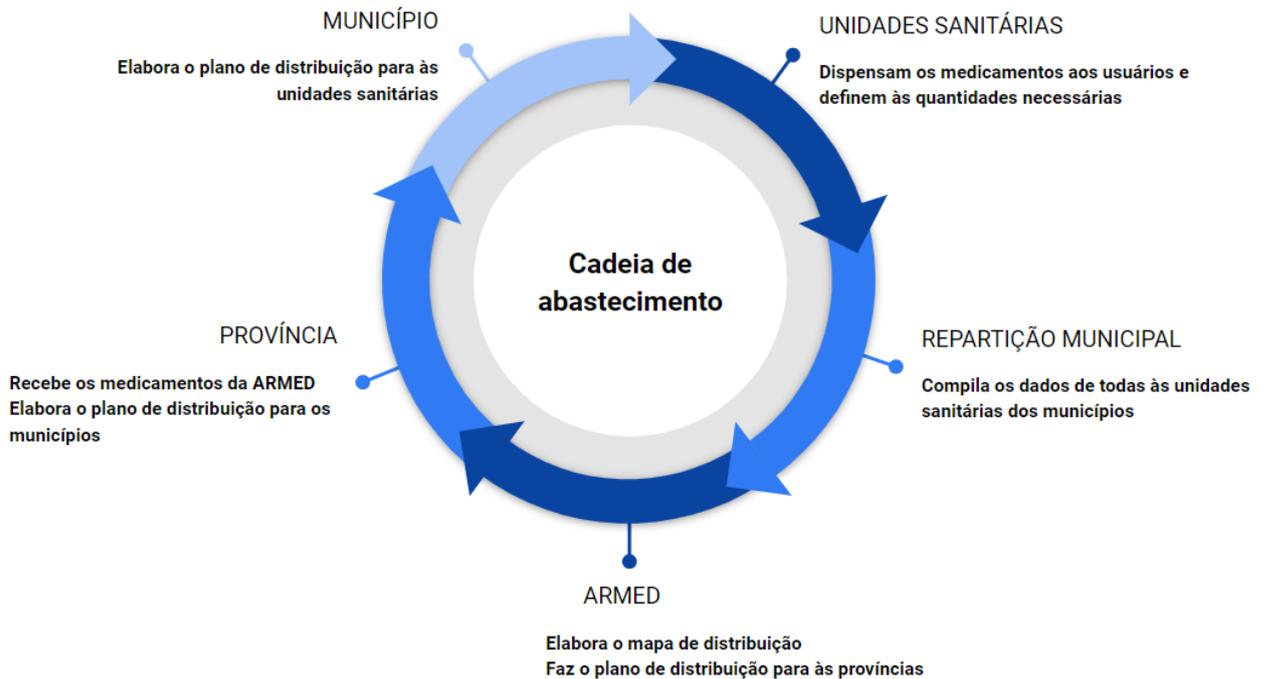
7.4.1 Programação de medicamentos

A programação de medicamentos consiste em estimar as quantidades dos medicamentos previamente selecionados a serem adquiridos em função das necessidades dos serviços durante um determinado período, tendo em conta os consumos históricos dos medicamentos, perfil epidemiológico ou a oferta de serviços (MARIN et al., 2003). Trata-se de uma etapa essencial, pois permite para além de identificar as quantidades necessárias ao atendimento da demanda, racionalizar recursos ao evitar compras e perdas desnecessárias, bem como falhas no suprimento e definir prioridades dos medicamentos a serem adquiridos conforme os recursos disponíveis (BRASIL, 2001). Não existem, até o momento, na política farmacêutica, as diretrizes de como deve ser feito este processo; de forma geral a ARMED é responsável por legislar o processo de aprovisionamento de medicamentos.

Na prática, foi possível constatar que existe um fluxo criado no nível das unidades sanitárias que tem nas chamadas guias de remessa o principal instrumento de definição das quantidades necessárias em cada local. O controle ainda é feito de maneira manual, mas há previsão da criação e manutenção de um sistema informatizado que conecte informações do país inteiro, através do departamento de tecnologia e informação da ARMED. O processo detalhado da programação de medicamentos realizado ao nível nacional é descrito na figura 5.

[...] fazemos o plano [de distribuição para as províncias] conforme o que eu tenho disponível, você receberá segundo a minha disponibilidade [...] seria ideal que usássemos o sistema que enviamos apenas aquilo que os municípios solicitam [...]E4

Figura 5 - Fluxo para programação de medicamentos nas unidades sanitárias



Fonte: Produção do próprio autor, 2022.

7.4.2 Aquisição de medicamentos

Segundo a Política Nacional Farmacêutica, tanto no setor público como privado, só os medicamentos registrados em Angola e presentes na lista nacional de medicamentos essenciais podem ser adquiridos e comercializados no país, tendo como prioridade o uso de medicamentos genéricos (ANGOLA, 2010b).

No setor público, para se obter produtos de boa qualidade aos mais baixos custos possíveis, se recomenda o uso do modelo de compras agrupadas, ao permitir maior racionalização dos recursos ao propiciar a obtenção de produtos diversos em quantidades consideráveis (ANGOLA, 2010b). Durante o período observacional não foi possível identificar se este é o modelo predominante, se constatou que as compras individualizadas e esporádicas feitas pela Direção Provincial de medicamentos e às vezes pela Direção municipal é circunstancial e sem especificação.

"... às vezes nos dizem que tem um valor a ser gasto em medicamentos no depósito X, aí nós vamos lá e pegamos o que acharmos necessário conforme o valor informado..." E2

Sob essa perspectiva o responsável pode obter qualquer medicamento que achar pertinente, assim não há um processo sólido de uso eficiente de recursos, não se identifica transparência e nem responsabilização dos entes envolvidos.

A aquisição deve ser feita por meio de concursos públicos nacionais, internacionais abertos ou limitados, e o MINSA deve assegurar as condições adequadas (físicas, materiais e financeiras). Em condições de carência de medicamentos vitais para o tratamento de doenças graves, o MINSA pode autorizar o recurso a concursos mais restritos, a compras negociadas ou restritas. As importações devem ser autorizadas e controladas pela Direção Nacional de Medicamentos Essenciais (ANGOLA, 2010b) - agora tipificada na ARMED. Novamente, observa-se aqui o papel do Estado como órgão regulador e não necessariamente o maior e principal responsável pelo processo de aquisição.

A política possui também um capítulo sobre produção nacional, onde aponta que para ocorrer há a necessidade de uma ação conjunta dos ministérios da saúde, finanças, comércio e indústria. Contudo, atualmente não existe produção nacional de medicamentos, de modo que todos os medicamentos são adquiridos ou diretamente de países parceiros, ou de representantes com depósito físico no país, sendo o Estado o maior importador de medicamentos para o setor público.

Essa referência é controversa, pois a importação de medicamentos não constitui numa fortaleza para a melhoria do acesso por si só, antes, em um dado momento possa se dar o caso de se instalar no país uma distribuidora de medicamentos com potencial a prestar os serviços para o Estado, daí se tornar o maior importador de medicamentos. A Comissão Nacional de Compras, composta por representantes dos Ministérios da Saúde, das Finanças, do Comércio e outras entidades, que sejam indicadas, é responsável por todo o processo legal na aquisição de medicamentos, isto é, elaboração dos concursos, negociação dos preços, escolha dos fornecedores (ANGOLA, 2010b).

Na prática, ainda não existem normas técnicas destinadas a subsidiar os processos de compra de medicamentos para garantir sua eficiência e transparência, contribuindo para eles serem importados por instituições não vocacionados para o efeito, obtendo-os de qualquer fonte, a preços e prazos de validade de difícil controle e sem mecanismos que garantam sua qualidade. Assim, a aquisição feita por pessoas não qualificadas, sem observar o princípio da necessidade/ capacidade, sem um

processo de transparência explícito, sem nenhuma responsabilização, e sem o uso racional, favorece a inacessibilidade dos medicamentos (ANGOLA, 2013).

7.4.3 Armazenamento de medicamentos

O armazenamento é o conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recepção, estocagem, segurança, conservação e controle de estoque de medicamentos para garantir a qualidade e disponibilidade dos medicamentos em todos os locais de atendimento (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2016). Conforme a Política Nacional Farmacêutica, o Ministério da Saúde deve propiciar as condições para o correto armazenamento dos medicamentos (ANGOLA, 2010b).

Existe um padrão de construção para depósitos de medicamentos, contudo, o que se pode constatar pelos relatos é que este padrão não se aplica. A alocação de recursos na área de infraestrutura depende de cada gestão provincial e de suas prioridades:

[...] mas temos aqui uma obra do MINSA que é um armazém regional, esse projeto foi concebido para 5 ou 6 províncias, Lubango, Malange, Uíge e Huambo, já estão a funcionar, o de Benguela não[...] Luanda tem apenas um depósito provincial e os municípios não têm, mas no Bié já encontro 4 municípios com depósitos cumprindo com as normas do padrão nacional existente, quer dizer que o projeto está a ser efetivado em função do interesse do executor [...] E1

Em campo, foi possível constatar que, de maneira geral, as províncias e municípios possuem um depósito de medicamentos que pode ser considerado equivalente à Central de Abastecimento Farmacêutico no Brasil. Deles é feita a distribuição para outras unidades sanitárias e hospitais conforme elaboração do plano de distribuição. Os centros e postos de saúde no que lhe concerne possuem estoque no mesmo espaço físico reservado para os atendimentos de dispensação. Em todos os locais visitados na província de Benguela, os espaços não contam com ventilação apropriada, quer por não haver aparelhos de ar-condicionado, ventiladores ou ainda ventilação natural.

[...] é o que vê aqui, não tem condições para conservar medicamentos, chega tem que distribuir logo, aonde vai também não há condições de conservação, chega ao fim ou o princípio ativo já está degradado já não faz efeito ou vai gerar toxicidade [...] E1

7.4.4 Distribuição de medicamentos

A distribuição é uma atividade que consiste na alocação de medicamentos nas unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno, para posterior dispensação à população usuária (BLATT; CAMPOS; BECKER, 2016).

A distribuição no país é um processo que necessita de melhorias: pela centralização de todo o processo da cadeia de medicamentos, as demais províncias dependem exclusivamente da capital para obtenção de boa parte dos insumos; existem poucos armazéns provinciais e municipais de medicamentos, contribuindo para exacerbar os problemas.

No que se refere aos meios de transporte, não existe uma estratégia definida, o que dificulta a sua planificação, aquisição e gestão, particularmente, para as emergências (QUEZA, 2010)¹⁵. O transporte é realizado por caminhões que segundo relatos não são refrigerados e nem apropriados para o traslado de produtos para saúde. Dependendo do local no país, o traslado pode durar até dois ou três dias, sem as condições de refrigeração adequada, ficando os medicamentos propensos à deterioração antes de seu destino. Nos locais de difícil acesso essa dificuldade é ainda maior, pois às vezes pode haver suprimentos na província, mas não há meios de se chegar ao interior.

[...] ainda não se transporta em meios propriamente de medicamentos, transportamos em caminhões de mercadoria normal como se fosse uma mercadoria comercial ou enfim, isto vai desde a central de compras até às unidades sanitárias [...]E1

[...] há casos de que eles têm motas e os medicamentos são transportados nas motas, são casos muito caricatos que vemos haver áreas sem acesso, e ficam isolados; tempo chuvoso ficam 2, 3 meses sem acesso e não têm como receber medicamentos, o povo sofre, às vezes o medicamento está no município e não tem como chegar naquele posto ou centro[...] E4

7.4.5 Dispensação e acesso aos medicamentos

A dispensação é o ato profissional farmacêutico cujo objetivo é garantir a entrega do medicamento correto ao usuário, na dosagem e quantidade prescrita, com instruções suficientes para seu uso correto e seu acondicionamento, de modo a assegurar a qualidade do produto (MARIN et al., 2003).

Na prática, a dispensação nas unidades sanitárias ocorre mediante apresentação de prescrição feita em sua maioria por enfermeiros e técnicos de enfermagem, pois não há médicos suficientes para cobertura das unidades. Só são aceitas prescrições de unidades públicas; no caso de o usuário vir de outra unidade, precisa passar por um atendimento local para transcrição da receita.

1.

[...] as pessoas saem dos consultórios, têm que vir com receita duplicada, o que tivermos dentro da receita vamos dar [...] quando recebemos pessoas de fora, ele tem que passar pelo Consultório aqui [...] Pegamos aquela receita e repassamos para nossa aqui, só assim que o medicamento sai [...]E5.

A Política Nacional Farmacêutica preconiza o uso da Denominação Comum Internacional e equivalentes intercambiáveis em todo território nacional. Na prática, não foi possível constatar se os medicamentos presentes nas unidades sanitárias são genéricos em sua maioria, porém foi possível observar que não existe um manual de normas técnicas bem como um formulário nacional de medicamentos a disposição para consulta, sendo que a única fonte para prestação de informações sobre os medicamentos disponíveis nas unidades sanitárias são as notas fiscais que acompanham os produtos na sua entrega.

Quando questionados sobre como se dá o acesso aos medicamentos pela população, no geral os entrevistados responderam considerando se as pessoas conseguem ou não sair das unidades sanitárias com os medicamentos e se os depósitos costumam ter o suficiente para abastecer às unidades sanitárias; observou-se então certa contradição nas falas, pois, simultaneamente, em que afirmam ter medicamentos disponíveis para a população dizem que esses não são suficientes para atender a demanda, que apesar dos pedidos serem feitos de modo a evitar faltas, o abastecimento não tem sido suficiente para atender a demanda.

[...] se eu tenho medicamentos eles têm acesso com muita facilidade [...] nas primeiras semanas os doentes levam, mas o abastecimento não é grande coisa, depois de duas semanas dificilmente tem o mesmo tipo de fármaco que eu atendi há duas semanas, nem consegue suprir as necessidades dos pacientes, ele vai ter mesmo que comprar [...]E6

No campo foi possível perceber ainda que a quantidade de medicamentos disponíveis para a população é insuficiente, seja pelas prateleiras vazias nos depósitos e unidades sanitárias, seja pela fala dos próprios servidores. Há uma limitação na oferta dos medicamentos, uma vez que se prioriza os medicamentos

relacionados aos programas. A exceção da malária, o desabastecimento não costuma ocorrer nos demais programas como HIV e tuberculose:

[...] o que o programa oferece não compram, nos últimos dias tuberculostáticos não tem mais sentido comprar, as pessoas compram mais certos diversos como analgésicos, antibióticos [...]E8

Os medicamentos, quando disponíveis são fornecidos nos postos e centros de saúde sem necessidade de pagamento. Porém, nos últimos anos essa disponibilidade reduziu substancialmente e a população precisa alocar recursos próprios para acessar os medicamentos mediante compra no setor privado, que pode ser farmácias privadas como estabelecimento comercial, mercados informais (feiras livres), pessoas físicas (geralmente em seus domicílios) - estas adquirem diretamente nos depósitos de medicamentos ou mercados paralelos, onde geralmente os preços mais baixos pela procedência duvidosa.

7.4.6 Regulação e Política de preços

Até o momento não foi possível identificar uma política de preços para medicamentos e serviços de saúde. O que se tem é que os medicamentos que circulam no país precisam constar na lista nacional de medicamentos essenciais, como não há fabricação própria, os produtos são todos importados, há representação de depósitos de medicamentos diversos, cada um estabelece o preço do seu produto conforme entender. Por exemplo, existe o senso comum de que o medicamento português é o melhor, assim o seu preço é de longe o mais elevado e potencializa a dificuldade do acesso, pois a população entende que seus problemas de saúde só serão melhorados de forma efetiva com o medicamento português.

“... um medicamento de origem portuguesa e um medicamento de origem indiana, o medicamento de origem portuguesa é muito mais caro, então aí há dificuldade da população ter acesso, devido ao alto custo, mas esses de origem indiana acesso fácil fácil fácil...” E3

Nos países de baixa e média renda, grande parte da população tem acesso limitado a medicamentos, seja por falta de disponibilidade, subfinanciamento, deficiências institucionais no setor farmacêutico ou porque os pacientes precisam

pagar por suas receitas. Um estudo sobre acesso e disponibilidade de medicamentos para câncer em países de baixa e média renda refere que nestes, há uma escassez de dados referentes à acessibilidade e preços dos serviços de saúde e medicamentos, o que dificulta o desenvolvimento de políticas efetivas e transparentes, para isso, é necessário investimento nos sistemas de informação e geração de dados confiáveis de modo a propiciar a escolha da política de preço mais adequada para cada situação de saúde (MATTILA, et al. 2021).

Outro estudo sobre diferença no acesso a medicamentos em dois países da Oceania refere que o preço dos medicamentos impacta diretamente no acesso sob duas perspectivas: a seleção do que o governo subsidia pode não ser suficiente para as necessidades de saúde da população e a capacidade aquisitiva para o setor privado é um limitante significativo, pois assim os medicamentos se tornam inacessíveis (BABAR, ZAHEER- UD-DIN et al, 2019).

Assim como a ausência de uma política de preços, a ausência de programas de reembolso governamental contribui para a dificuldade de acesso aos medicamentos potencializa a privação, a pobreza ou à morte prematura uma vez que os usuários precisam arcar com os custos de seus tratamentos.

Em análise sobre o papel dos entes estatais nas obrigações essenciais para o acesso a medicamentos como parte do direito à saúde, as autoras referem que do ponto de vista dos direitos humanos, é importante que os governos assegurem que os preços dos medicamentos não impeçam o acesso a medicamentos essenciais para os pacientes, assim, estes devem ter a preocupação de implementar, monitorar, avaliar e relatar regularmente o nível de acesso do paciente e remediar as barreiras quando elas ocorrerem (PEREHUDOFF; FORMAN, 2019). Em países de alta renda como Austrália e Nova Zelândia a cobertura e o reembolso de medicamentos têm sido frequentemente considerados pela literatura como o fator mais importante na determinação do acesso do paciente a medicamentos (BABAR, ZAHEER- UD-DIN et al, 2019).

7.4.7 Financiamento da Política Farmacêutica

Apesar dos diferentes atores envolvidos no processo de financiamento dos serviços de saúde, não há uma clareza sobre como os recursos são empregados, bem como o monitoramento do desempenho dos serviços de saúde (ANGOLA, 2012). No

campo observacional, foi possível corroborar esse dado, à medida que os profissionais de saúde pouco sabem sobre como se dá o financiamento concernente aos medicamentos:

[...] não, não sabemos como é o financiamento, eu tenho ideia de que talvez comprem [o Estado] e que os outros países doam [...]E12

[...] Com relação ao financiamento, essa é uma parte que não compete à farmácia, mas sim a área financeira, a contabilidade, então eu não tenho noção do orçamento geral para gastar-se em medicamentos e materiais gastáveis [...] E2

Apesar de terem sido cadastradas para receber financiamento próprio, os próprios gestores não compreendem como deve ser gasto o orçamento e nem o caminho que as verbas levam até chegar ao ponto de aquisição dos insumos. Para além dos insumos que vêm direto da Central, às vezes os municípios e províncias podem receber recurso complementar para o abastecimento dos depósitos ou ainda retirar de sua própria receita. No entanto, em todos os casos, o financiamento é tratado por um setor específico e pouco acessível a outros:

[...] só que neste momento nós não sabemos quanto é que, por exemplo, que um hospital desses tem para gastar mensalmente com medicamentos [...] E1

[...] não há uma verba fixa, às vezes somos informados que há uma quantidade de medicamentos a ser retirada em determinado armazém no valor de 1 milhão, 2 milhões de kwanzas, Aí levantamos o que precisamos no momento[...] E8

Os financiamentos externos são compostos de contribuições de cooperação bilateral e multilateral, ONGs e doações. A contribuição dos doadores internacionais está posta em Angola desde o período da guerra civil e teve papel importante, propiciando serviços de saúde de emergência em muitas províncias do país (OLIVEIRA, 2010)

[...] a USAID compra e doa para o MINSA. São acordos bilaterais assinados desde 2014 entre o antigo presidente de Angola e o antigo presidente dos EUA [...] o Banco Mundial, OMS e outros parceiros também fazem doações para o governo angolano [...] E4.

Desse modo, a cooperação internacional, deve ser encarada como um instrumento de saúde pública, porém ela é benéfica à medida que não gera dependência, mas sim o desenvolvimento dos atores locais e consequentemente da sociedade civil (TORRONTGUY, 2015). Para isso é necessária uma ação conjunta de análise do Estado e das organizações parceiras em quesitos como: reconhecer que a ajuda externa possui um impacto limitado, não aprofundando geralmente às necessidades

da comunidade; considerar que para além do aporte financeiro, há ações que reverberam em melhorias a longo prazo, como o investimento em recursos humanos, intercâmbios de ideias e experiências sempre direcionado a qualificar os locais para que estes desenvolvam estas ações de forma continuada de fato em melhorias para o desenvolvimento do país; aprofundar o diálogo com os atores locais, considerando suas experiências passadas e avaliação sobre o atual contexto dos projetos em proposição; medir o impacto da ajuda - considerar impactos amplos que reverberam no estímulo à democratização e não apenas avaliar projetos e iniciativas específicas; aprofundar a discussão sobre a característica e a fragilidade do Estado angolano, considerando que enfraquece o Estado a participação limitada da sociedade civil, falta de recursos humanos qualificados, uso indevido dos recursos públicos e a falta de uma discussão abrangente e participativa sobre o modelo de desenvolvimento nacional (CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS, 2007).

Os profissionais de saúde apresentaram uma percepção clara sobre como a ajuda internacional está posta no país nos serviços de saúde:

[...] os kits de medicamentos são doados por organizações internacionais, o governo também tem comprado, mas a USAID e outras organizações que disponibilizam [...] E8.

A organização do financiamento em Angola reflete a dificuldade que o país ainda tem na gestão plena do sistema de saúde. Essas organizações internacionais agem na formulação de princípios e diretrizes das políticas públicas. Apesar desses atores possuírem um papel importante na redução do quadro de desigualdades no país, esta lógica acaba por reforçar uma dependência do país com a ajuda internacional. Estudo sobre financiamento em saúde para o acesso universal em saúde, o autor refere que é necessária uma ação que vai para além do financiamento como: melhorar a equidade no uso dos serviços de saúde necessários, melhorar a qualidade do serviço e melhorar a proteção financeira (KUTZIN, 2013). Corroborando esta afirmação, um estudo sobre fortalecimento dos sistemas de saúde em comunidades desprivilegiadas na África, identificou que nestes locais, o financiamento adequado da saúde, o desenvolvimento e melhoria das infraestruturas é essencial para o alcance da cobertura universal em saúde (JACA et al, 2022)¹⁴.

7.4.8 Formação acadêmica: farmacêuticos em Angola e a inserção nos serviços de saúde

A formação de farmacêuticos em Angola é recente. Documentos apontam que o primeiro esforço para a criação de quadros na área foi logo após a Proclamação da Independência, onde vários jovens foram enviados a países como Cuba, Rússia, Brasil, Portugal a fim de se formar e regressar para auxiliar na criação e manutenção do ensino superior no país (KAMGNO, sd). O curso de licenciatura em Ciências Farmacêuticas surge no ano de 2001 na Universidade Jean Piaget de Angola, em Luanda, posteriormente instituições como a Universidade Agostinho Neto, a UPRA – Universidade Privada de Angola e outros Institutos Superiores Politécnicos – passaram a ofertar também o curso (KAMGNO, sd). Entre estas instituições, apenas a universidade Agostinho Neto tem caráter público. A cooperação entre Brasil e Angola no setor da saúde iniciou em 1996 e se solidificou a partir de 2003 com projetos em diversas áreas (ESTEVES et al., 2016; THOMAS, 2014). Esta cooperação se estende para várias áreas e não há grande ênfase para formação de farmacêuticos especificamente.

Segundo a OMS, uma força de trabalho eficaz é crucial para a saúde, jogando um papel importante para alcançar, sustentar e acelerar o progresso na cobertura universal de saúde (WHO,2014).

Os sistemas de saúde africanos são frágeis e evidenciam um grande déficit na força de trabalho, ocasionando a entrega de serviços precários (por exemplo, informações, medicamentos, meios médicos, tecnologias, recursos humanos) (MITANO; VENTURA; PALHA, 2016). A garantia de uma força de trabalho eficaz está intimamente relacionada a uma educação eficiente que dê ferramentas suficientes para que o profissional seja apto para o exercício de suas funções reverberando no avanço da oferta dos serviços de saúde, incluindo os serviços farmacêuticos, de modo a atender as necessidades de saúde das populações (ETUKAKPAN et al, 2023).

Além disso, conforme refere Da Silva (2021) sobre a obra de Paulo Freire em África, a educação de qualidade traz como resultado sujeitos ativos e agentes inovadores na escolha de seus próprios destinos, em vez de objetos passivos a serem influenciados - assim, a educação deve ter caráter emancipatório, promover a autonomia do sujeito, permitindo que este tenha as ferramentas necessárias para construir sua própria história sem interferências.

Foi possível constatar que a qualificação dos profissionais continua sendo uma preocupação dos dirigentes, ainda que em menor escala e voltada na sua maioria para gestores. Há também perspectivas de projetos que visem à educação permanente aos trabalhadores das unidades sanitárias, em parceria com os conselhos profissionais existentes.

De modo geral, o país vem adotando como estratégia a qualificação dos profissionais já inseridos no serviço. Um exemplo específico no setor saúde foi o projeto de internacionalização da pós-graduação (Mestrado em Saúde Pública) no âmbito das relações sul-sul, sob iniciativa da Fundação Instituto Oswaldo Cruz e do Ministério da Saúde do Brasil, em convênio com o MINSA, executado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz).

O projeto teve como resultado 15 dissertações com apontamentos diversos sobre o sistema de saúde angolano, muitas utilizadas como referência neste trabalho (BRASIL/ANGOLA, 2012). Ao longo dos últimos anos, a parceria através da UNILAB (Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - criada através da Lei n.º 12.289, de 20 de Julho de 2010) vem despertando o interesse da juventude no que tange a formação no exterior. Esta universidade visa ministrar ensino superior, desenvolver pesquisas nas diversas áreas de conhecimento e promover a extensão universitária, tendo como missão institucional específica formar recursos humanos para contribuir com a integração entre o Brasil e os demais países membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), especialmente os países africanos, bem como promover o desenvolvimento regional e o intercâmbio cultural, científico e educacional. São disponibilizadas por ano cerca de 30 a 70 vagas por semestre nas diversas áreas (BRASIL, 2010).

Atualmente o governo angolano possui diversos programas de incentivo para formação no exterior, desde graduação até pós-graduação. As vagas são regularmente publicadas e disponibilizadas no site do Instituto Nacional de Gestão de Bolsas de Estudo (INAGBE) e são direcionadas para diversas áreas e países (China, Cuba, Rússia, Sérvia, Hungria, Coreia, Brasil) - sobre esses programas convênios estabelecidos com outros governos é que não existe até o momento dados públicos disponíveis sobre os egressos que vão se formar nestes locais e nem se há uma prerrogativa de que o quadro formado deva retornar ao país e prestar serviços à comunidade local por algum tempo determinado. Desse modo, tem se visto que o governo gasta um montante considerável na manutenção dos estudantes ao longo de

4 a 7 anos em média e esse investimento não volta para o país como forma de mão-de-obra, pois quem volta, se volta e quando volta, não tem vínculo estabelecido com o Estado nem por tempo limitado, salvo em alguns casos médicos oriundos de Cuba, porém não há disponível documentos públicos que direcionam como são criados, aplicados e monitorados esses programas de educação.

Outra particularidade, sobre os programas convênios, é que os quadros formados são preparados para realidades que não são as locais; o indivíduo é formado durante 6 a 7 anos com os parâmetros da medicina cubana ou enfermagem brasileira e quando chega em Angola precisa se deparar com um processo de trabalho onde muitas vezes falta o mínimo como uma luva ou fio de sutura que o usuário precisa adquirir em algum outro local porque o serviço de saúde não conta com esses materiais, além de ter que considerar em todo o momento dos atendimentos a compreensão do que é saúde para aquela determinada comunidade e de como lidar com as mazelas do sistema de saúde debilitado, onde grande parte das mortes são evitáveis e intimamente ligadas a questões como saneamento e água.

Pessoalmente, me coloco nessa posição, de alguém que fez graduação e pós-graduação no Brasil e, se propõe a pesquisar sobre os serviços farmacêuticos em Angola, ao fazer essa proposta é imprescindível ter o esclarecimento de que minhas análises estão carregadas da experiência e vivência brasileira nesses anos de estudo. Portanto, muito desse caminho inclui se despir da capa da profissional de saúde do SUS, que entende que tudo está fora do seu devido local em Angola, é o desafio de ser formada não só para o SUS - Brasil, mas ser formada para o mundo, para África e para Angola e, acima de tudo, considerar que quem está em território angolano e escolheu a profissão farmacêutica tem a mesma ou até a vezes maior paixão pela profissão.

Então, a quem interessa enviar estudantes para fora do país todos os anos enquanto as universidades locais carecem de investimentos em infraestrutura e recursos humanos? A considerar a justificativa da guerra civil e daí a deficiência de quadros, 21 anos passados desde o estabelecimento da paz e o curso de ciências farmacêuticas não está estabelecido em cada uma das universidades públicas espalhadas pelas 18 províncias do país, as que possuem o curso muitos dos recursos são apenas visuais e não palpáveis (manequins de plástico, lâminas pelos livros). Nas entrevistas foi possível observar que os atores reconhecem a debilidade na formação dos profissionais que adentram a área de ciências farmacêuticas.

[...] o cenário não é bom porque o curso precisa de condições, de laboratório, pesquisa, enquanto não tivermos laboratório para dizer que estou a ser preparado para um farmacêutico industrial, analiticamente preparado [...] E3

Quanto a necessidade da capacitação da mão de obra farmacêutica, Etukakpan e colaboradores (2023) referem que uma mão de obra farmacêutica qualificada é essencial para a prestação de serviços de saúde eficazes - para isso é necessário que os países invistam na educação farmacêutica, de preferência usando como prumo a informação baseada em evidências e necessidades locais, fazendo diagnósticos, propondo ações concretas e práticas que viabilizem a constante melhoria da formação farmacêutica, políticas farmacêuticas e dos serviços de saúde para a contribuição do caminhar em direção à cobertura universal em saúde. Corroborando essa informação, Manzini (2020) refere que pela complexidade dos serviços de saúde, a educação permanente é um instrumento com potencial para transformar as práticas, à medida que estas busquem a superação da educação fragmentada e dissociada desta realidade.

Outro fator a ser observado na qualificação dos recursos humanos que compõem o quadro de pessoas que prestam os serviços de saúde a população, é a forma de acesso ao serviço público; em Angola o ingresso do profissional no serviço público deve ocorrer por meio de concurso público, porém não há vagas específicas para farmacêutico, e sim uma classe intitulada "diagnóstico e terapêutica". Nesta estão incluídas profissões como farmácia, fisioterapia, análises clínicas, dentista. Isto dificulta o acesso aos profissionais farmacêuticos nos serviços públicos gerando uma cobertura insuficiente.

[...] no nosso país o concurso é para técnicos de diagnóstico e terapêutica, é uma classe em que estão inseridas aproximadamente 25 especialidades como farmácia, laboratório, estomatologia, fisioterapia, psicologia [...] o concurso traz x vagas para médicos, x vagas para enfermeiros e x vagas para diagnóstico e terapêutica [...] a luta da ordem dos farmacêuticos para o MINSA é que seja direcionado o número de vagas por categoria [...] E2

O que se relata é que não se sabe de fato qual a real necessidade do profissional farmacêutico dentro do sistema de saúde, a considerar que na categoria e acesso estão diversas profissões ao final das contas é difícil mensurar qual vaga assume maior importância, qual regra é usada para o chamamento dessas pessoas, demonstrando falta de transparência e também falta de especificidades das

necessidades dos serviços - inviabilizando a narrativa da necessidade de determinado profissional no processo de cuidado da população e da gestão pública

Apesar disso, vem sendo observado um aumento no número de profissionais farmacêuticos. Até 2016 o país contava com 719 farmacêuticos e 1488 farmácias comunitárias (ANGOLA, 2016). Porém, esses dados também são difíceis de mensurar de fato, pois não se acha atualização da devida informação de forma facilitada. É inverossímil que os próprios órgãos de fiscalização interna da categoria ou até mesmo ao nível de ministério da saúde tenham esses dados de fácil acesso, pois em nenhuma das plataformas das instituições relacionadas a área farmacêutica é possível identificá-los.

A quem deve interessar uma informação como essas? Como implementar uma política pública prevista em legislação se o Estado não conhece ou não consegue identificar quem são esses profissionais, onde eles estão e para que estão sendo formados? E como se organiza a própria ordem dos farmacêuticos enquanto coletivo que deve ocupar o espaço que lhe é devido, quais ferramentas de manutenção / incentivo eles possuem atualmente, é bem verdade que em seus endereços eletrônicos não se encontra nenhuma informação atualizada sobre suas ações, propostas e intervenções ao nível do país.

Os dados públicos até agora encontrados certamente se encontram defasados e não expressam a realidade no número e abrangência dos profissionais da área farmacêutica em Angola, refletindo a dificuldade de acesso à informação e de sistematização de dados que deveriam estar disponíveis de forma exata e acessível (se existirem) - implica um déficit a nível de órgãos nacionais e locais (ministério e ordem da classe). O que se pode inferir com os dados que tivemos acesso, é que ao longo dos anos houve um aumento gradual no número de pessoas capacitadas na área de ciências farmacêuticas - estas exercem suas funções em sua maioria nas farmácias comerciais (técnicos de farmácia) e hospitais (tabela 4). Conforme o regulamento do exercício da atividade farmacêutica, para abertura de um estabelecimento é obrigatório um farmacêutico como Responsável Técnico, já para os atendimentos em balcão, pela escassez de profissionais, não é obrigatório a presença do farmacêutico em tempo integral, o atendimento pode ser feito por técnico básico ou médio de farmácia e /ou técnicos de enfermagem - na prática, qualquer pessoa pode trabalhar em uma farmácia comercial. No serviço público geralmente esse papel é dado aos técnicos de enfermagem que são a maioria no país.

Tabela 3: Número de profissionais farmacêuticos em Angola por período

ANO	1992	2002	2008	2016
FARMACÊUTICOS	15	37	114	719
TÉCNICOS	ND	378	406	913
AUXILIARES	ND	ND	ND	860

ND - dado não disponível

Fonte: Angola, 2016

7.4.9 Cultura: Família, indivíduo e sociedade

O comportamento em saúde é influenciado pelas características da população, portanto, a utilização dos serviços de saúde deve considerar a combinação de determinantes sociais e individuais. A cultura pode ser entendida como o conjunto de toda e qualquer prática que atravessa a vida humana em sociedade; é considerada um dos determinantes sociais da saúde segundo a OMS, pois unidos aos fatores étnico-raciais, as questões culturais podem estar relacionadas à produção de desigualdades em saúde (DUPIN, 2020). Assim, a cultura se desenvolve e solidifica por valores, famílias, línguas, práticas sociais, comida, festas religiosas resultados das experiências dos diversos grupos, portanto, não é possível hierarquizar ou estabelecer uma escala para explicar a cultura e às formas como as pessoas vivem em sociedade (DAMATTA, 2013). Desta forma, a cultura define o jeito de ser, existir e se organizar - na perspectiva da saúde ela vai determinar a maneira como se compreende e vive diariamente o processo de saúde (CAMPOS, 2002).

A prática dos cuidados em saúde remonta a organização dos sistemas de saúde como vemos e conhecemos atualmente. Para o pensamento africano, a saúde consiste em mais do que a cura do corpo físico, envolve uma harmonia entre pessoa, ambiente e natureza como proposta de promover a integralidade da vida em comunidade, por consequência, a doença envolve mais do que a afecção do corpo físico e por isso muitas vezes o tratamento inclui o corpo imaterial (PEREIRA, 2021). Porém, em muitos destes, o processo de colonização promoveu um apagamento da cultura - uma vez que os ideais coloniais e opressores sempre se baseiam em invalidar a trajetória e história do oprimido e como resultado um apagamento de suas crenças, costumes, símbolos e memória (DA SILVA, 2021).

Angola é multicultural, conforme o último censo, temos mais 8 línguas nacionais faladas em todo território (fiote, kikongo, kimbundu, chokwe, umbundu, muhumbi, kwanhama, nganguela) significando diferentes povos com suas memórias e características peculiares. Porém, ao longo dos tempos experimentou profundas e reais mudanças quer pela influência da presença opressora e colonial portuguesa, quer pela presença atual de diferentes países nos acordos de cooperação uni e bilaterais. Assim, sofremos influência sobre o que comemos, o que vestimos, e principalmente sobre o que pensamos e vemos ao nosso redor. Contudo, é importante referir que há traços e costumes culturais que permanecem até hoje sendo parte indissociável do dia a dia das comunidades.

A multiculturalidade é um fator que pode explicar a percepção de saúde em Angola, muito do que vemos no dia a dia da população é resultado da aculturação, podemos partir da premissa da necessidade de auxílio de países europeus e americanos para a elaboração e implementação de melhorias do país, Como ficamos tão reféns da ação de outros agentes quando temos um país tão diverso em recursos? Muitos dos nossos dirigentes são formados nas suas áreas de atuação ou áreas afins, mas no exterior, então subentende-se que eles experienciaram outras realidades do mundo, porém ao regressar ao país e exercer a atividade na administração pública se tornam relapsos com a máquina pública, sendo insuficiente para o processo de melhoria da qualidade de vida da população, esses fatores podem ser explicados também pelo que se conhece como complexo do colonizador, Santos e Alves (2017) em sua resenha sobre a obra *Pele negra, máscaras brancas*, referem que para o autor “todo povo colonizado (oprimido) nasce com um complexo de inferioridade devido ao sepultamento da originalidade cultural”, o que faz com que o colonizado queira se parecer cada vez mais com o colonizador, rejeitando assim seus princípios, sua gente, sua terra e se sentindo superior aos outros negros colonizados.

Então, em Angola, é comum um olhar e tratamento com distinção aquela pessoa com uma retórica parecida com o que chamamos de *português de Portugal* - é tida como alguém culto, educado e estudado; é comum falas como “o branco veio e construiu muito bem, mas aí o negro não consegue manter e estraga tudo” ou mesmo “se comporte como uma pessoa civilizada, o branco já ensinou... angolano é difícil”.

Assim, através das implicações no processo de reconhecimento da importância da cultura e de se reconhecer como pertencente a uma determinada comunidade, conseguimos pensar o porquê dessa dependência nos outros países para mover a

máquina pública, como apesar dos muitos recursos pouco ou nada se vê se ver de evolução na implementação de políticas públicas na área de saúde e medicamentos especificamente.

Culturalmente a população não tem confiança na gestão pública, os usuários têm ciência de que precisam *dar o seu jeito* para acessar os serviços de saúde, assim, é comum ouvir falas como:

“eu não vou para o hospital, eu tento tudo o que eu e minha família conhecemos para me curar, porque eu sei que às vezes você vai para lá e morre do nada... mas eu tomo chá de cura tudo para não ficar doente...”

ou ainda:

“... pediatria? Lá é um cemitério de crianças, eu não levo meus filhos lá, já faço medicação para paludismo em casa para não precisar ir lá, porque lá é a mesma coisa que nada, principalmente se você não conhece ninguém lá...”

Muitas vezes, o ervanário ou médico tradicional do bairro como comumente chamamos é tido como a principal referência de profissional de saúde que se importa com as pessoas, então é mais comum recorrer a ele e receber tratamento; é importante referir então que, em todos esses casos geralmente a pessoa precisa pagar pelo seu tratamento, a diferença é que nestes profissionais há outras formas de pagamento (alimento, roupas), ou seja, o pagamento é acessível a todos. Estudo sobre fatores que limitam a integração da medicina tradicional nos sistemas de saúde modernos na África, determinou que a integração da medicina tradicional nos sistemas de saúde modernos é uma alavanca importante para alcançar a cobertura universal de saúde. Em vários países africanos, a integração da medicina tradicional ainda enfrenta estrangimentos, apesar do desenvolvimento de políticas e regulamentações a favor dessa integração (OUOBA; FOFANA; SEMDÉ, 2022)

Desse modo, a cultura afeta desde o presidente gestor até o usuário final, todas as pessoas envolvidas no processo de prestação de serviços e saúde são influenciadas e influenciam na qualidade e tipo de entrega de serviços de saúde.

8 CONSIDERAÇÕES

Estudar os sistemas de saúde de países de baixa e média renda é um desafio por si só, pois a sua condição enquanto países à margem da sociedade intelectual, faz com que eles pouco sejam alvo de produção acadêmica sólida. Ao pretender compreender com mais especificidade um item ou momento/ponto do sistema de saúde como a área farmacêutica, o desafio ganha maior proporção, devido a fraca disponibilidade de literatura concernente ao assunto.

Desse modo, a maior dificuldade deste estudo consiste na produção de um material sólido com pouco referencial teórico do território angolano em específico (quer material físico, quer por acesso digital); associado a isto, há também o fato de a pesquisadora não se encontrar naquele território no momento, o que pode levar a um viés de interpretação / dedução que possa estar distante da realidade local.

Apesar disso, a disposição do exercício de compreender o sistema de saúde e a área farmacêutica é de todo modo um gesto dispendioso, porém muito necessário, dadas as dificuldades que a pesquisadora encontrou e pode ser compreendido como um incentivo a futuros pesquisadores sediados em Angola e não só a se debruçar na produção científica acadêmica na área farmacêutica do país.

Atualmente, mesmo fornecendo um *rol* limitado de medicamentos, eles podem não estar em condições técnicas adequadas por conta de problemas na cadeia logística do medicamento. Muitos usuários sequer procuram os serviços de saúde para buscar os medicamentos, pois desconhecem o acesso de forma gratuita como um direito à saúde. Mas há também os que não acessam os serviços públicos, por experiências negativas de faltas anteriores, nem procuram as farmácias públicas.

É preciso garantir a transparência da gestão dos recursos para aquisição de medicamentos. A falta de transparência pode propiciar o mau uso e o desvio dos recursos públicos e, conseqüentemente, o desabastecimento de medicamentos.

Este estudo foi realizado na província de Benguela, com base na entrevista com atores-chave com experiências regionais e nacional/internacional (que desenvolvem suas funções de trabalho em outras províncias, mas residem em Benguela), pesquisa de documentos e observação *in loco*, e as discussões e considerações aqui expostas refletem este contexto e permitem, de certa forma, fazer inferências sobre a situação farmacêutica no país.

A reduzida produção bibliográfica sobre a assistência farmacêutica em Angola foi um fator limitante no aprofundamento da análise da temática. Boa parte da produção acadêmica encontrada é proveniente de dissertações e teses realizadas em parceria com instituições de ensino brasileiras. Uma análise da autoria dessas produções permitiu identificar que parte dos autores são funcionários do serviço de saúde angolano.

9 CONCLUSÃO

O acesso seguro e racional aos medicamentos como bem e produto inerentes aos serviços de saúde é essencial para a garantia do acesso à saúde. Para tal, a criação de políticas públicas sólidas é um primeiro passo - é primordial, porém que essas políticas considerem aqueles para os quais estas são direcionadas, contendo a expressão exata das necessidades da comunidade.

Em Angola, as políticas farmacêuticas representam uma carta de intenções, com proposições que isentam o Estado da responsabilidade na garantia do direito à saúde e acesso a medicamentos mais especificamente. A representação da área farmacêutica se dá através da Agência Reguladora de Medicamentos e Tecnologias de Saúde, com função de desenvolver ações de regulação, regulamentação, orientação, licenciamento, fiscalização e controle das atividades no domínio dos medicamentos de uso humano e das tecnologias de saúde, visando garantir a sua qualidade, eficácia e segurança - ainda assim, o caráter regulador limita a ação do Estado, pois de igual forma não fica explicitado a quem compete a execução das ações, porém é importante referir que desta proposição pode-se obter grandes avanços na área farmacêutica. Além disso, a mão de obra qualificada ainda é um fator limitante para o desenvolvimento da área farmacêutica no país - apenas uma universidade pública no país (Luanda) dispõe do curso de ciências farmacêuticas.

Neste trabalho, não foi possível identificar o acesso a medicamentos como ferramenta fundamental para o direito à saúde, quer pelo conteúdo das legislações, quer pelas entrevistas com atores-chave, se identifica a visão do medicamento como bem de consumo e não como recurso terapêutico em sua essência. Processos como transparência, financiamento são incipientes e a centralização das ações a nível da capital, proporciona pouca governabilidade a nível municipal, principal frente na

prestação dos cuidados de saúde para a população e unidade de dispensação de medicamentos.

O processo da cadeia logística de medicamentos, apresenta deficiências alarmantes, diretamente relacionadas a estrutura centralizada, a debilidades na boa governança, onde não há evidência da expressão da participação popular na organização dos serviços de saúde, os entes pouco ou nada são responsabilizados pela gestão da máquina pública, as ferramentas de monitoramento e avaliação são de difícil identificação e percepção.

Nas entrevistas, os atores reconhecem que o acesso aos medicamentos no serviço público é insuficiente. Assim a aquisição se dá majoritariamente por compra direta nos serviços privados, quer seja em farmácias privadas, mercado informal (feiras), ou por pessoas que fazem a venda em seus domicílios através da aquisição nos diversos depósitos de medicamentos instaurados no país ou no mercado paralelo. Desse modo, a capacidade aquisitiva é uma das principais barreiras no acesso aos medicamentos atualmente, pois não há incentivo do Estado nesse processo, os usuários precisam arcar com seus tratamentos na sua totalidade.

De forma geral, foi possível perceber que os atores possuem compreensão objetiva sobre a situação da área farmacêutica no país, identificam as debilidades e potencialidades, bem como às possíveis abordagens para dirimir às debilidades, identificam a infraestrutura deficiente como crucial para a cadeia logística e que o componente político influencia muito no avanço ou estagnação que vem sendo observado ao longo dos anos.

A cooperação internacional se mostrou pouco efetiva na contribuição para o acesso a medicamentos, uma vez que os programas de incentivo não são longitudinais e nem se identificou processos avaliativos a longo prazo. De igual modo, pode-se inferir que a herança colonial joga um papel importante na condição de dependência externa a que o país está sujeito, a dificuldade em reconhecer nossas potencialidades, nossos recursos (principalmente humanos) e de almejar um projeto de nação que caminhe com suas próprias pernas, valorize sua cultura e talentos e que tenha na parceria externa, uma maneira de mostrar que somos capazes de fazer permutas saudáveis e de desenvolver nossos próprios recursos.

Portanto, para uma assistência farmacêutica sólida e resolutiva em Angola, deve haver uma junção de forças, que inclui a predisposição estatal no compromisso com a boa governança, a organização social com o exercício da cidadania ao fiscalizar

as ações do Estado e a cooperação e ação de organismos estrangeiros com o propósito de empoderar os locais, promover o reconhecimento de suas potencialidades. Tendo como base de que para uma boa resolutividade, os determinantes técnicos e sociais se mesclam e não podem ser tratados de forma isolada.

10 PERSPECTIVAS

Ante o exposto, urge fazermos algumas considerações sobre perspectivas evidenciadas no decorrer da pesquisa:

- A considerar a Proclamação da Independência em 1975, o sistema de saúde evidenciou avanços significativos em pouco tempo, como a criação do sistema nacional de saúde 17 anos após a independência;
- Com o fim da guerra civil, várias atualizações legislativas e reformas ocorreram em menos de 10 anos, o que reafirma a intenção de trabalhar para o desenvolvimento na saúde e área farmacêutica;
- Identifica-se um interesse considerável dos cidadãos na educação independente de iniciativas governamentais;
- O incentivo governamental com a criação de bolsas de estudo nos diversos setores, quando tratado de forma eficaz com otimização de recursos, também constitui uma fortaleza - assim, é essencial que os quadros formados tenham espaço dentro do país, quer por serviço público como serviços privados, mediante cooperações;
- Alguns dos trabalhos identificados foram elaborados por pessoas que atuavam no serviço de saúde, o que indica uma proposição de educação continuada pese embora o fato de que essas formações foram todas em países parceiros.

REFERÊNCIAS

ABBAS Nasir et al. Access to medicines - a systematic review of the literature. **Research in Social and Administrative Pharmacy**. v. 16, p. 1166-1176, 2020.

ACHOKI, T; LESEGO, A. The imperative for systems thinking to promote access to medicines, efficient delivery, and cost-effectiveness when implementing health financing reforms: a qualitative study. **International Journal for Equity in Health**., v. 16, p. 53, 2017.

A.ADDAE-KORANKYE. Challenges of financing health care in Ghana: the case of national health insurance scheme (NHIS). **International Journal of Asian Social Science**., v. 3 n.2, p. 511-522, 2013.

ADEBISI Yusuff Adebayo *et al.*, 2022. Revisiting the issue of access to medicines in Africa: Challenges and recommendations. **Public Health Challenges**., v. 1, p. 9, 2022.

AFRICA FREEDOM OF INFORMATION CENTRE (AFIC). Direito à informação em África: Manual para Funcionários Públicos. Uganda, 2019

AFPLP. Associação de Farmacêuticos dos Países de Língua Portuguesa. Disponível em: <https://www.afplp.org/?categoryID=75&page=Cat> Acesso em 01 fev 2023

AGYEPONG I.; ADJEI S. Public social policy development and implementation: a case study of the Ghana National Health Insurance scheme. **Health Policy Plan**., v. 23, p. 150–60, 2008.

ANDES-SN. Cerca de 83% das africanas e dos africanos não receberam nenhuma dose da vacina contra a Covid-19. andes.org.br. ANDES-SN - Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior, 2022. Disponível em: <https://www.andes.org.br/conteudos/noticia/cerca-de-83-das-africanas-e-dos-africanos-nao-receberam-nenhuma-dose-da-vacina-contr-a-covid-191#> Acesso em 21 jun. 2022

ANPUH B. A Formação De Angola e as Resistências Africanas. VIII Encontro Estadual de História - ANPUH B. Anais eletrônicos [...] Feira de Santana, 2016. Disponível em: http://www.encontro2016.bahia.anpuh.org/resources/anais/49/1476981752_ARQUIV_O_FormacaodeAngolaeasResistenciasAfricanas.pdf. Acesso em 10 jun. 2022

ANGOLA. Lei 21-B de 28 de Agosto de 1992. Lei de base sobre o Sistema Nacional de Saúde de Angola, Luanda, 1992.

ANGOLA. Ministério da Economia e Planeamento. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), 2006-2008, Luanda-Angola, 2005.

ANGOLA. Ministério do Urbanismo e Ambiente. Primeiro Relatório Nacional para a Conferência das Partes da Convenção da Diversidade Biológica [Recurso

eletrônico], Luanda, 2006. Disponível em: <https://www.cbd.int/doc/world/ao/ao-nr-01-pt.pdf> Acesso em 22 jun. 2022

ANGOLA. Decreto no 262/10 de 24 de novembro. Aprova a Política Nacional de Saúde - revoga toda legislação que contrarie o presente decreto, Luanda, 2010.

ANGOLA. Decreto no 262/10 de 24 de novembro. Aprova a Política Nacional de Saúde - revoga toda legislação que contrarie o presente decreto, Luanda, 2010a.

ANGOLA. Decreto no 180/10 de 18 de agosto, estabelece as Bases Gerais da Política Nacional Farmacêutica, Luanda, 2010b.

ANGOLA. Decreto no 191/10 de 1 de setembro, estabelece as regras do exercício da atividade farmacêutica nos setores público e privado, praticado por pessoas singulares ou coletivas em todo o território nacional, Luanda, 2010c.

ANGOLA. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2012-2025, Luanda - Angola, 2012.

ANGOLA. Ministério da Saúde. Direção Nacional de Medicamentos Essenciais, Luanda, out. 2016.

ANGOLA. Ministério da Saúde. Contribuição do setor saúde para o Plano Nacional de Desenvolvimento 2018-2022, Luanda, 2016.

ANGOLA. Lei-14.18- Estabelece as regras sobre a deferência e a utilização dos símbolos nacionais, nomeadamente a Bandeira Nacional, a Insígnia e o Hino Nacional. Revoga a Lei n.º 2/01 de 23 de março e o despacho publicado no DR n.º 176/76 de 26 de julho. Diário da República I Série - n.º 164 de 29 de outubro, Luanda, 2018a.

ANGOLA. Ministério da Economia e Planeamento. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), 2018-2022, Luanda-Angola, 2018b.

ANGOLA. Decreto Presidencial n.º 81/19, de 20 de março de 2019, Diário da República I Série n.º 37. Aprova o modelo de governação do processo de revisão da Estratégia de Desenvolvimento Nacional de Longo Prazo, Angola-2025, Luanda, 2019.

ANGOLA. Decreto Executivo n.º 426/21, de 16 de setembro aprova a Lista Nacional de Medicamentos Essenciais. Luanda, 2021

ANGOLA. Ministério das Finanças. Relatório de Fundamentação: Orçamento Geral do Estado 2023, Luanda, 2022

ARAÚJO, M. R.W *et al.* Acesso a medicamentos essenciais: cenário da Assistência Farmacêutica no Brasil. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão, 2015.

BABAR, Zaheer-Ud-Din org. **Pharmaceutical Policy in Countries with Developing Healthcare Systems**. Springer International Publishing AG. 2017.

BABAR, ZAHEER- UD-DIN et al. Patient access to medicines in two countries with similar health systems and differing medicines policies: Implications from a comprehensive literature review. **Research in Social and Administrative Pharmacy**. v. 15, p 231-243, 2019.

BARBOSA, Bia. “A comunicação como um direito e o espaço público midiático”. In: LIMA, Venicia A. et al. (orgs). **Em defesa de uma opinião pública democrática: conceitos, entraves e desafios**. São Paulo: Paulus, 2014.

BAXTER, Gordon; SOMMERVILLE Ian. Sociotechnical systems: From design methods to systems engineering, **Journal Interacting with Computers**. v. 23, p. 4-17, 2011.

BACKMAN, Gunila et al. Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. **The lancet**, v. 372, ISSUE 9655, p. 2047-2085, dez. 2008

BERNARDO, N.L.M.C; SOARES, L; LEITE, S.N. A Sociotechnical Approach to Analyse Pharmaceutical Policy And Services Management in Primary Health Care in a Brazilian Municipality. **Pharmacy**, v. 9, n. 39, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/pharmacy9010039>

BIGDELI, *et al.* Access to medicines from a health system perspective. **Health Policy and Planning**. v. 28, p. 692–704, 2013.

BLUM, B; LUIZA, VL; BERMUDEZ JAZ. Acesso a medicamentos medido no nível domiciliar: a proposta da OMS e outras iniciativas brasileiras. **Rev. Bras. Farm.** v. 92, n. 3, p. 223-231, 2011.

BITTENCOURT, Marcelo. As Eleições Angolanas De 1992. **Revista TEL**, Irati, v. 7, n.2, p. 170-192, jul. /dez. 2016.

BOTELHO, RG; DE OLIVEIRA, CC. Literaturas branca e cinzenta: uma revisão conceitual. **Ciência da Informação**, Brasília, DF, v.44 n.3, p. 501 - 513, set./dez. 2015.

BRASIL, F.G; CAPELLA, A.C.N. Os Estudos das Políticas Públicas no Brasil: passado, presente e caminhos futuros da pesquisa sobre análise de políticas. **Revista Política Hoje**. v. 25, n. 1, p. 71-90, 2016.

BRASIL / ANGOLA. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP. Ministério das Relações Exteriores – MRE. I Seminário Angola-Brasil de Saúde Pública. Resumos das Dissertações dos Egressos do Mestrado em Saúde Pública de Angola, Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.

BRASIL. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. 10 Passos para boa governança. 2 ed. Brasília, 2021

BRASIL. Lei nº 12.289, de 20 de Julho de 2010. Dispõe sobre a Criação da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB e dá outras providências.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm, Brasília (DF)**, v. 57, n. 5, p. 611-4, set/out 2004.

CANECA, Aires Muecália Julião; CHAXIMBE, Orlando Clementino Manunga; SARRETA, Fernanda de Oliveira. Sistema de Saúde em Angola: contextualização, princípios e desafios. **Revista angolana de ciências**, vol. 3, n. 2, pp. 350-370, 2021

CARVALHO, M. A. Uma introdução à análise de políticas públicas: análise custo-benefício, árvores de decisão e modelos de multiatributos. In: ENANPAD, v. 29, Brasília. Anais. Brasília: ANPAD, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Sete considerações sobre saúde e cultura. *Saúde e Sociedade*. v.11, n.1, p. 105-115, 2002.

CERQUEIRA, Carolina. “Houve, Efectivamente, Um Aumento Do Financiamento Para A Função Saúde” [Entrevista concedida a Ricardo Davi Lopes]. **Revista Prêmio**, Lisboa, 2021. Disponível em: <https://governo.gov.ao/ao/noticias>. Acesso em 2 jun. 2022.

CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS. Laboratório Associado - Faculdade de Economia- Universidade de Coimbra. Ajuda Internacional e consolidação da paz em Angola: conclusões e recomendações. Luanda, 2007

CHAPMAN A.R; FORMAN L; LAMPREA E. Evaluating essential health packages from a human rights perspective. **Journal of Human Rights**, v. 16, p. 142–59, 2015 <http://dx.doi.org/10.1080/14754835.2015.1107828>

CHAPMAN, Audrey R. Assessing the universal health coverage target in the Sustainable Development Goals from a human rights perspective. **BMC International Health and Human Rights**. v. 16, p. 33, 2016.

CHOL CHOL, *et al.* Health system reforms in five sub-Saharan African countries that experienced major armed conflicts (wars) during 1990–2015: a literature review. **Global Health Action**. v. 11, p. 1, 2018.

CHUMA J; OKUNGU V. Viewing the Kenyan health system through an equity lens: implications for universal coverage. **International Journal of Equity Health**. v. 10, p. 10-22, 2011

CDC ÁFRICA. COBERTURA VACINAL NO CONTINENTE AFRICANO. Disponível em: <https://africacdc.org/covid-19-vaccination/> . Acesso em 02 jun. 2022

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). Instrumento de referência dos serviços farmacêuticos na atenção

básica. [Recurso eletrônico], Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/09/Instrumento-de-referencia-serv-farmaceuticos.pdf> Acesso em 30 jun. 2022

DAVIS *et al.* Advancing sociotechnical systems thinking: A call for bravery. **Applied Ergonomics**. v. 45, p. 171 e 180, 2014.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.apergo.2013.02.009>

DAMATTA, Roberto. Recordações de como me deparei com e tentei compreender o espaço por meio de uma sociologia. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 25, n. 2, pp. 35-48, novembro, 2013

DA SILVA, Bruno de Alcântara Conde. Entre o colonizador e o colonizado: a concepção de colonialismo e de relações de poder nas obras de Frantz Fanon, Albert Memmi e Paulo Freire. **Kwanissa**, São Luís, v. 4, n. 8, p. 118-137, jan/jun, 2021.

DE ANDRADE, B.B. Angola, entre a dor e a cura: Repensando a produção do conhecimento médico. Dissertação (Mestrado em desenvolvimento, sociedade e cooperação internacional), Universidade de Brasília, 2016

DE OLIVEIRA, LCF; DO NASCIMENTO, MAA; LIMA, IMSO. Access to medication in universal health systems – perspectives and challenges. **Saúde Debate**. v. 43, n. ESPECIAL 5, p. 286-298, dez. 2019

DOS SANTOS, Jonatha Daniel; ALVES, Rozane Alonso. O colonialismo e sua produção de corpos. Obra resenhada: FANON, Frantz. *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA, 2008. **Revista Simbiótica**, vol.4, n.2, jul.-dez., 2017

DUPIN, Giselle. Saúde e Bem-Estar: Como a cultura pode contribuir para o alcance do ODS 3 da Agenda 2030 da ONU?. *In: Políticas Públicas, Saúde E Diversidade Cultural*. Observatório Da Diversidade Cultural, v. 92, n. 06. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://observatoriodadiversidade.org.br/wp-content/uploads/2020/12/BoletimV92N06Dezembro2020.pdf> Acesso em 08 mar. 2023

ESTEVIÃO R.B; FERREIRA M. D. M. Análise De Políticas Públicas: uma breve revisão de aspectos metodológicos para formulação de políticas. **HOLOS**, v. 03, ano 34, 2018.

ESTEVES, P.; GOMES, G. Z.; FONSECA, J. M. A rede de políticas de saúde pública e a cooperação sul-sul: os casos de Moçambique e Angola. **Lua Nova**, São Paulo, v. 98, p. 199-230, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-6445199-230/98>

ETUKAKPAN Alison et al. Transforming pharmaceutical education: A needs-based global analysis for policy development. Elsevier. **Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy**. v. 9, 100234 , 2023

FAIVA E, *et al.* Drug supply shortage in Nigeria during COVID-19: efforts and challenges. **Journal Pharmaceutical Policy Practice**. v. 14, n. 1, p. 17, 2021.

FERREIRA P.A, ALENCAR E., PEREIRA J.R. Revisitando o modelo processual de análise de políticas públicas com base nas relações entre Estado e Sociedade. **Caderno de Ciências Sociais Aplicadas.**, Vitória da Conquista/BA, v. 16, nº 27, ano 16, p. 58-85, jan/jun 2019. DOI: <https://doi.org/10.22481/ccsa.v16i27.5322>

FLEURY Sonia Ouverney; ASSIS Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella, Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antônio Ivo de. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p.25-57.

FULEVO T. *Assistência farmacêutica na atenção primária de saúde no município de Cazenga / Luanda - Angola*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

FROST LJ; REICH MR. Access: How do good health technologies get to poor people in poor countries?. Harvard Center for Population and Development Studies. Cambridge, Massachusetts, 2008

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D.T (Org). Métodos de pesquisa; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2014

GIROTTI, E.; SILVA, P. V. A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. **Rev. bras. epidemiol**, v. 9, n. 2, p. 226-34, 2006.

HARVEY J *et al.* Exploring safety systems for dispensing in community pharmacies: Focusing on how staff relate to organizational components. **Research in social & administrative pharmacy**. v. 11, nº 2, p. 216, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S155174111400103X?via%3Dihub>

HOEBERT *et al.*. National medicines policies – a review of the evolution and development processes. **Journal of Pharmaceutical Policy and Practice**, v. 6, p. 5, 2013.

HOGERZEIL, Hans V. Essential medicines and human rights: what can they learn from each other?. **Bulletin of the World Health Organization.**, v. 84, n. 5, May 2006.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). Resultados definitivos. Recenseamento geral da população e habitação - 2014. Luanda-Angola, 2016.

JACA Anelisa *et al.*, Strengthening the Health System as a Strategy to Achieving a Universal Health Coverage in Underprivileged Communities in Africa: A Scoping Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. v. 19, p. 587, 2022

JOSÉ, Joveta. Angola: independência, conflito e normalização. In: MACEDO, JR., org. Desvendando a história da África [online]. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008. Diversidades series, pp. 159-179.

JO, José. O barril de pólvora da pandemia na África: o desafio de um continente sem vacinar contra a covid-19. El País. Banjul, 05 de Dezembro de 2021. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/internacional/2021-12-05/o-barril-de-polvora-da-pandemia-na-africa-o-desafio-de-um-continente-sem-vacinar-contr-a-covid-19.html> Acesso em 20 jun. 2022.

JOSÉ, Manuel. Angola: "15 + 2", entre legado e lembranças. Luanda, 2021 Disponível em: <https://www.voaportugues.com/a/angola-15-2-o-grupo-de-activistas-que-marcou-o-fim-da-era-dos-santos-seis-anos-depois/5982555.html> Acesso em 08 março de 2023

KAMGNO, J. B. S. A história do ensino farmacêutico em Angola. Disponível em: <http://www.ordemfarmaceuticosangola.org/PDF/HistoriaensinoFarmacia.pdf>. Sd. Acesso em: 03 out. 2019.

KAPLAN Warren *et al.*, 2017. Pharmaceutical Policy in Countries with Developing Healthcare Systems: Synthesis of Country Case Studies. **Research gate**. p. 405-430, 2017.

KHATIB R et al. Availability and affordability of cardiovascular disease medicines and their effect on use in high-income, middle-income, and low-income countries: an analysis of the PURE study data. Lancet [Internet]. v. 13, n. 387, p 61-69, 2016. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673615004699>

KUTZIN, Joseph. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. **Policy & practice**. v. 91, p. 602–611, 2013

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Fundamentos de metodologia científica. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LIU Y; GALARRAGA O. Do national drug policies influence antiretroviral drug prices? Evidence from the Southern African Development community. **Health Policy and Planning**., v. 32, p. 170–177, 2017.

LORENZONI, A.A. A Experiência da Educação a Distância para a Educação Farmacêutica. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2019.

LUAMBA, Manuel. Angola: Referendo à divisão administrativa "não é aplicável". **DW África**, 2023. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-002/angola-referendo-%C3%A0-divis%C3%A3o-administrativa-n%C3%A3o-%C3%A9-aplic%C3%A1vel/a-64588810> . Acesso em 30 jan. 2023

MANZINI, Fernanda. "Deixei De Ser A Menina Da Farmácia Para Efetivamente Ser A Gestora Do Serviço De Farmácia": Análise Do Impacto Do Curso De Gestão Da Assistência Farmacêutica - Ead Nos Serviços De Saúde. Tese (Doutorado em farmácia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2020

MASSANGA, Joaquim Paka. Diversidade Cultural em Cabinda: Estudo sobre as Identidades e Práticas Culturais dos Bawoio do Yabi. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação - UFMG, Belo Horizonte, 2014.

MASCARENHAS, Érica Larusa Oliveira. Produção Científica Africana e Afrocentricidade: Beleza, Saúde, Cura e a Natureza Holística Da Ciência Africana. Dissertação (Mestrado em Ensino, Filosofia e História das Ciências) - Universidade Federal da Bahia e Universidade Estadual de Feira de Santana, SALVADOR, 2021

MASSANGA, Joaquim Paka. A modernidade compósita, ciência e cultura: (entre) evidências do pensamento pós e decolonial no diálogo com a África. In: Claudia Mortari, Luisa Tombini Wittmann (Org.). **Narrativas Insurgentes: decolonizando conhecimentos e entrelaçando mundos**. Florianópolis, SC: Rocha Gráfica e Editora, 2020. p. 287-11.

MASSECA, C. A. Financiamento do Serviço Nacional de Saúde de Angola. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C F. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2ª edição revista e ampliada. Brasília: FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>

MATTILA, Phyllis Ocran et al. Availability, Affordability, Access, and Pricing of Anti-cancer Medicines in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review of Literature. **Front in public health**. v. 9, p. 628744, 2021. DOI: [10.3389/fpubh.2021.628744](https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.628744)

MEEKS DW, *et al.* Exploring the sociotechnical intersection of patient safety and electronic health record implementation. **Journal of the American Medical Informatics Association**., v. 21, p. 28–34, 2014.

MENGISTE, Shegaw Anagaw. Analyzing the Challenges of IS implementation in public health institutions of a developing country: The need for flexible strategies. **Journal of Health Informatics in Developing Countries**. v. 4. nº 1, 2010 . Disponível em: <https://www.jhidc.org/index.php/jhidc/article/view/39> . Acesso em 10 jun. 2022

MENDES Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e Saúde: A Declaração de Alma-Ata e Movimentos Posteriores. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 12, n. 3, p. 447-8, maio-junho 2004

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Amostragem E Saturação Em Pesquisa Qualitativa: Consensos E Controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

MITANO Fernando; VENTURA, Carla Aparecida Arena; PALHA Pedro Fredemir. Saúde e desenvolvimento na África Subsaariana: uma reflexão com enfoque em Moçambique. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 901-915, 2016

MITRA, A. K.; MAWSON, A. R Neglected tropical diseases: epidemiology and global burden. **Tropical Medicine and Infectious Disease**, v. 2, n. 3, p. 36-50, 2017.

MORTARI, Cláudia; WITTMANN, Luisa Tombini. Histórias compartilhadas: propostas universitárias de construção de conhecimentos decolonizados. **Revista PerCursos**, Florianópolis, v. 19, n.39, p.154- 176, jan./abr. 2018.

MOYE-HOLZ *et al.* Policy approaches to improve availability and affordability of medicines in Mexico - an example of a middle income country. **Global Health.**, v. 13, n. 1, p. 53, Ago 2017.

NNAJI C. A *et al.* Implementation research approaches to promoting universal health coverage in Africa: a scoping review. **BMC Health Services Research.**, v. 21, p. 414, 2021. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06449-6>

NDOMBA, Borralho. Angola: Dois jovens ativistas condenados por desobediência. Luanda, 2022. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-002/angola-dois-jovens-ativistas-condenados-por-desobedi%C3%A7%C3%A3o/a-61482496> Acesso em 08 março 2023

OLIVEIRA, M. S. Processo de Descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola. Tese (Doutorado em ciências na área de saúde pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

OLIVEIRA MA, Luiza VL, Tavares NUL, Mengue SS, Arrais PSD, Farias MR, et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. **Revista de Saúde Pública**. v. 50, n.2, p. 6, 2016.

OPAS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPAS, 2013.

ONU. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2015. 41 pg. Disponível em: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>

ONU BRASIL. Artigo 25: Direito a um padrão de vida adequado. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/artigo-25-direito-a-um-padrao-de-vida-adequado/>. Acesso em 5 jan. 2021.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Escritório Regional da OMS para a África. Sistemas de Saúde em África: Percepções e Perspectivas das Comunidades, Brazzaville, 2012. Disponível em: [https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/portuguese---health systems in africa----2012.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/portuguese---health%20systems%20in%20africa----2012.pdf)

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. O Estado da Saúde na região africana da OMS: Uma análise da situação da saúde, dos serviços de saúde e dos sistemas de saúde no contexto dos objectivos de desenvolvimento sustentável onde estamos onde precisamos de ir. Brazzaville: Organização Mundial da Saúde, Escritório Regional da OMS para a África; 2018.

OOMS *et al.* Is universal health coverage the practical expression of the right to health care?. **BMC International Health and Human Rights.**, v. 14, p. 3, 2014.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Escritório Regional para a África Brazzaville. Plano Estratégico Regional para as Doenças Tropicais Negligenciadas na Região Africana (2014 – 2020), 2013

OUOBA K; FOFANA S; SEMDÉ R. Factors limiting traditional medicine integration into modern health systems in Africa: protocol for a systematic review of qualitative studies. *Public Health.* v. 211, p. 62-65, 2022

PATEL A, MASHINGIA, J. Pharmaceutical Policy in the East African Community: Burundi, Kenya, Uganda, Rwanda, Tanzânia. In. BABAR, Zaheer-Ud-Din org. **Pharmaceutical Policy in Countries with Developing Healthcare Systems.** Springer International Publishing AG. 2017.

PERHUDOFF SK, Alexandrov NV, Hogerzeil HV. Legislating for universal access to medicines: a rights-based cross-national comparison of UHC laws in 16 countries. **Health Policy and Planning**, v. 34, Suppl. 3, 2019a.

PERHUDOFF SK, Alexandrov NV, Hogerzeil HV. The right to health as the basis for universal health coverage: A cross-national analysis of national medicines policies of 71 countries. **PLoS ONE.**, v. 14, n. 6, p. 0215577, jun. 2019b
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215577>

PERHUDOFF SK, Alexandrov NV, Hogerzeil HV. Detailed methodology for the project 'National medicines policy for universal access to medicines'. **figshare. Journal contribution.** 2019c <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.7008176.v1>

PERHUDOFF SK, FORMAN L. What constitutes 'reasonable' State action on core obligations? Considering a right to health framework to provide essential medicines. *J Hum Rights Pract* [Internet]. 30 Apr 2019. <https://doi.org/10.1093/jhuman/huz013>

PERHUDOFF Katrina *et al.* Essential Medicines in Universal Health Coverage: A Scoping Review of Public Health Law Interventions and How They Are Measured in

Five Middle-Income Countries. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, p. 9524, 2020

PEREHUDOFF Katrina. Universal access to essential medicines as part of the right to health: a cross-national comparison of national laws, medicines policies, and health system indicators. **Global Health Action**, v. 13, p. 1699342, 2020 Doi: <https://doi.org/10.1080/16549716.2019.1699342>

PEREIRA; Carlos Alexandre Rodrigues. Medicina tradicional africana e seu legado à cultura brasileira de cuidado em saúde. Congresso Online Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. ISBN dos Anais: 978-65-86861-96-9

PINTO, JOÃO NUNO DA SILVA. A construção da política de segurança alimentar e nutricional em Angola. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Universidade Federal Rural do Rio Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

PINTO, JOÃO PAULO HENRIQUE. A identidade nacional angolana – definição, construção e usos políticos. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2016

PIOVESAN, Flávia. Direitos humanos e justiça internacional: um estudo comparativo dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano. São Paulo: Saraiva, 2013.

PONTES, Hélder. De onde vem o nome de Angola? In: <http://introestudohistangola.blogspot.com/2006/05/31-donde-vem-o-nome-angola.html>. 2006. Acesso em 01 jun. 2022

PORTUGAL, Alice; BERMUDEZ, Jorge; DOS Santos Ronald. Acesso a medicamentos: Direito Humano Fundamental!. In: **Solidariedade ou Apartheid?: Lições aprendidas na pandemia**. São Paulo: Escola Nacional de Formação e Qualificação Profissional dos Farmacêuticos, 2022

PIIM. PLANO INTEGRADO DE INTERVENÇÃO NOS MUNICÍPIOS (PIIM), 2020. Disponível em: <https://governo.gov.ao/ao/governo/programas-de-accao-governativa/piim/>.

POUPART, J. A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In: POUPART, J. et al. (Orgs.). A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2019. p.215-53.

PRODANOV, C. C, DE FREITAS, E. C. Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico / Cleber Cristiano Prodanov, Ernani Cesar de Freitas. - 2 ed. - Novo Hamburgo: Feevale, 2013

QUEIROZ Flávio de Lima. Acesso à Informação Pública nos Estados-Membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Pernambuco

QUEZA, A. J. Sistema Nacional de Saúde em Angola: uma Proposta da Reforma do Serviço Nacional de Saúde de Portugal. Dissertação (Mestrado integrado em medicina) - Faculdade de medicina da Universidade do Porto, Porto, 2010.

RAULI, F. Monitoramento das políticas públicas de Curitiba: uma avaliação crítica sob a ótica dos indicadores de desenvolvimento sustentável. 2007. 182 p. Dissertação (Mestrado em Organizações e Desenvolvimento)-Centro Universitário Franciscano, Curitiba. 2007.

REMENCHE, Maria de Lourdes Rossi; SIPPEL, Juliano. A Escrivivência de Conceição Evaristo como Reconstrução do Tecido da Memória Brasileira. **Cadernos de Linguagem e Sociedade**. v. 20, n. 2, 2019

RUA, Maria das Graças. (1997). Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos. Textos elaborados para o Curso de Formação para a carreira de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Brasília: ENAP/Ministério do Planejamento, 1997.

RUSAKANIKO S. *et al.* Strengthening national health research systems in the WHO African Region – progress towards universal health coverage. **Globalization and Health**. v. 15, p. 50, 2019. <https://doi.org/10.1186/s12992-019-0492-8>

SANTOS JD; ALVES RA. O colonialismo e sua produção de corpos. **Revista Simbiótica**. v. 4, n. 2, jul.-dez., 2017

SECCHI, Leonardo; COELHO, Fernando de Souza; PIRES, Valdemir. Políticas Públicas: conceitos, casos práticos, questões de concursos. 3 ed. São Paulo: Cengage, 2019

SILVA, Karine Sousa. Insurgências contra-coloniais e a amefricanização da universidade. In: Claudia Mortari, Luisa Tombini Wittmann (Org.). **Narrativas Insurgentes: decolonizando conhecimentos e entrelaçando mundos**. Florianópolis, SC: Rocha Gráfica e Editora, 2020. p. 9-17.

SILVA, Augusto Paulo. As dificuldades na África na pandemia vão além da vacina, diz pesquisador da Fiocruz [Entrevista concedida a Cristina Azevedo]. **Portal Fiocruz**, Rio de Janeiro, julho de 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/dificuldades-na-africa-na-pandemia-vao-alem-da-vacina-diz-pesquisador-da-fiocruz> Acesso em 20 jun. 2022.

SITTIG Dean F.; SINGH Hardeep. A New Socio-technical Model for Studying Health Information Technology in Complex Adaptive Healthcare Systems. **Quality & Safety in Health Care**, v. 19, n. 13, p. 68–74. Out 2010.

SOARES Luciano. O Acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos: Modelo teórico e elementos empíricos. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Santa Catarina, 2013

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: Conceitos, Tipologias e Sub-Áreas. Trabalho elaborado para a Fundação Luís Eduardo Magalhães. São Paulo, dezembro de 2002.

SZEINBACH *et al.* Dispensing errors in community pharmacy: perceived influence of sociotechnical factors. **International Journal for Quality in Health Care.**, v. 19, n. 4, p. 203–209, 2007.

TEIXEIRA AF; GOMES RC. Governança pública: uma revisão conceitual. **Rev. Serv. Público.**, v. 70, n. 4, p. 519-550, out/dez Brasília, 2019

TEODORO, *et al.* Descrição interpretativa: uma abordagem metodológica viável para a pesquisa em enfermagem. **Esc Anna Nery.**, v. 22, n. 3, p. 20170287, 2018.

TORRONTEGUY, Marco Aurélio Antas. Acesso a medicamentos: direito ou utopia? Jorge Bermudez, E-papers, 2014. **Revista de Direito sanitário.** v.16 n.2, p. 253-257, jul./out., São Paulo, 2015.

THOMAS, P. M. B. Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda, Angola: E o alinhavar de missangas na Cooperação do Brasil. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

TOMBOLATO Mário Augusto; DOS SANTOS Manoel Antônio. Interpretative Phenomenological Analysis (IPA): Basic underpinnings and applications in research. *Phenomenological Studies*. **Revista da Abordagem Gestáltica.**, v. 26, n. 3, p. 293-304, 2020

TRADING ECONOMICS. Disponível em: <https://pt.tradingeconomics.com/angola/youth-unemployment-rate> . Acesso em 10 março 2023

TRANSPARÊNCIA INTERNACIONAL. Índice de Percepção da corrupção 2022. Brasil, 2023. Disponível em: <https://comunidade.transparenciainternacional.org.br/indice-de-percepcao-da-corrupcao-2022> Acesso em 10Março 2023

UWIZEYIMANA T, *et al.* Drug supply situation in Rwanda during COVID-19: issues, efforts and challenges. **Journal of Pharmaceutical Policy and Practice.**, v. 14, n. 1, p. 12, 2021.

UNICEF. Introduction to the Human Rights Based Approach: A Guide For Finnish Ngos And Their Partners. 2015. Disponível em : https://unicef.studio.crasman.fi/pub/public/pdf/HRBA_manuaali_FINAL_pdf_small2.pdf

UNIÃO AFRICANA. Relatório Progresso da Malária da União Africana, 2022. Disponível em: <https://alma2030.org/wp-content/uploads/2022/02/relato%CC%81rio-do-progresso-da-mala%CC%81ria-2021-pt.pdf>

VARGENS, José Muniz da Costa. Uma abordagem sociotécnica para design e desenvolvimento de sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS. Tese (Doutorado). – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

VIEIRA Fabiola Supino. TD 2734 - Modelos de organização da assistência farmacêutica na atenção ambulatorial: uma análise comparada. Texto para Discussão. 10.38116/td2734. Research gate, 2022 Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/358462302>

VICENTE, MTC, et al. Analysis of quality indexes of the provided health services in public and private services of Angola. Journal of Human Growth and Development. v. 26, n. 1, p. 228-233, 2016 Doi: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.119280>

WANNMACHER, Lenita. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. In. **Uso racional de medicamentos: Temas selecionados**. ISSN 1810-0791 Vol. 3, Nº2 Brasília, janeiro de 2006. Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde - Brasil, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Systems thinking for health systems strengthening. Alliance for Health Policy and Systems Research, Geneva - Switzerland, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A Universal Truth: No Health Without a Workforce. Disponível em: https://www.who.int/publications/m/item/hrh_universal_truth , 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases, 2021–2030. Geneva, p. 1-6, 2015

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: a road map for neglected tropical diseases 2021–2030, 2021

YAMIN AE; MALECHE A. Realizing universal health coverage in East Africa: the relevance of human rights. **BMC International Health and Human Rights**, v. 17, n. 21, p. 1–10, 2017.

YFANTOPOULOS, J.N; CHANTZARAS, A. Drug Policy in Greece. Value In Health Regional Issue., v. 16, p. 667-3, 2018

APÊNDICE A - O ACESSO A MEDICAMENTOS E O DIREITO À SAÚDE EM
ANGOLA: ENSAIO A PARTIR DA ACESSIBILIDADE AOS CONTRACEPTIVOS

APÊNDICE B - ARTIGO DE PESQUISA: ACESSO A MEDICAMENTOS E A
OPERACIONALIZAÇÃO DE POLÍTICAS SOB A PERSPECTIVA DO DIREITO À
SAÚDE

APÊNDICE C - RESUMO FIP SEVILLE, 2022

RESUMO APRESENTADO NO 80º CONGRESSO MUNDIAL DE FARMÁCIA E CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DA FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DOS FARMACÊUTICOS - FIP SEVILLE, 2022



DEVELOPMENT OF POLICIES THAT IMPACT ON ACCESS TO MEDICINES IN ANGOLA

Elisa Dulce João Fundanga | elisadulce@outlook.com
 Fernanda Manzini | manzinifer@gmail.com
 Silvana Nair Leite | silvana.nair@hotmail.com

Universidade Federal De Santa Catarina - UFSC / SC - BRAZIL



INTRODUCTION

Universal health coverage aims to ensure that all people have access to health services without financial hardship to pay for them, including medicines. The formulation, implementation and maintenance of policies that provide access to medicines is an goal in Angola and related studies contribute to achieving the proposed goals.

Angola is a young democratic country undergoing consolidation. It is located in the western region of southern Africa. With a population of 25.7 million, the life expectancy at birth is 63 years for women and 55.5 years for men.



Source: <https://www.mapsofworld.com/angola/angola-political-map.html>

AIM

This study aims to review the policies that impact on access to medicines in Angola.

METHODS

Bibliographic and Documentary Research

Keywords: Access to medicines, Pharmaceutical Services, Health systems, National medicines policy, Angola.

Searched on: Administrative, legislative, institutional publications from international and national, governmental and non-governmental organizations and grey literature

For data treatment content analysis was adopted

RESULTS



Figure: Policies that impact on access to medicines in Angola

COMPONENTS	LOCAL LEGISLATION
Right to the highest attainable standard of health	According to the national health policy, and the constitution of the republic, health is a fundamental human right.
State obligation to provide essential medicines	The State is the largest importer of medicines and must promote policies that make primary health care universal and free.
Selection of essential medicines	General bases of the Pharmaceutical Policy - Decree 180/10 National list of essential medicines - 2013 ARMED - 2021- Legislative - nite process, from selection to distribution
Government financing	The state's general budget is the main funder; may fund non-profit NGOs and may charge users fees.
International assistance and technical cooperation	Based on "per capita" value based on international indicators for similar countries

CONCLUSIONS

Angola has a minimal legal framework that regulates the health system and access to medicines. However, in practice, the regulatory framework appears to be a "letter of intent" in which the country sets out its intentions in an attempt to comply with internationally established standards. This can be explained by multiple factors, such as the political-economic structure of the country the external dependence on access to medicines, lack of trained human resources (the pharmacy course is recent and there is no unified curriculum).

REFERENCES

Adebisi, Yusuff Adebayo, et al. "Revisiting the issue of access to medicines in Africa: Challenges and recommendations." *Public Health Challenges* 1.2 (2022): e9.

Fulevo Tando. Pharmaceutical assistance in primary health care in the municipality of Cazenga / Luanda - Angola.. Rio de Janeiro. Dissertation (Master's in Public Health) - National School of Public Health Sergio Arouca; 2011.

Perehudoff, S. Katrina, Nikita V. Alexandrov, and Hans V. Hogerzeil. "The right to health as the basis for universal health coverage: A cross-national analysis of national medicines policies of 71 countries." *PLoS One* 14.6 (2019): e0215577.

Introduction: Universal health coverage aims to ensure that all people have access to health services without financial hardship to pay for them, including medicines. The formulation, implementation and maintenance of policies that provide access to medicines is an goal in Angola and related studies contribute to achieving the proposed goals. Angola is a young democratic country undergoing consolidation. It is located in the western region of southern Africa. With a population of 25.7 million, the life expectancy at birth is 63 years for women and 55.5 years for men.

Objective: This study aims to review the policies that impact on access to medicines in Angola.

Methodology: Data collection was conducted through bibliographic and documentary research. Administrative, legislative, institutional publications from international and national, governmental and non-governmental organizations and grey literature were searched. For data treatment content analysis was adopted.

Results: The process of construction of the health system and consequently the pharmaceutical policy is directly related to the evolution of the national health system: In the colonial period, access was given only to a privileged minority. With the proclamation of independence in November 1975, the National Health System was created, based on the principles of universality and gratuity. The Ministry of Health (MINSA) is the entity responsible for formulating and conducting health policy, with the National Health Development Plan as its main instrument. The National Pharmaceutical Policy was drafted in June 2005 and approved in March 2010. Its objective is to ensure that the entire population has access to effective, safe and quality medicines, anywhere in the country, at controlled prices and the rational use of these medicines. In the same year, other institutions were formalised with a view to improving the medicines procurement process, and to achieving the goals established internationally for developing African countries. Recently, the Medicines and Health Technology Regulatory Agency (ARMED) was created, charged with directing all functions in the pharmaceutical sector, including teaching, research and extension.

Conclusion: Angola has a minimal legal framework that regulates the health system and access to medicines. However, in practice, the regulatory framework appears to be a "letter of intent" in which the country sets out its intentions in an attempt to comply with internationally established standards. Moreover, many of the proposals have not yet been implemented. This can be explained by multiple factors, such as the political-economic structure of the country (centralized in the capital in all sectors), the external dependence on access to medicines (either through donations or direct purchase from foreign companies, since there is no local production of medicines), lack of trained human resources (the pharmacy course is recent and there is no unified curriculum). All this scenario triggers a fragmented look at health services, which hinders their development.

APÊNDICE D – ROTEIROS DE ENTREVISTAS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

ABERTURA DA ENTREVISTA

Apresentação do pesquisador, explicação do objeto, objetivos e metodologia de pesquisa

Assinatura do Termo de consentimento

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome Completo: _____

Nacionalidade: _____

Idade: _____

Gênero: _____

Profissão: _____

Tempo na profissão: _____

Cargo atual: _____

Cargo antecedente: _____

Tempo de exercício no cargo (em anos): _____

ROTEIRO 1: aplicado a dirigentes e profissionais dos departamentos da Delegação Provincial da Saúde ou a ele relacionados, que têm como atribuição ações ligadas ao aprovisionamento de medicamentos

1. Como está estruturada a assistência farmacêutica em Angola e nas províncias? Quem são os atores envolvidos?

2. Informações sobre:

- Financiamento da assistência farmacêutica (diferenciar financiamento para as províncias, para os centros e postos de saúde e para os hospitais)
- Seleção (lista de medicamentos)
- Programação (dados epidemiológicos, programação centralizada ou descentralizada)
- Aquisição (produção nacional de medicamentos, medicamentos genéricos, tem como referência a lista de medicamentos? Conseguem adquirir os medicamentos?)
- Distribuição (postos de saúde, centros de saúde, hospitais)

Destacar os atores responsáveis pelos processos.

3. Como se dá o acesso aos medicamentos pelos pacientes? Os pacientes conseguem ter acesso aos medicamentos prescritos?

4. Você identifica problemas em relação ao acesso aos medicamentos em Angola? Se sim, quais? Como eles podem ser resolvidos?

ROTEIRO 2: aplicado a trabalhadores do Centro de Saúde

1. Como está estruturado o acesso aos medicamentos nesta unidade de saúde?
2. Informações sobre:
 - Lista de medicamentos
 - Programação (programação centralizada pela capital/província, atende as necessidades locais?)
 - Distribuição
 - Dispensação (tem farmacêutico? Qual profissional faz a dispensação?)
 - Armazenamento local
3. Os médicos prescrevem os medicamentos da lista?
4. Costuma ter falta de medicamentos? Se sim, por que?
5. Em caso de falta ou no caso do medicamento não constar na lista, como o paciente faz para ter acesso?

ROTEIRO 3: aplicado ao Diretor Provincial e a Ordem dos farmacêuticos

1. Em que cenário surgiu a política de medicamentos? Quais foram os atores envolvidos neste processo? Você esteve envolvido no processo de construção da política e/ou implementação das ações?
2. Como está estruturada a assistência farmacêutica em Angola e nas províncias? Quem são os atores envolvidos?
3. Informações sobre:
 - Financiamento da assistência farmacêutica (diferenciar financiamento para as províncias, para os centros e postos de saúde e para os hospitais)
 - Seleção (lista de medicamentos)
 - Programação (dados epidemiológicos, programação centralizada ou descentralizada)
 - Aquisição (produção nacional de medicamentos, medicamentos genéricos, tem como referência a lista de medicamentos? Conseguem adquirir os medicamentos?)
 - Distribuição (postos de saúde, centros de saúde, hospitais)

Destacar os atores responsáveis pelos processos.

4. Como se dá o acesso aos medicamentos pelos pacientes? Os pacientes conseguem ter acesso aos medicamentos prescritos?
5. Qual o número atual de farmacêuticos na província? Como se dá a contratação desses profissionais no serviço público?
6. Você identifica problemas em relação ao acesso aos medicamentos em Angola? Se sim, quais? Como eles podem ser resolvidos?

ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

GABINETE DO REITOR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar de uma pesquisa para conclusão de curso de pós-graduação (Modalidade Residência em Saúde da Família) intitulada “Políticas de acesso a medicamentos na Atenção Primária à Saúde em Angola: um olhar a partir das contribuições brasileiras”, tendo como objetivo geral analisar as políticas públicas sobre acesso a medicamentos na Atenção Primária à Saúde em Angola à luz da experiência no Brasil. Se aceitar participar o(a) senhor(a) será solicitado(a) a responder a uma entrevista composta por algumas perguntas. Caso concorde, as respostas serão gravadas em meio digital e posteriormente transcritas. Serão previamente marcados a data e horário para as perguntas, em local de sua preferência.

O (a) senhor (a) e seu/sua acompanhante, não terão despesas e nem serão remunerados pela participação na pesquisa. Todas as despesas decorrentes de sua participação serão ressarcidas. Em caso de danos, decorrentes da pesquisa será garantida a indenização.

Os riscos destes procedimentos serão mínimos por envolver a possibilidade de algum constrangimento e/ou desconfortos quanto à participação em entrevistas e em expor vivências referentes a seu processo de trabalho e atuação profissional, bem como suas percepções sobre a organização da Assistência Farmacêutica. Visando minimizar estes riscos alguns cuidados serão seguidos: as entrevistas ocorrerão em local reservado e as informações ficarão sob posse somente do pesquisador, sendo utilizadas apenas para fins dessa pesquisa; o sigilo de sua identidade será garantido, sendo que em nenhuma hipótese a mesma será revelada (cada indivíduo será identificado por um número ou código). Os benefícios e vantagens em participar deste estudo serão indiretos e a longo prazo, considerando que a pesquisa irá contribuir para o debate sobre as políticas para acesso aos medicamentos em Angola.

As pessoas que estarão acompanhando os procedimentos serão os pesquisadores Elisa Dulce João Fundanga (farmacêutica, aluna do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família PMF/UDESC), a orientadora deste trabalho Fernanda Manzini e coordenador Leandro Ribeiro Molina, ambos farmacêuticos da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

O (a) senhor (a) poderá se retirar do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de constrangimento.

Solicitamos a sua autorização para o uso de seus dados para a produção de artigos técnicos e científicos. A sua privacidade será mantida através da não-identificação do seu nome.

Este termo de consentimento livre e esclarecido é feito em duas vias, sendo que uma delas ficará em poder do pesquisador e outra com o sujeito participante da pesquisa.

PARA CONTATO: ELISA DULCE JOÃO FUNDANGA
NÚMERO DO TELEFONE: 55 48 9 99998106
ENDEREÇO: Servidão Cereja, 190 Pantanal, Florianópolis, Santa Catarina- Brasil
ASSINATURA DO PESQUISADOR:

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que fui informado sobre todos os procedimentos da pesquisa e que recebi de forma clara e objetiva todas as explicações pertinentes ao projeto e que todos os dados a meu respeito são sigilosos. Eu compreendo que neste estudo, as medições dos experimentos/procedimentos de tratamento serão feitas em mim, e que fui informado que posso me retirar do estudo a qualquer momento.

Nome por extenso _____

Assinatura _____ Local: _____ Data: _____
____/____/____.

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEPESH/UDESC
Av. Madre Benvenuta, 2007 – Itacorubi – Florianópolis – SC -88035-901
Fone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-7881 - E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br /
cepsh.udesc@gmail.com CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
SRTV 701, Via W 5 Norte – lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte - Brasília-
DF - 70719-040
Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: conep@saude.gov.br

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES

CONSENTIMENTO PARA FOTOGRAFIAS, VÍDEOS E GRAVAÇÕES.

Permito que sejam realizadas fotografia, filmagem ou gravação de minha pessoa e do espaço físico das dependências do serviço para fins da pesquisa científica intitulada “ **POLÍTICAS DE ACESSO A MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM ANGOLA: UM OLHAR A PARTIR DAS CONTRIBUIÇÕES BRASILEIRAS**”, e concordo que o material e informações obtidas relacionados possam ser publicados eventos científicos ou publicações científicas. Porém, a minha pessoa e o nome do local não deve ser identificada por nome ou rosto em qualquer uma das vias de publicação, ou uso.

As fotografias, vídeos e gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo e, sob a guarda dos mesmos.

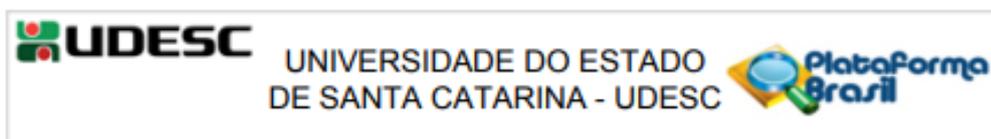
_____, ____ de _____ de _____
Local e Data

Nome do Sujeito Pesquisado

Assinatura do Sujeito Pesquisado

Avenida Madre Benvenuta, 2007, Itacorubi, CEP 88035-901, Florianópolis, SC, Brasil.
Telefone/Fax: (48) 3664-8084 / (48) 3664-7881 - E-mail: cepsh.reitoria@udesc.br /
cepsh.udesc@gmail.com
CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
SRTV 701, Via W 5 Norte – Lote D - Edifício PO 700, 3º andar – Asa Norte - Brasília-DF -70719-040
Fone: (61) 3315-5878/ 5879 – E-mail: conep@saude.gov.br

ANEXO 3 – PARECER CEP SH



Continuação do Parecer: 3.376.034

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1334558.pdf	22/05/2019 10:57:13		Acelto
Outros	Carta_Resposta.pdf	22/05/2019 10:54:43	ELISA DULCE JOÃO FUNDANGA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCR.pdf	22/05/2019 10:45:48	ELISA DULCE JOÃO FUNDANGA	Acelto
Outros	Termo_foto.pdf	22/05/2019 10:35:48	ELISA DULCE JOÃO FUNDANGA	Acelto
Outros	Roteiros_entrevista.pdf	22/05/2019 10:34:24	ELISA DULCE JOÃO FUNDANGA	Acelto
Outros	Anuencia_SMS.pdf	15/04/2019 15:21:43	ELISA DULE JOÃO FUNDANGA	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao.pdf	15/04/2019 15:20:56	ELISA DULE JOÃO FUNDANGA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/04/2019 15:10:37	ELISA DULE JOÃO FUNDANGA	Acelto
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	15/04/2019 15:02:55	ELISA DULE JOÃO FUNDANGA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 06 de Junho de 2019

Assinado por:
Renan Thiago Campestrini
(Coordenador(a))

ANEXO 4 -LISTA DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

CONTEUDO DA CAIXA (KIT) DE CENTRO DE SAÚDE

2008

	Nome genérico	Forma	Dosagem	Embalagem		Quantidade total
				Unidades	Quantidade	
1	Acido acetilsalicílico (Aspirina)	compr	500 mg	100	5	500
2	Acido silicilico e benzóico	pomada		bisnaga 36 g	35	35
3	Adrenalina (Epinefrina)	inj	1 mg/ml	amp. 1 ml	5	5
4	Agua para inj.	inj		5 ml	200	200
5	Artemeter + Lumefantrina	comp	(20 + 120) mg	Blister de 12	150	1,800
6	Artesunato	supositório	50 mg		50	50
7	Amoxicilina	compr	250 mg	1000	1	1000
8	Atropina (sulfato)	compr	1 mg	100	1	100
9	Benzoat de benzilo	locaco	25%	frasco 1 L	1	1
10	Clorfeniramina (maleato)	compr	4 mg	100	1	100
11	Clorexidina (digluconato)	solucao	20%	frasco 100 ml	2	2
12	Cotrimoxazole	comp	400 + 80 mg	1000	3	3000
13	Camisinhhas	Caixa de 144	camisinhhas	2	288	288
14	Diazepam	rectiole	2 mg/ml	3ml	10	10
15	Metylergometrina	compr	0,125 mg	100	1	100
16	Fenoximetilpenicilina	compr	250 mg	1000	1	1000
17	Magnesium Trisilicate Comp.	compr	500 mg	500	1	500
18	Lidocaina	inj	1%	frasco 50 ml	2	2
19	Albendazol	compr	400 mg	100	2	200
20	Metronidazol	compr	250 mg	100	10	1000
21	Paracetamol	compr	500 mg	100	15	1500
22	Penicilina procaina	inj	1 g	frasco	200	200
23	Prometazina (HCL)	inj	25 mg/ml	amp 2 ml	10	10
24	Sais de reidratacao oral (OMS 2007)	pó		pacotes	200	200
25	Sulfato ferroso + acido fólico	compr	200 + 0,25 mg	1000	6	6000
26	Salbutamol	compr	4 mg	100	2	200
27	Sulfadoxina + pirimetamina	compr	500 + 25 mg	300	1	300
28	Tetraciclina (HCl) oftálmica	pomada	1%	bisnaga 5 g	50	50
29	Violeta de genciana	pó		25 g	2	2
30	Oxido de zinco vaselina	pomada	10%	bisnaga 100 g	5	5
31	Multivitamina	compr		1000	1	1000
32	Zinco (Sulfato)	compr	10 mg	Blister de 10	10	100
33	Adesivo			25mm x 5m	10	10
34	Algodão			500 g	3	3
35	Gaze			1m x 100m	1	1
36	Ligadura			10cm x 5m	100	100
37	Agulhas intramusc., irrecup.			21G x 11/2	300	300
38	Agulhas subcut., irrecup.			23G x 1	30	30
39	Seringas 1 ml, irrecup.				10	10
40	Seringas 5 ml, irrecup.				300	300
41	Fio de sutura, seda 00 c/agulha				15	15
42	Laminas de bisturi no 22				5	5
43	Luvras cirurgicas 7 1/2				20	20
44	Sabonete				15	15
45	Saquinhas p/comprimidas (10x8cm), fechavel				4000	4000
46	Bloco de papel				2	2
47	Esferográficas				4	4



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

PROGRAMA NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

CONTEUDO DA CAIXA (KIT) DE POSTO DE SAÚDE

2008

	Nome genérico	Forma	Dosagem	Embalagem		Quantidade total
				Unidades	Quantidade	
1	Acido acetilsalicílico (Aspirina)	compr	500 mg	500	10	500
2	Acido salicilico e benzóico	pomada		bisnaga 36 g	35	35
3	Adrenalina (Epinefrina)	inj	1 mg/ml	amp. 1 ml	2	2
4	Água por inj.	inj		5 ml	100	100
5	Artesunato + Lumefantrina	comp	(20 + 120) mg	Blister de 12	100	1.200
6	Artesunato	supositório	50 mg		20	20
7	Amoxicilina	capsula	250 mg	1000	1	1000
8	Atropina (sulfato)	compr	1 mg	100	1	100
9	Benzoat de benzilo	solução	25%	frasco 1 L	1	1
10	Clorfeniramina (maleato)	compr	4 mg	100	1	100
11	Clorexidina (digluconato)	solução	20%	frasco 100 ml	2	2
12	Cotrimoxazole	comp	400 + 80 mg	1000	3	3000
13	Camisinhãs	Caixas de 144		2	288	288
14	Fenoximetilpenicilina	compr	250 mg	1000	1	1000
15	Magnesium Trisilicato Comp.	compr	500 mg	500	1	500
16	Lidocaina (HCL)	inj	1%	frasco 50 ml	2	2
17	Albendazol	compr	400mg	100	2	200
18	Metronidazole	compr	250 mg	100	10	1000
19	Paracetamol	compr	500 mg	100	15	1500
20	Penicilina procaina	inj	1 g	frasco	100	100
21	Sais de reidratação oral (OMS 2007)	pó		pacotes	200	200
22	Sulfato Ferroso + ácido fólico	compr	200 + 0.25 mg	1000	5	5000
23	Salbutamol	compr	4 mg	100	2	200
24	Sulfadoxina + pirimetamina	compr	500 + 25 mg	300	1	300
25	Tetraciclina (HCl) oftálmica	pomada	1%	bisnaga 5 g	50	50
26	Violeta de genciana	pó		25 g	2	2
27	Oxido de zinco vaselina	pomada	10%	bisnaga 100 g	5	5
28	Multivitamina	compr		1000	1	1000
29	Zinco (Sulfato)	compr	10 mg	Blister de 10	100	1000
1	Adesivo			25mm x 5m	10	10
2	Algodão			500 g	3	3
3	Gaze			1m x 100m	1	1
4	Ligadura			10cm x 5m	100	100
5	Agulhas intramusc. 21Gx1,5			21G X 11/2	150	150
6	Agulhas subcut., irrecup.			23G x 1	5	5
7	Seringas 1 ml, irrecup.				5	5
8	Seringas 5 ml, irrecup.				150	150
9	Fio de sutura, seda 00 c/agulha				15	15
10	Laminas de bisturi no 22				5	5
11	Luvas cirurgicas 7 1/2				20	20
12	Sabonete				10	10
13	Saquinhas p/comprimidas (10x8cm), fechavel				4000	4000
14	Bloco de papel				2	2
15	Esferográficas				4	4



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

CONTEUDO DE KIT DE MEDICAMENTOS/ COMPLEMENTAR DO KIT CENTRO DE SAÚDE

2008

	Nome genérico	Forma	Dosagem	Embalagem		Quantidade total
				Unidades	Quantidade	
1	Acido Folico	compr	5 mg	1000	1	1000
2	Acido Nalidixico	compr	500 mg	100	3	300
3	Aminofilina	inj	25 mg/ml	10 ml	10	10
4	Artemether	inj	80mg/ml	50	1	50
5	Cimetidina	compr	200 mg	100	3	300
6	Cloranfeinico (Succinato de sódio)	inj	1 g	25	1	25
7	Dexametaxona (sulfato de sódio)	inj	4mg/ml	ampola 1ml	100	100
8	Diazepam	compr	5 mg	50	1	50
9	Ergometrina (maleato)	inj	0,2mg/ml	ampola 1ml	25	25
10	Fenobarbital	compr	30 mg	100	3	300
11	Gentamicina	inj	80 mg/2ml	5	10	50
12	Glucose (Dextrose) com sistema	inj	5%	Balão de 500 ml	20	20
13	Griseofulvina	compr	125 mg	500	1	500
14	Hidroclorotiazida	compr	25 mg/ml	500	2	1000
15	Lactato de Ringer com sistema	solução		Balão de 500 ml	20	20
16	Metoclopramida	inj	5mg/ml	Caixa de 5	1	5
17	Nifedipina	compr	10 mg	100	1	100
18	Penicilina Benzatinica	inj	2,4 MUI	Vial	10	10
19	Penicilina Procaina Benzil	inj	3 MUI	Vial	20	20
20	Prednisolona	compr	5 mg	100	1	100
21	Propranolol (HCL)	compr	40 mg	100	2	200
22	Quinina di-HCL	inj	300mg/ml	ampola 2ml	25	25
23	Vitamina A (Retinol)	capsula	200000 UI	500	1	500
24	Agua para injeção	inj		5 ml	100	100
25	Agulha intramuscular	20 G x2		100	1	100
26	Agulha subcutanea	22 GX1,25		100	1	100
27	Seringa plastica de 5ml			1	100	100
28	Seringa plastica de 2ml			1	50	50
29	Seringa plastica de 10 ml			1	5	5
30	Luvas não cirurgicas 7 1/2			pares	100	100
31	Luvas cirurgicas 7 1/2			pares	10	10
32	Saquinhas para medicamentos	10x8cm, fechavel		100	10	1000
33	Sonda Naso Gástrica (SNG)	n.º17		1	1	1



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

CONTEUDO DA CAIXA (KIT) DE **CESARIANA**

2008

	Nome genérico	Forma	Dosagem	Embalagem		Quantidade total
				Unidades	Quantidade	
1	AMPICILINA 1G AMP	Inj	1 G	1	1	6
2	CEFAZOLINA 1G	Inj	1G	1	2	2
3	GENTAMICINA	Inj	40MG/ML 2ML	1	2	2
4	DICLOFENAC	Inj	75MG/3ML	1	2	2
5	KETAMINA	Inj	50 mg/ml, 10 ml	1	1	1
6	TIOPENTAL	Inj	500mg	1	1	1
7	SUXAMETONIO CLORIDE	Inj	500MG/10ML (50MG/M)	1	1	1
8	PANCURONIUM BROMIDE	Inj	2mg/ml	1	1	1
9	NEOSTIGMINA	Inj	1 mg/ml, 1ml	1	1	5
10	ATROPINA	Inj	1 mg/ml, 1ml	1	2	2
11	FENTANIL	Inj	0,1mg/2ml	1	1	1
12	DROPERIDOL	Inj	2,5mg, 1ml	1	1	1
13	LIDOCAÍNA	Inj	2%, 5ml	1	1	1
14	OXITOCINA	Inj	10 UI/ml, 1ml	1	1	4
15	RINGER LACTATO 500 ML	Inj	500 ml	1	1	2
16	CLORETO SODIO(SORO FISIOLÓGICO)		0.9%	1	1	1
17	ESTERILE POLYGLINE) Haemacel	Inj	SOLUTION 3,5% IV 500ML		1	1
18	DEXTROSE	Inj	5%, 500ml	1	1	1
19	LUVAS CIRÚRGICAS	Inj	Nº 7,5 (PAR)	1	1	5
20	LUVAS DE EXAME (DESCARTÁVEL)		Tam, M	1	1	6
21	LÂMINA DE BISTURI			1	1	1
22	ALGALIA			1	1	1
23	SONDA NASOGASTRICA			1	1	1
24	SACO COLECTOR DE URINA 2L		2L	1	1	1
25	BRANULA (22G / 23G)		(22G/23G)	1	2	2
26	SISTEMA DE SORO			1	2	2
27	LAMINA BARBEAR			1	2	2
28	TUBO ENDOTRAQUEAL			1	1	1
29	SERINGA DISPOSABLE		5 cc C/agulha	1	1	4
30	SERINGA DISPOSABLE		10 cc c/ agulha	1	1	2
31	SUTURA SEDA		2/0 c/ agulha	1	1	1
32	FIO DE SUTURA CATGUT 2/0 C/AGULHA		2/0 c/ agulha	1	1	1
33	SUTUTA POLYGLACTIN 2/0 C/AGULHA		2/0 c/ agulha	1	2	2
34	SUTUTA POLYGLACTIN "0" C/AGULHA		0 C/ agulha	1	1	1
35	SUTUTA POLYGLACTIN "1" C/AGULHA		1 C/agulha	1	1	1
36	COMPRESSAS		UNID. 30X20CM	1	1	20
37	ALGODÃO HIDROFILO		EMB. 250 GR	1	1	1
38	ADESIVO		5CMX5M	1	1	1
39	PENSO HIGIÉNICO PÓS-PARTO			1	1	10

frio

frio

Psico

frio



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

CONTEUDO DA CAIXA (KIT) DE PARTO NORMAL

2008

	Nome genérico	Forma	Dosagem	Embalagem		Quantidade total
				Unidades	Quantidade	
1	Oxitoxina	Inj	10 UI/ml	1	4	4
2	Atropina	Inj	1mg/ml	1	5	5
3	Papaverina	Inj	100 mg/2ml	1	3	3
4	Droperidol	Inj	2,5 mg/ml	1	1	1
5	Lidocaina	Inj	2%	1	1	1
6	Ampicilina	Inj	1 g	1	4	4
7	Adrenalina	Inj		1	1	1
8	Bicarbonato de sódio	Inj	4%	1	1	1
9	Gluconato de Cálcio	Inj		1	1	1
10	Cloranfenicol	Colirio oftalm		1	1	1
11	Soro fisiológico	Inj	0,9%, 500ml	1	1	1
12	Dextrose	Inj	5%	1	2	2
13	Alcool		70%, 50 ml	1	1	1
14	Iodo Povidona ou Betadina	Inj	,30 ml	1	1	1
15	Luvas Cirurgica		7.5	1	8	8
16	Luvas não Cirurgica		7.5	1	5	5
17	Seringa c/ agulha		5ml	1	2	2
18	Cateter Umbilical			1	1	1
19	Branula			1	2	2
20	Sonda nasogastrica recém nascido			1	1	1
21	Sonda de aspiração			1	1	1
22	Sistema de soro			1	2	2
23	Algalha			1	1	1
24	Amniotomo			1	1	1
25	Fio de sutura Vicryl		2/0	1	3	3
26	Clamp Umbilical			1	1	1
27	Compressas		30 x 20 cm	1	10	10
28	Algodão		250 g	1	1	1
29	Penso higienico pós parto			1	4	4
30	Fralda recém nascido			1	1	1

