



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais

Mestrado em Gestão – Especialização em Gestão e Administração de  
Unidades de Saúde

*COOPERAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE:*

*UMA EXPERIÊNCIA NA GUINÉ-BISSAU*

*Paulo Xavier Fernandes Cordeiro Salgado*

*Prof. Doutor Paulo Almeida Pereira*

Viseu, dezembro de 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS

Departamento de Economia, Gestão e Ciências Sociais

*COOPERAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE:*

*UMA EXPERIÊNCIA NA GUINÉ-BISSAU*

Relatório Reflexivo apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Gestão, Especialização em Gestão e Administração de Unidades de Saúde, sob a orientação do Exmo. Sr. Professor Doutor Paulo Almeida Pereira.

*Paulo Xavier Fernandes Cordeiro Salgado*

Viseu, dezembro de 2013



À Maria da Conceição.

Ao Povo da República da Guiné-Bissau, sofredor.



## **AGRADECIMENTOS**

À Berta, minha nora, pelo cuidado e empenho na ajuda à elaboração formal deste trabalho.

Ao Sr. Prof. Doutor Paulo Pereira pelo cuidado e auxílio prestado.



## SUMÁRIO EXECUTIVO

O continente africano está a pagar um preço muito elevado pelas altas taxas de morbidade e mortalidade prematuras, em especial no que se refere às crianças e às mulheres. Embora com taxas diversas de país para país, também a esperança de vida se situava, no final da década de 90 em cerca de 45 anos, considerando toda a região subsariana.

Ora, uma saúde deficiente provoca dor e sofrimento, reduz a capacidade produtiva, diminui a riqueza de um país.

O Banco Mundial e o Banco Africano de Desenvolvimento, atentos a esta situação de graves carências, têm promovido intervenções que podem contribuir para uma *Saúde Melhor em África* – uma expressão já utilizada pelo Banco Mundial nos anos 90.

Para além de uma parte introdutória, com interesse para a contextualização do exercício profissional, o presente Relatório Reflexivo refere-se a dois momentos distintos de intervenção do ora mestrando, ainda que interligados: (i) uma, que corresponde às atividades levadas a efeito no Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM), de Bissau, com o apoio do Banco Mundial (BM), de 1996 a 2005<sup>1</sup> - Projeto “Formação Pós-Graduada de Médicos Guineenses”; e (ii) outra, como sequência lógica da intervenção anterior, que decorreu no mesmo Hospital, por influência do Banco Africano de Desenvolvimento (BAD), entre 2005 e 2006, que apoiou financeiramente o “Projeto de Reorganização e Gestão do Hospital Nacional Simão Mendes”.

Pretendia-se que, no final do “Curso de Formação Pós-Graduada de Médicos”, o Governo Guineense, pudesse dispor de médicos com preparação suficiente e domínio de habilidades nas quatro valências básica: medicina, cirurgia, obstetrícia/ginecologia e pediatria. O mestrando foi designado gestor da logística pela entidade formadora – Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, da Universidade do Porto – tendo, nessa qualidade, participado e prosseguido, desde 1996, e até ao final, os contatos com as Autoridades da Saúde de Bissau e do Banco Mundial, e na prossecução das atividades, de forma que o Projeto decorresse com normalidade.

No Projeto “Reorganização e Gestão do Hospital Nacional Simão Mendes”, o ora mestrando foi coautor do processo de candidatura ao concurso internacional aberto pelo Ministério da Saúde de Bissau, e designado chefe da missão, constituída por quatro elementos, tendo assumido as respetivas funções de chefia, por escolha e designação do

---

<sup>1</sup> A minha primeira experiência na República da Guiné-Bissau decorreu entre 1990 e 1992, como consultor do Ministério da Saúde, com financiamento do BAD.

Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (ICBAS), da Universidade do Porto, em regime de consultoria, cabendo-lhe coordenar o grupo de trabalho no terreno (incluiu quatro profissionais: um economista, um administrador hospitalar, um engenheiro e o chefe de missão), representar o ICBAS e proceder às atividades constantes do Caderno de Encargos.

Releva da sua atividade, nos dois momentos, a importância do planeamento da formação em saúde tendo em conta que a aprendizagem em ambiente de trabalho foi e é, ainda, o melhor instrumento de melhoria da performance, visando: (i) vencer a resistência à mudança; (ii) tirar partido de processos formativos possíveis naquele contexto; (iii) agregar os recursos humanos para participação nas atividades; (iv) propor a melhoria das estruturas físicas existentes, através de propostas concretas de programas funcionais (aliás previstos nos cadernos de encargos de ambos os projetos referidos); (v) elaboração de diplomas legais; e (vi) contatos com o Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD), Fundação Calouste Gulbenkian (FCG), Embaixada de Portugal em Bissau, Instituições que colaboraram de forma ativa, com doações significativas, que foi necessário gerir com rigor.

Tratou-se, essencialmente, de definir estratégias diversas que permitiriam uma reorientação da atividade hospitalar nos seguintes domínios:

- a. Relações estruturais e funcionais.
- b. Desenvolvimento profissional.
- c. Afetação de recursos.
- d. Criação (ou reformulação) de mecanismos de financiamento.
- e. Criação / recuperação de serviços de suporte clínico (laboratório e radiologia).
- f. Elaboração de um sistema de informação.
- g. Apoio logístico.
- h. Participação de todos os agentes ligados à saúde (Ministério da Saúde, direção do Hospital e equipas operacionais).
- i. Participação comunitária.

Finalmente, propus-me abordar as diversas aprendizagens profissionais e a projeção do conhecimento para reflexão na ação, dando ênfase a aspetos que considero relevantes e que tiveram reflexo no exercício futuro das atividades que exerci, designadamente: (i) problemática da cooperação, ligada ao respeito pelos direitos humanos; (ii) recursos humanos como elemento prioritário no progresso e desenvolvimento da saúde, cabendo especial referência à liderança, motivação, desempenho; e (iii) a atenção da saúde em rede como uma solução que compreende diversas componentes, adaptável à realidades dos países em

desenvolvimento. Esta abordagem teórica pretende sinalizar criticamente o que foi e o que é importante para o exercício da atividade de cooperação.

As conclusões atêm-se às matérias que considero prioritárias em matéria de cooperação em saúde, recursos humanos e estabelecimento de redes na atenção à saúde.



## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO 1. CONTEXTO DO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES .....	9
1. Contexto social, político e económico.....	9
1.1. Caraterização geral.....	9
1.1.1. Inserção geográfica, social, económica e política – breve menção .....	9
1.1.2. Panorama da saúde em África e desenvolvimento económico.....	14
1.1.3. Algumas notas sobre a evolução do setor da saúde na Guiné-Bissau .....	14
1.2. Hospital Nacional Simão Mendes .....	17
1.2.1. Perfil do Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM) – caraterização .....	17
1.2.1.1. Natureza do HNSM.....	17
1.2.1.2. Organização e funcionamento .....	17
1.2.1.3. Segurança e qualidade .....	18
1.2.1.4. Estrutura física.....	18
1.2.1.5. Movimento assistencial .....	20
1.2.1.6. Recursos humanos.....	22
1.2.1.7. Recursos financeiros.....	23
1.3. Considerações sobre a necessidade de intervenção pelo consultor .....	24
2. Comentários.....	27
CAPÍTULO 2. CARATERIZAÇÃO DOS PROJETOS DE INTERVENÇÃO .....	29
1. Projeto de formação pós-graduada de médicos .....	29
1.1. Breve nota introdutória.....	29
1.2. Enunciado geral do projeto.....	31
1.2.1. Objetivos .....	32
1.2.2. Área e duração do projeto.....	33
1.2.3. Instituições envolvidas .....	34
1.2.4. Constrangimentos .....	34
1.2.5. Benefícios esperados .....	36
1.3. Intervenção complementar pela entidade formadora.....	36
1.3.1. Contextualização e outros níveis de intervenção complementar .....	36
1.3.2. Gestão hospitalar .....	37
1.3.3. Serviços de clínica.....	38
1.3.4. Serviços de apoio à clínica .....	39
1.4. Outras acções complementares .....	40
1.5. Conclusões .....	42
2. Projeto de Reorganização e Gestão do HNSM.....	45
2.1. Caraterização.....	45

2.2.	Diagnóstico.....	47
2.3.	Organização, gestão e comportamentos .....	47
2.4.	Desenvolvimento do projeto – síntese.....	49
2.4.1.	Recursos humanos.....	49
2.4.2.	Apoio clínico .....	50
2.4.3.	Contabilidade e sistema financeiro.....	50
2.4.4.	Gestão de stocks .....	50
2.4.5.	Componente hoteleira.....	51
2.4.6.	Serviço de manutenção técnica .....	51
2.5.	Nível de realização do projeto – apreciação global final.....	52
2.6.	Conclusões .....	55
2.6.1.	Nível macro (sistema de saúde).....	55
2.6.2.	Nível institucional (HNSM) .....	56
3.	Notas finais.....	57
<b>CAPÍTULO 3. APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS E PROJEÇÃO DO CONHECIMENTO</b>		
<b>PARA REFLEXÃO NA AÇÃO .....</b>		
1.	Nota introdutória .....	59
2.	Aprendizagens relevantes.....	60
2.1.	A problemática da cooperação: do paradigma da ajuda para o paradigma da cooperação técnica; os direitos humanos em África .....	60
2.2.	Fundamentos e motivações da cooperação.....	60
2.3.	Os recursos humanos como elemento fundamental no progresso da saúde .....	64
2.3.1.	Liderança .....	65
2.3.2.	Motivação.....	68
2.3.3.	Desempenho e medição do desempenho .....	70
2.4.	Governança clínica.....	75
2.5.	A saúde em rede .....	78
3.	CONCLUSÕES GERAIS .....	85
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>		
		89

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Apreciação global final.....	52
Tabela 2: Alavancas das quatro dimensões do desempenho em saúde .....	71

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização socioeconómica em 1997 na Guiné-Bissau.....	13
Quadro 2: Estrutura simplificada do sistema de saúde – rede de cuidados.....	14
Quadro 3: Recursos humanos de saúde por região em 2004 – médico e enfermeiro/habitantes.....	15
Quadro 4: Recursos regionais de assistência à saúde em 2004 - unidades de saúde e camas .....	15
Quadro 5: Indicadores de produção.....	20
Quadro 6: Recursos humanos no HNSM .....	22
Quadro 7: Pessoal médico/serviços.....	23
Quadro 8: Fases, duração e elementos constitutivos .....	33
Quadro 9: Serviços / constrangimentos.....	35
Quadro 10: Objetivos, metodologia e resultados esperados.....	45
Quadro 11: Equipa de missão, cargos e funções .....	46
Quadro 12: Competências potencialmente mais relevantes para a eficácia dos líderes .....	66

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Componentes dos direitos humanos em saúde.....	4
Figura 2 – Componentes do IDH .....	5
Figura 3 – Planta Geral do HNSM .....	19
Figura 4 – Organograma da Missão .....	46
Figura 5 – Aspectos relativos à qualidade e dignidade de vida.....	61
Figura 6 – “Continuum” da estratégia .....	74
Figura 7 – Componentes-chave da governação clínica .....	75
Figura 8 – Organização em rede.....	81
Figura 9 – Do hospital à comunidade.....	82



## INTRODUÇÃO

Cito um excerto do poeta guineense, António Lopes Sabino:

*«...Exorcizo o paludismo*

*apeio a poliomielite*

*amputo a desgraça*

*encho a taça de ternura*

*e fica a graça da criança*

*florescendo a vida»*

In “Tecto do Silêncio”, da Coletânea A Criança na Poesia Moderna Guineense

Um sistema de saúde fundado nos cuidados primários de saúde é o grande objetivo que a OMS e outros organismos internacionais têm procurado desenvolver em regiões do Mundo onde os principais problemas sanitários se colocam ao nível do saneamento, da higiene, do aprovisionamento e distribuição de água potável, do combate às doenças endémicas, da luta contra as doenças infetocontagiosas. A palavra de ordem tem sido a prevenção. Mesmo nos países desenvolvidos a ênfase é colocada na prevenção da doença. Sou profundamente partidário desta visão que tem plena e muito ajustada oportunidade na zona subsariana de África. No entanto, será bom recordar o que se contém no Rapport sur la Santé dans le Monde, (OMS,1997: 112) :

« Comme d'autres parties du monde, l'Afrique connaît une rapide évolution sociale et de nouveaux modes de vie y émergent, dont certains conduisent à des comportements dangereux, notamment un abus de l'alcool et du tabac que augmente particulièrement chez les jeunes. »

Sabemos que estão emergindo, cada vez mais, as doenças agudas que até há pouco tempo não constituam fator de grande preocupação nestes países: os diversos tipos de cancro, as doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos, as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, as doenças do sistema nervoso, as doenças do aparelho circulatório e do aparelho e respiratório. Isto significa, como se escreve no mesmo Relatório da OMS, que ocorre um fenómeno estranho (mensagem do Director, 1997, v):

«Les spécialistes de la recherche en santé appellent souvent ce phénomène la "transition épidémiologique"<sup>2</sup>, c'est-à-dire une transformation du tableau de la morbidité au cours de laquelle les pays pauvres commencent à connaître les problèmes de santé des riches, non seulement les diverses maladies mais aussi les effets nocifs de l'alcool et des drogues, ainsi que les accidents, les suicides et la violence.»

Alguns autores vão mais longe designando este fenómeno, não como uma transição mas como uma *polarização epidemiológica*, pretendendo significar o alargamento do espectro de doenças, provocando um fosso cada vez maior entre ricos e pobres, uma vez que aqueles detêm capacidade financeira para utilização dos meios tecnológicos existentes (em alguns países da África Subsariana, muito avançados) para irem superando as dificuldades individuais e familiares.

---

<sup>2</sup> Em termos simples, a transição epidemiológica é a passagem de uma estrutura de mortalidade infecciosa dominante para uma estrutura de mortalidade crónica e degenerativa.

Na verdade, Maher (2010: 877-953) enfatiza que:

«Nous émettons des propositions politiques pratiques visant à améliorer la réponse des soins de santé primaires aux problèmes que pose la transition sanitaire: (i) optimisation des données sur les maladies transmissibles et non transmissible; (ii) mise en œuvre d'une approche structurée de l'offre améliorée des soins de santé primaires; (iii) mise en lumière de la qualité des soins cliniques; (iv) alignement de la réponse sur la transition sanitaire et du renforcement du système de santé; et (v) capitalisation sur un environnement politique global favorable.»

Desde há várias décadas que a OMS vem preconizando o desenvolvimento coordenado de recursos humanos, procurando estabelecer regras e princípios de atuação prática com base na formação e na gestão equilibrada de recursos. Por um lado, a ênfase dada a esta componente de recursos humanos radica em três aspetos fundamentais: (i) na melhoria do desempenho dos profissionais locais; (ii) na mobilização dos responsáveis das instituições de saúde de segundo e terceiro níveis; (iii) na criação e aperfeiçoamento de métodos de trabalho, rotinas e procedimentos. Por outro lado, no preâmbulo da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, adotada pela XVIII Conferência da Organização em 1981, que entrou em vigor em 1986, quando estiveram reunidos os requisitos exigidos no próprio texto para a sua ratificação, lê-se:

«Reafirmando o compromisso que eles solenemente assumiram, no artigo 2º da dita Carta, de eliminar sob todas as suas formas o colonialismo em África, de coordenar e de intensificar a sua cooperação e os seus esforços para oferecer melhores condições de existência aos Povos de África, de favorecer a cooperação internacional tendo na devida atenção a Carta das Nações Unidas e Declaração Universal dos Direitos Humanos».

E, ainda (art.º 16.):

«1. Toda a pessoa tem direito ao gozo do melhor estado de saúde física e mental que for capaz de atingir.  
2. Os Estados partes que assinaram a Carta comprometem-se a tomar as medidas necessárias para proteger a saúde das suas populações e para lhes assegurar assistência médica em caso de doença.»

A abordagem do Sistema Africano de Proteção dos Direitos Humanos em África é feita, com rigor, por Moco (2010:294):

«Assumimos que defender para a África o conceito universalista dos Direitos Humanos, tal como foram fundamentados e estabelecidos nos instrumentos universais e na Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, com a perspectiva de constante aperfeiçoamento e conhecimento dos mecanismos de sua proteção a nível interno, africano e internacional, é, entre outras razões, quiçá mais poderosas, uma

questão de coerência com o modelo institucional progressivo adotado na construção do Estado moderno africano e das entidades supranacionais funcionais e projectadas.»

Hoje, mais do que nunca, a saúde está ligada ao estado atual dos direitos humanos, e estes não podem ser protegidos e alcançados a não ser por uma população saudável, assunto que abordarei no desenvolvimento (capítulo 3).

Do meu ponto de vista, os direitos humanos consagrados na Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos apresentam os princípios basilares por que se deve nortear qualquer sociedade: (i) universalidade; (ii) inalienabilidade; (iii) indivisibilidade; (iv) interdependência; (v) inter-relação; (vi) igualdade; (vii) não discriminação; (viii) participação; (ix) inclusão; (x) primado da lei; (xi) prestação de contas; e (xii) as relações entre saúde e direitos humanos. No esquema seguinte, verificamos alguns exemplos das interligações entre saúde e direitos humanos (fig.1):

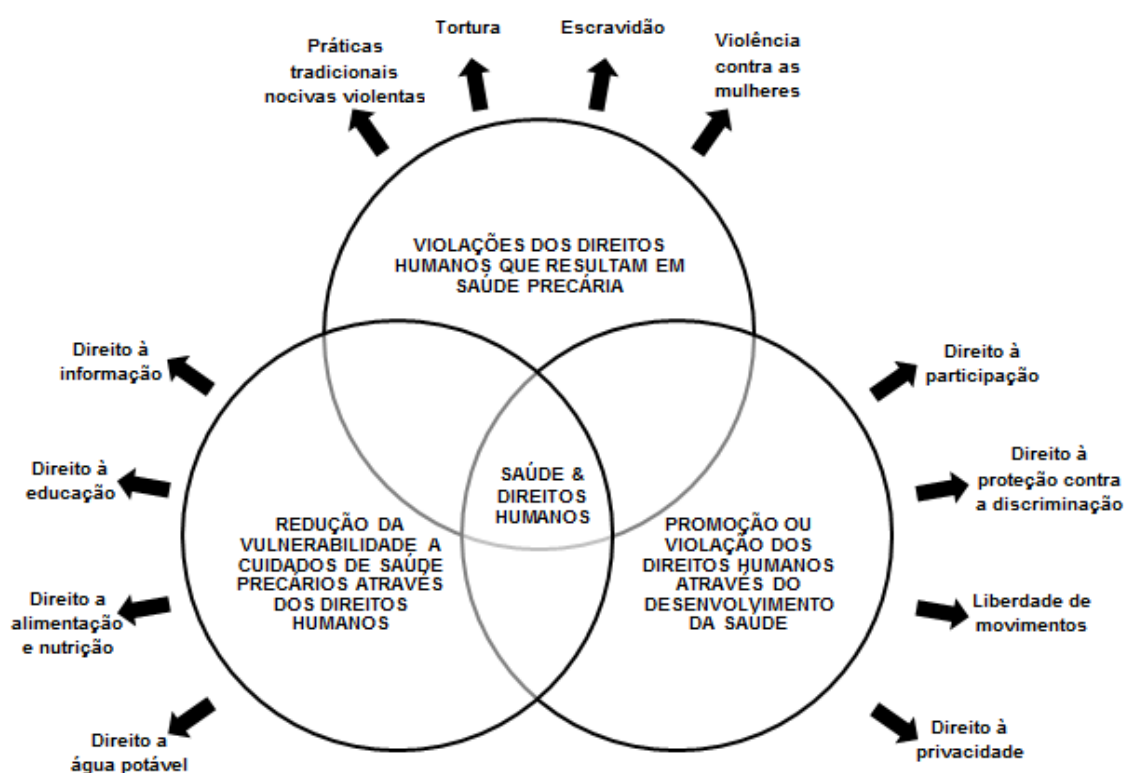


Figura 1 – Componentes dos direitos humanos em saúde

Fonte: World Health Organization

Ora, podemos compreender esta formulação se atentarmos nos principais componentes do IDH, como se registam na figura a seguir indicada (Roseira, 2013):

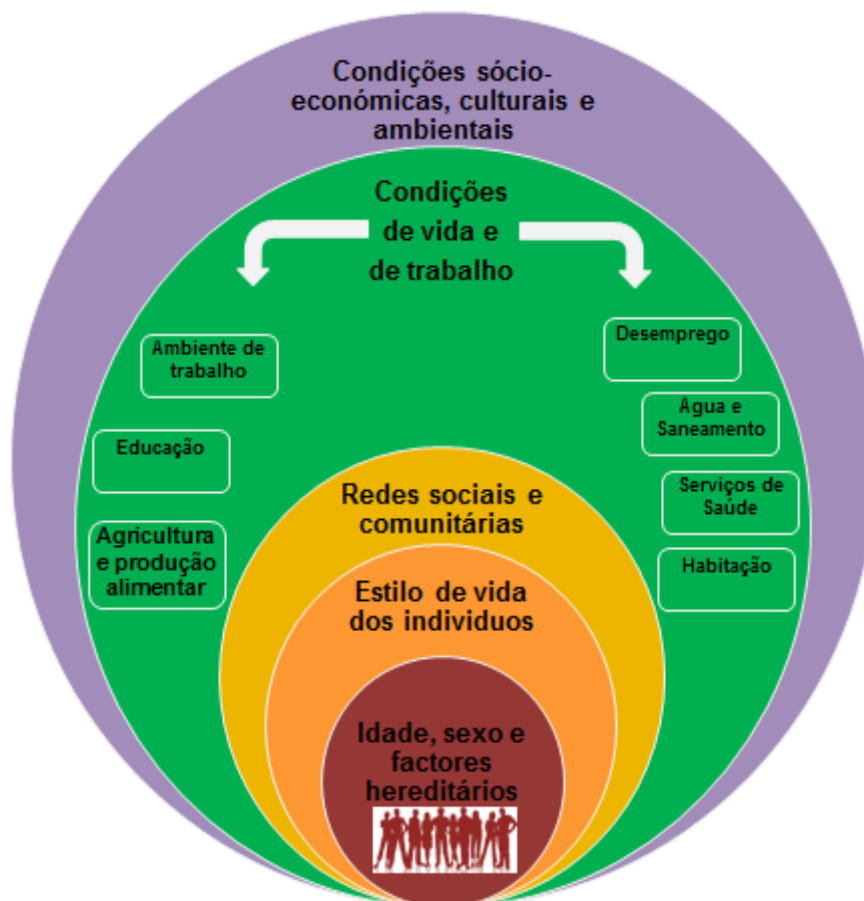


Figura 2 – Componentes do IDH

Fonte: World Health Organization

O que nos sugere as verdadeiras causas das desigualdades na aplicação dos direitos humanos.

Na excelente obra, que mantém grande atualidade - Para uma Saúde Melhor em África – Lições de Experiência (BM,1994: 1-5), são referidos os principais obstáculos à melhoria da Saúde da África, assunto que retomarei no capítulo 3, bastando, por agora, uma breve indicação de que não podem reduzir-se tais dificuldades apenas aos fenómenos da natureza, argumento de peso, certamente, mas que, em muitos países, serve de razão para explicar e justificar deficiências de índole diversa. Na verdade, poderemos afirmar, seguindo a obra citada, que, genericamente: (i) existe falência de intervenção a nível

institucional e financeiro; (ii) a aplicação de fundos é feita sem rigor; (iii) as infraestruturas são inadequadas; (iv) há uma ineficiência organizacional das unidades de saúde e suas relações de complementaridade; (v) os métodos de distribuição e de disponibilização de medicamentos e de outros bens são inadequados.

A saúde é um direito fundamental do ser humano e um fator indispensável para o desenvolvimento económico e social. Quando se investe e se intervém na promoção da saúde e na prevenção da doença, está a agir-se sobre:

- a. A redução das desigualdades em saúde.
- b. A promoção dos direitos fundamentais do ser humano.
- c. O desenvolvimento social,

tendo como objetivo final:

- a. Aumentar as expectativas de vida saudável.
- b. Reduzir as desigualdades entre países e grupos de população através da reunião de condições essenciais para a melhoria da saúde dos cidadãos e comunidades.

Por todas estas razões, o Banco Mundial e o Banco Africano de Desenvolvimento e, naturalmente, os organismos da OMS, têm repetidamente corporizado ajudas financeiras e humanas de grande monta aos países em vias de desenvolvimento. O Banco Mundial tem procurando descentralizar, nos seus programas de ajustamento, as intervenções na medida em que, na maior parte dos países africanos, a população se encontra dispersa pelos territórios, o que efetivamente exige a transferência de uma parte das atribuições e competências dos Estados para órgãos administrativos locais, algo que encontra dificuldades pela natureza generalizada da concentração de poderes na maior parte destes países.

Refira-se que nem sempre estas ajudas conduziram ao crescimento e desenvolvimento, pois que «As vicissitudes internas e os modelos de participação externos deixam-nos preocupados, uma vez que não se eliminaram as situações negativas à adopção do PAE<sup>3</sup>» (Monteiro,1996:11-17;36-40).

---

<sup>3</sup> Os programas de ajustamento estrutural (PAE), que foram introduzidos nos anos 80 em África, Ásia e América Latina, constituíram um meio para sanar as débeis economias de países em desenvolvimento, Em Bissau, o PAE foi objeto de apreciação pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa (INEP). Nesta apreciação, foram indicados vários problemas económicos, em especial focados no excessivo consumo público e privado, na produção agrícola mínima, nos enormes défices do orçamento do estado, provocados por um investimento essencialmente não produtivo, grande dependência externa. No que respeitava à saúde, os autores do documento apontavam como prioritária a definição de conceitos como a análise das

Afigura-se oportuno lembrar que a cooperação internacional, enquanto questionamento sobre o que é estar no mundo, se deve «afirmar [como] um dever dos países, uns perante os outros, dentro dos princípios de subsidiariedade contidos na Carta das Nações Unidas (Martins, 2011:7-9).

E acrescenta o mesmo autor:

«Deve passar-se do modelo da ‘assistência’ para o modelo da ‘cooperação técnica’, fazendo desaparecer o isomorfismo face às situações concretas e específicas e contra a falta de ética e responsabilização (accountability) pelas actividades exercidas» (Martins, 2011:36).

Vem a propósito, imperativamente, uma alusão aos Objetivos do Desenvolvimento do Milénio<sup>4</sup> (ODM), contidos na Declaração das Nações Unidas, realizada em Setembro de 2000, assinada por 189 países, que estabeleceu as metas a serem alcançadas até 2015. Os ODM devem ser analisados numa perspetiva abrangente, pois estão interrelacionados. Convém frisar, contudo, que a redução da mortalidade infantil (ODM 4), a melhoria da saúde materna (ODM 5) e combate ao HIV/Sida, malária e outras doenças (ODM 6) estão diretamente ligados ao que foi mundialmente considerado como prioritário no âmbito da saúde.

Há que reconhecer que a análise da situação dos diversos setores de atividade (economia, educação, género, saúde) constituiu sempre uma preocupação dos pesquisadores nacionais guineenses, a quem é devida uma menção sobre as iniciativas desenvolvidas no âmbito do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa, de Bissau. Acompanhei de perto algumas iniciativas deste Instituto, em particular as que se referiam à saúde e educação.

Faço notar o excelente contributo de Costa<sup>5</sup> (1989:307-315):

«O desenvolvimento económico e o desenvolvimento social nunca devem ser dissociados. As acções destinadas a melhorar a situação sanitária, por um lado, e a situação socioeconómica, por outro, devem ser concorrentes, o que releva do interesse em, por palavras outras, concluir que ao crescimento se deve aliar o desenvolvimento.»

---

necessidades das populações em matéria de saúde e a capacidade de resposta do sistema de saúde, procurando alcançar o objectivo “Saúde para todos os Guineenses até ao ano 2000”.

<sup>4</sup> <http://www.who.int/mdg/en/index.html>

<http://www.dfid.gov.uk/global-issues/millennium-development-goals/>

<sup>5</sup> Médico guineense, foi diretor clínico do HNSM e secretário de estado da saúde.

Relembro as sábias ideias, ainda consistentes e atuais, na sua substância, de Nunes (1969), quando abordava a questão das gerações, ao mencionar três tipos: geração biológica, geração demográfica e geração social, chamando igualmente a atenção para a juventude na sociedade moderna. Nada mais atual. Nos países de forte natalidade e de elevado desemprego, o problema é distinto do que se passa nos países desenvolvidos onde o desemprego se deve a razões diferentes, como é sabido. Além, as fortes pressões demográficas dentro das cidades, a falta de indústrias, os campos agrícolas abandonados, as crises políticas e militares; aqui, a deslocalização, o hiperliberalismo que não liberta o homem, antes o amarra, retirando-lhe o que o liberalismo apresenta de positivo: o ideal de liberdade individual.

## **CAPÍTULO 1. CONTEXTO DO DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES**

### **1. Contexto social, político e económico**

#### **1.1. Caracterização geral**

##### **1.1.1. Inserção geográfica, social, económica e política – breve menção**

A República da Guiné-Bissau é um país situado na Costa Ocidental da África Subsariana, com uma superfície de 36 125 km<sup>2</sup>, constituída por uma parte continental e uma parte insular – o arquipélago dos Bijagós.

A população, estimada em cerca de 1.258. 000 pessoas<sup>6</sup>, é constituída por cerca de trinta etnias diferentes, as quais têm sabido manter uma louvável relação especial de coabitação<sup>7</sup>, que Amílcar Cabral e os princípios que nortearam a luta armada souberam desenvolver, visando “aglutinar homens e ideias cimentadas na e pela prática, pois nunca um movimento de libertação em África conseguiu unir tantas etnias numa mesma luta, eliminando, [então] clivagens regionais ou tribais” (Lopes, 1982:48).

É justo enaltecer a obra meritória de Cabral que, lutando tenazmente pela independência da Guiné-Bissau (ao lado de grandes vultos, ainda que em tempos não absolutamente coincidentes, que igualmente lutaram por uma África livre: Ben-Bella, argelino, Lumumba, congolês, N’Krumah, ganês, Julius Nyerere, tanzaniano, e tantos outros), procurou uma via que não fosse identificada com o conceito comunista de socialismo africano. Ou seja: procurou um modelo que, apesar de estrategicamente ligado aos países do Bloco de Leste, (razões de apoio à luta armada), entroncava num conceito mais consentâneo com a ‘Africanidade’, anteriormente defendido por Senghor – “um socialismo universal, defensor da negritude”, com o qual se pretendia afirmar que:

«A expressão socialismo africano designa um sistema político e económico especificamente africano; não é importado de país algum; não é decalcado em qualquer ideologia estrangeira, mas pode assimilar métodos úteis e apropriados de toda a proveniência» (Santos,1971:11-21).

Nota-se aqui a recusa de uma política de desenvolvimento baseada no liberalismo económico que não é manifestamente própria das ideias dos pensadores reunidos em

---

<sup>6</sup> No início das atividades do mestrando -1997; atualmente: cerca de 1,6 milhões (PNUD, 2013)

<sup>7</sup> Este nível de coabitação, com raízes na separação dos “chãos” (zonas de território mais ou menos demarcadas pelas diversas etnias, com vicissitudes ao longos dos séculos) tem sido vilipendiado pelos atropelos à paz e à estabilidade (vide, por exemplo a ‘balantização’).

Dakar, em 1961, onde se defendia a ‘negritude’, sem prejuízo das influências que poderiam contribuir para o desenvolvimento, mesmo com ligação aos países colonizadores. Neste sentido, Amílcar Cabral afirmou em entrevista:

«Nós temos uma longa caminhada juntamente com o povo português. Não foi decidido por nós, não foi decidido pelo povo português, foi decidido pelas circunstâncias históricas do tempo da Europa das descobertas e pela classe dirigente de “antanho”. Há essa realidade concreta!» (Silva: 1997:19).

Este conjunto de ideias e conceitos, forjados a partir da famosa Carta de Dakar, e que serviu de apoio ideológico aos movimentos de libertação e à fase seguinte de consolidação da paz (nem sempre conseguida, é verdade), surge, nos nossos dias, algo que a globalização induziu. Na verdade,

«Em África cruzam-se novos modos de vida, novos valores, novas identidades, e novas alteridades culturais. Assiste-se a uma alteridade generalizada, traduzida por fenómenos como fundamentalismos e nacionalismos, crises de decomposição dos Estados. É necessário compreender [as] duas lógicas da globalização: uma que consiste na erradicação das diferenças culturais; outra que se associa à tolerância das diferenças e à oposição ao reconhecimento político e institucional da alteridade coletiva. Em sociedades de globalização generalizada e falaciosa, onde predomina o individualismo, de tábua matricial de valores estandardizados aceites acriticamente e os fenómenos avassaladores de burocratização...» (Gonçalves,2001:1-2).

Faz sentido o receio manifestado por Joseph Ki-Zerbo<sup>8</sup>, em entrevista conduzida por René Holenstein, onde ele questiona:

«Pergunto-me por que razão os países europeus não subordinam a sua ajuda aos países africanos à obrigação de fazer formação cívica sobre a questão da democracia e do estado de direito. Entendo por isso uma formação permanente em todas as direcções, tocando todas as gerações e todos os grupos sociais, incluindo os partidos políticos no poder e na oposição».

E interrogava-se:

«Quando há grandes manifestações do poder, por exemplo a cimeira França-África, nunca somos convidados como líderes da oposição. É como se não existíssemos. Em contrapartida, quando há eleições dizem-nos: “participem nas eleições”!» (Ki-Zerbo, 2006:15-153)

Posso concluir, em relação à evolução da defesa dos direitos humanos e da democracia, que existem vastas manchas da população africana que não estão protegidas e

---

<sup>8</sup> Político e historiador, natural de Burkina Faso.

que, por isso, sofrem na carne e na mente, as disfuncionalidades e irregularidades dos sistemas políticos.

No que concerne à Guiné-Bissau, pode afirmar-se que o seu processo histórico relativo às últimas três décadas deve ser contextualizado em três eixos:

a. A luta pela predominância de poder encabeçada pelos falcões militares (ligados a etnias diferentes – que a luta pela independência havia esbatido); há aspetos sociológicos e históricos que explicam este fenómeno, como por exemplo, o domínio dos papele<sup>9</sup> e o contravapor dos balantas, mandingas e fulas.

b. A falta de quadros dirigentes – os que estão em Bissau são dominados por fações políticas onde pontificam ainda os ‘velhos’ combatentes que se intitulam os herdeiros dos antigos dirigentes; e os que se encontram na diáspora não conseguem fazer valer a sua integridade e reconhecimento.

c. A influência de fatores externos próximos – Senegal, Guiné-Conacri, com prejuízo das autoridades nacionais, incluindo a que deriva da autoridade tradicional que tem vindo a diminuir, não obstante constar do articulado da maioria das Constituições de África – e da influência externa, dominada por interesses económicos.

Daqui, podem retirar-se as seguintes consequências gerais:

- a. A perda da já frágil economia, voltada para uma quasi monocultura (caju), com prejuízo evidente para a antiga economia de subsistência.
- b. A imensa dependência económica do exterior.
- c. A inconstância da detenção dos poderes, que se encontra na ponta das baionetas.
- d. O não funcionamento das instituições, o laxismo, a corrupção.
- e. A influência do tráfico de droga, como uma realidade “escondida”.
- f. A incapacidade de o direito se impor como superestrutura legal.

A República da Guiné-Bissau é um dos países mais pobres do mundo, de acordo com os relatórios da ONU<sup>10</sup>. A sua economia de subsistência<sup>11</sup> representa cerca de 60% do PIB, havendo ainda numerosas atividades não recenseadas.

As grandes tarefas económicas ligadas à agricultura (lavoura, colheita, transportes, trabalhos hidráulicos, etc.) são realizadas pelo trabalho comunitário que permanece fiel a

---

<sup>9</sup> Etnia guineense podendo designar-se ‘papéis’, que procuraram sempre fazer frente ao colonialismo.

<sup>10</sup> Ocupa o lugar 176 em 185 países (PNUD; 2013).

<sup>11</sup> Caraterizadamente comunitária, pois os meios de produção (a terra e os instrumentos de trabalho) são propriedade habitualmente comum da comunidade de base (a família).

valores ancestrais. A economia de subsistência prima ainda sobre a economia de mercado; mas existem traços mercantis que despontaram, ao longo das décadas de independência, ligadas ao frágil setor de exportação/importação, dominadas por uma diminuta minoria local e por interesses exteriores. O comércio tradicional vem dando progressivamente lugar ao comércio por bruto.

Nas zonas rurais<sup>12</sup>, empobrecidas pelas migrações para a capital, as relações de tipo tributário são de longe as mais importantes; nas cidades, sobretudo Bissau, a macrocéfala capital, predomina o modo de produção capitalista, que se caracteriza, imperfeitamente, pela apropriação de pequenos negócios nas áreas dos transportes e do comércio de importação/exportação.

Os recursos básicos são, por força do mercado, o caju, o amendoim, o óleo de palma, o coco, a atividade piscatória artesanal, para além da exportação de madeiras. O subsolo não está especialmente analisado sob o ponto de vista das riquezas minerais, sendo conhecida a existência de bauxite e fosfatos, e ainda, ao que parece, de petróleo e ouro. Contudo, continua a ser mais fácil importar o arroz da China ou de outros países, ou receber doações de organismos internacionais<sup>13</sup>, uma vez que existem dois fatores negativos que impedem a normal produção deste cereal: (i) difíceis transportes internos para escoamento do arroz produzido no sul fértil; (ii) interesses comerciais. Crê-se que existe uma diminuição de cerca de 30% de terras incultas (principalmente as bolanhas - terras alagadiças de cultivo em relação aos meados da década de oitenta e mesmo posteriormente). As florestas, grande riqueza deste País, têm sido objeto de intensas devastações.

Apesar da inexistência de estatísticas fiáveis, eram e são conhecidas bolsas significativas de malnutrição, mesmo de desnutrição, principalmente na capital. Há dezenas de milhares de pessoas que não trabalham e que vivem à custa dos magros proventos auferidos por algum familiar que esteja a trabalhar – a distribuição dos rendimentos diminutos tem que repartir-se por muitos! As habitações e os quintais, sobretudo na capital, encontram-se degradados, especialmente no que toca às condições higiénicas de dormida, de preparação dos alimentos, de recolha de água potável e de locais de dejeção. Calcula-se que residem em cada habitação, na capital, em média doze pessoas (algumas situações revelam quinze e mais) em casas onde poderiam caber seis pessoas

---

<sup>12</sup> População Urbana (% do total): 44,6% (PNUD,2013).

<sup>13</sup> A FAO, por exemplo.

com um mínimo de dignidade. Esta situação, que aparenta uma solidariedade social, comporta riscos acrescidos: degradação da sanidade do convívio familiar, dificuldades na provisão de alimentos e riscos de saúde de diversa índole.

Socorro-me das conferências realizadas no âmbito do INEP, em que Ansumane Mané<sup>14</sup> aborda uma estratégia de viragem quanto à política económica:

«A alternativa fundamental para a Guiné-Bissau consiste numa estratégia que concentre os seus recursos e o seu esforço num desenvolvimento autónomo e descentralizado da população rural, organizada em associações de tabancas, impulsionando-as para formas modernas e tecnificadas de cooperativas rurais, defendendo a reestruturação do aparelho produtivo, a participação popular, o desenvolvimento dos recursos humanos, a negociação da dívida externa e um forte empenhamento político das organizações de massas - um claro apoio ao ancestral princípio de cooperação entre as famílias, e na tentativa de obstaculizar a destruição das estruturas tradicionais de produção pelos grupos de interesses estrangeiros»<sup>15</sup> (Handem, 1989:67).

Apresento alguns indicadores que espelham a fragilidade do nível de desenvolvimento.

#### **Quadro 1: Caracterização socioeconómica em 1997 na Guiné-Bissau**

Esperança de vida	37.51
Alfabetização de adultos <sup>16</sup>	0.06
Nível de escolaridade (7-18anos)	0.42
PIB per capita PPA <sup>17</sup> (USD)	836.82
Esperança de vida à nascença	0.209
Índice de educação	0.181
IDH	0.248
População total	1 258 900
População ativa (15-65)	669 533
População urbana	22% <sup>18</sup>
Agricultura (% PIB)	54.60
Indústria (% PIB)	15.30
Serviços (% PIB)	30.10
Investimentos públicos %	71.9
Taxa de mortalidade materna por 100 000 nascimentos	1 144
Número de mortes por 100 000 partos	7 640
Taxa de crescimento do PIB por trabalhador <sup>19</sup>	-2,1%

Fonte: PNUD – 2006

<sup>14</sup> Investigador no INEP.

<sup>15</sup> Note-se que estas conferências foram marcadas por alguns argumentos contraditórios saudáveis, designadamente entre os defensores dos “ponteiros” (expressão derivada de “ponta”, atribuída às herdades ou quintas de médio e grande porte) e os defensores do “bloco estratégico” (que marca a associação de agricultores nas tabancas).

<sup>16</sup> Número de alunos inscritos num ciclo de ensino expresso em percentagem da população de indivíduos oficialmente em idade de frequentar esse ciclo.

<sup>17</sup> Paridade do poder de compra.

<sup>18</sup> Dados de 1994 (PNUD, 1997).

<sup>19</sup> 1995-99.

### 1.1.2. Panorama da saúde em África e desenvolvimento económico

O panorama da saúde em África tem sido objeto de várias discussões em múltiplos eventos. Merece referência o documento “Investir na Saúde é Investir no Desenvolvimento Económico”, lembrando fatores que contribuem para o lento progresso registado atualmente na realização dos ODM:

«Segundo o Relatório Mundial de Saúde da OMS para 2010, vários fatores contribuem para o lento progresso registado atualmente na realização dos ODM. Além da falta de recursos financeiros, tais fatores incluem igualmente a má governação e [a falta] de responsabilização, infraestruturas subdesenvolvidas, débeis sistemas de saúde, a falta de enfoque sobre resultados, harmonização e alinhamento da ajuda. Os fatores exógenos, incluem a instabilidade política e as catástrofes naturais. As principais fontes de ineficiência são bem conhecidas e podem incluir, ao nível nacional, a débil definição da estratégia que leva à atribuição inadequada de recursos e opções de financiamento; o inadequado processo de aquisição, gestão e utilização de medicamentos; a inadequada combinação de pessoal aliada à falta de incentivos ao desempenho. A desigualdade no acesso aos cuidados de saúde contribui igualmente para a ineficiência do sector da saúde, o que leva a que a classe rica se beneficie mais dos serviços de saúde subsidiados pelo estado. Estes serviços são frequentemente inacessíveis aos mais desfavorecidos, cujas despesas diretas com a saúde são enormes e geralmente representam mais de metade das despesas totais do sector da saúde de um país.» (Conselho Económico e Social das Nações, 2011:5).

### 1.1.3. Algumas notas sobre a evolução do setor da saúde na Guiné-Bissau

«O mapa sanitário apresenta 11 regiões sanitárias, incluindo o Sector Autónomo de Bissau. Mais de 40% da população vive a uma distância superior a 5 km de uma estrutura de prestação de cuidados de saúde primários.» (OMS, 2010: 59).

A estrutura do sistema de saúde está organizada conforme descrita no quadro seguinte.

#### Quadro 2: Estrutura simplificada do sistema de saúde – rede de cuidados

	<b>Caraterização</b>
Cuidados de saúde primários	<b>Unidade de Saúde Básica (USB)</b> <sup>20</sup> : serviços de saúde assegurados por agentes de saúde e parteiras (matronas). <b>Centros de saúde (CS)</b> : funcionam nos setores administrativos e são diferenciados por categorias: A, B e C. Os A podem oferecer cuidados urgentes de cirurgia.
Nível regional	<b>Hospitais regionais</b> : podem oferecer serviços de cirurgia, transfusão de sangue, radiologia, exames laboratoriais.
Nível central	<b>Hospital Nacional de Simão Mendes (HNSM)</b> .

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Planeamento, 1997

<sup>20</sup> Das 693 USB existentes em 1996 no País só estavam em funcionamento 99 em 2001.

De 1997 para 2001 verificou-se um decréscimo em recursos humanos devido à instabilidade político-militar, apenas excetuado pelas enfermeiras auxiliares:

- a) Médicos de 81 para 58;
- b) Enfermeiros: de 196 para 186
- c) Enfermeiras auxiliares: de 324 para 382
- d) Parteiras: de 147 para 53
- e) Parteiras auxiliares: de 66 para 23

**Quadro 3: Recursos humanos de saúde por região em 2004 – médico e enfermeiro/habitantes**

Regiões sanitárias	Médicos	Médicos/habitantes	Enfermeiros		Enfermeiros/habitantes	
			Geral	Aux.	Geral	Aux.
Bafatá	4	46 327	22	42	8 423	4 412
Bijagós	1	19 016	3	13	6339	1 463
Biombo	3	21 278	9	14	7 093	4 560
Bolama						
Cacheu	3	32 033	19	29	5 058	3 314
Gabú	6	30 100	29	46	6 228	3 926
Oio						
Quinara						
S. Domingos	3	23 571	5	13	14 142	5 439
SAB						
Tombali	4	23 277	10	46	9 311	2 024
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>		<b>97</b>	<b>203</b>		

Fonte: Relatório Nacional sobre o Desenvolvimento Humano na Guiné-Bissau (PNUD, 2006)

**Quadro 4: Recursos regionais de assistência à saúde em 2004 - unidades de saúde e camas**

Regiões sanitárias	Pop. 2004	Hospitais Regionais	CS <sup>21</sup> A e B	C. Referência Materna	CS	Postos Saúde	Camas	
							Hosp.	CS
Bafatá	185 309	1	1	1	10	0	92	62
Bijagós	19 016	0	1	0	10			
Biombo	63 835	0	0	1	8	0		
Bolama	9 308	0	1	0	1	2		
Cacheu	96 099	1	0	1	10	2	125	44
Gabú	180 602	1	1	1	17	0	107	48
Oio	181 364	1	2	0	13	1		
Quinara	52 806	0	4	0	2	8		
S. Domingos	70 712	0	1	0	6	0	46	8
SAB	368 435							
Tombali	93 109	1	2	0	5	14		
<b>TOTAL</b>	<b>1 320 595</b>	<b>4</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>82</b>	<b>27</b>	<b>324</b>	<b>110</b>

Fonte: Relatório Nacional sobre o Desenvolvimento Humano na Guiné-Bissau (PNUD, 2006)

<sup>21</sup> CS – Centro de Saúde

No que respeita aos indicadores de saúde do País, é correto afirmar que os dados variam consoante a sua origem e de acordo com os dados disponíveis, colhidos no País, e cuja comparabilidade não é fácil. Atenho-me apenas a dois grandes indicadores: mortalidade infantil e juvenil e mortalidade materna, transcrevendo do Rapport National sur le Développement Humain en Guinée-Bissau, e a uma referência aos principais problemas de saúde do País, como a mortalidade infantil e juvenil.

Assim, segundo o Banco Mundial:

«A taxa de mortalidade infantil (medida da probabilidade de morrer antes de chegar a 12 meses de vida) foi estimada em 142 por mil em 1990 e 124 por mil de 1999, e os menores de cinco taxa de mortalidade infantojuvenil (medida da probabilidade de morrer antes de chegar a cinco anos de vida) foi estimada em 240 por mil em 1990 e 203 por mil em 1999 (MICS 2000). De acordo com projeções do Banco Mundial (WDI 2005), a taxa de mortalidade infantil foi estimada por sua vez para 153 por mil em 1990 e 122 por 1.000 em 2005, enquanto para os menores de cinco a mortalidade foi estimada em 253 em 1990 e 205.2 por mil em 2005. Estas tendências decrescentes em taxas de mortalidade infantil e juvenil apresenta uma evolução que não lhes permitiria a cair em dois terços até 2015, de acordo com os ODM. Entre as principais causas de mortalidade infantojuvenil, o paludismo representa 35% dos casos, as doenças diarreicas, 15% e as insuficiências respiratórias igualmente 15% de mortes. Além destas causas, há outros fatores: doenças infecciosas, malnutrição, aspectos culturais e religiosos que obstaculizam ainda a intervenção dos serviços de saúde.» (PNUD,2006:20-23).

E quanto à mortalidade materna:

«A OMS (em vários inquéritos) estimava (relatório ODM - 2004) 914 para cem mil nascimentos em 1990, e 822 por cem mil nascimentos de 1990-1996. O aumento do número constituía um fator agravante na mortalidade materna. Na mortalidade materna, na totalidade, diminuiu ao ritmo de 1,1% entre 1990 e 2000 o que levaria a uma redução média de 8,5% ao ano para reduzir a mortalidade materna em três quartos entre 1990 e 2015. A lentidão com que a mortalidade materna diminuiu entre 1990 e 2000 não era, por isso auspiciosa, sendo necessários cerca de vinte anos para uma redução de três quartos. Por outro lado, o acesso aos serviços de pré-natal e parto assistido cuidados é limitado» (PNUD,2006:20-23).

Quanto a outros problemas de saúde na Guiné-Bissau, são genericamente mencionados o paludismo, as doenças diarreicas, as infeções respiratórias agudas, às quais se juntam as doenças sexualmente transmissíveis, o HIV, a tuberculose, o sarampo.

Finalmente, uma referência ao setor da educação que padece também de doenças crónicas: falta de professores de algumas disciplinas, designadamente Português e Inglês; salários em atraso; escolas degradadas, etc.

Foi neste contexto social, político e económico em transição, com turbulências militares, e tendo como pano de fundo o ambiente geral de África, que as atividades do mestrando se situaram.

## **1.2. Hospital Nacional Simão Mendes**

### **1.2.1. Perfil do Hospital Nacional Simão Mendes (HNSM) – caracterização**

A caracterização do Hospital Nacional Simão Mendes decorre do diagnóstico que assinala os seguintes aspetos.

#### **1.2.1.1. Natureza do HNSM**

O HNSM é o hospital de referência nacional e de apoio ao nível dos cuidados primários do Setor Autónomo de Bissau, bem como das regiões de Biombo, Bijagós e norte de Quínara. Serve também as populações carenciadas de assistência hospitalar, ao nível regional, de acordo com o quadro 2. Finalmente, constitui a referência nacional em termos de assistência diferenciada.

Em matéria assistencial, o HNSM estava obrigado, *de jure*, a responder às solicitações das populações. Poderemos afirmar que é um hospital polivalente e responsável pela população do País. Na verdade, a polivalência está grandemente prejudicada por diversos constrangimentos, como adiante será referido.

Detém autonomia técnica, de acordo com o seu estatuto, publicado pelo Decreto n.º 62/96. No entanto, a rede hospitalar (no que se refere à rede nacional de serviços de saúde) provoca uma incapacidade de gestão e de funcionamento em vários níveis, de que destaco: (i) estruturas físicas em degradação; (ii) falência organizacional; (iii) generalizada inexistência de regulamentação ou seu incumprimento; (iv) inexistência de um código de ética; (v) falta de integração ou de coordenação interna dos serviços; (vi) dimensão pedagógica da formação de dirigentes não conhecida; (vii) a inexistência de uma carta hospitalar.

#### **1.2.1.2. Organização e funcionamento**

Apresento alguns aspetos sobre a organização e funcionamento: (i) frágil capacidade de resposta à procura; (ii) débeis procedimentos internos; (iii) estatísticas sofríveis; (iv)

baixa motivação; (v) baixos recursos financeiros alocados; (vi) fraca participação da sociedade civil.

A análise da situação permite verificar que não há uma verdadeira coordenação entre o hospital e os centros de saúde e postos sanitários, causando um entupimento de situações clínicas no HNSM, incapaz de responder, técnica, material, organizacional e humanamente de forma minimamente satisfatória.

Verificavam-se graves insuficiências quanto à hospitalização, bloco operatório, consultas externas, urgências, cuidados intensivos, morgue, etc., mantendo-se, no essencial, a situação mencionada no Rapport “Orientation Stretégiques pour l’HNSM” - OMS, de 1997. Há, contudo, alterações de melhoria na Maternidade, no Laboratório de Análises Clínicas<sup>22</sup> e no Serviço de Imagem<sup>23</sup>.

#### **1.2.1.3. Segurança e qualidade**

A assistência nem sempre é fornecida de forma adequada quer devido à escassez de materiais quer por falta de conhecimento e aplicação de procedimentos básicos quer pela escassez de medicamentos ou bens de consumo clínico.

A segurança e a proteção dos profissionais é uma marca negativa pelo não uso dos materiais de proteção pessoal, designadamente luvas, máscaras; também a segurança e proteção das instalações apresenta gravíssimas situações: (i) existência de valas abertas para lançamento de resíduos e queima a céu aberto; (ii) manutenção escassa ou ineficiente nas suas diversas dimensões; (iii) fornecimento irregular de energia elétrica e água; (iv) acesso livre de pessoas ao “campus” hospitalar.

#### **1.2.1.4. Estrutura física**

O HNSM é um Hospital pavilhonar<sup>24</sup> que engloba vários edifícios; a maioria com um elevado grau de vetustez, exceptuando as condições<sup>25</sup> da Maternidade. Os equipamentos são escassos e a manutenção é efetuada de forma deficiente; não existe uma programação de manutenção preventiva; a manutenção curativa obedece a uma “gestão à vista”. As

---

<sup>22</sup> O laboratório foi objeto de reestruturação e de operacionalização por financiamento IPAD.

<sup>23</sup> Recente aparelho de RX adquirido com verbas do BM

<sup>24</sup> Do ponto de vista arquitetónico, é uma herança colonial, que respeitava um conceito arquitetónico generalizado em África. A gestão, à época colonial era rigorosa, conforme depoimentos de antigos funcionários guineenses.

<sup>25</sup> Esta é a análise de 2004-2005, mas constituía já em 1997, uma situação similar.

instalações técnicas especiais não funcionavam na generalidade, e a falta de acessórios dificultava o trabalho dos profissionais.

O HNSM dispõe de cerca de 400 camas.

A planta seguinte apresenta a distribuição dos diversos edifícios<sup>26</sup>; sabemos que uma estrutura pavilhonar apresenta vantagens e inconvenientes: aquelas dizem especialmente respeito à facilidade de isolar serviços, impedindo a devassa por trabalhadores alheios; os inconvenientes reportam-se essencialmente às questões de comunicação e de ligação, além de duplicação de instalações técnicas especiais.

No que respeita às instalações técnicas especiais, eram notórias as debilidades nas comunicações, na eletricidade, nos gases medicinais, no ar condicionado, na ventilação.

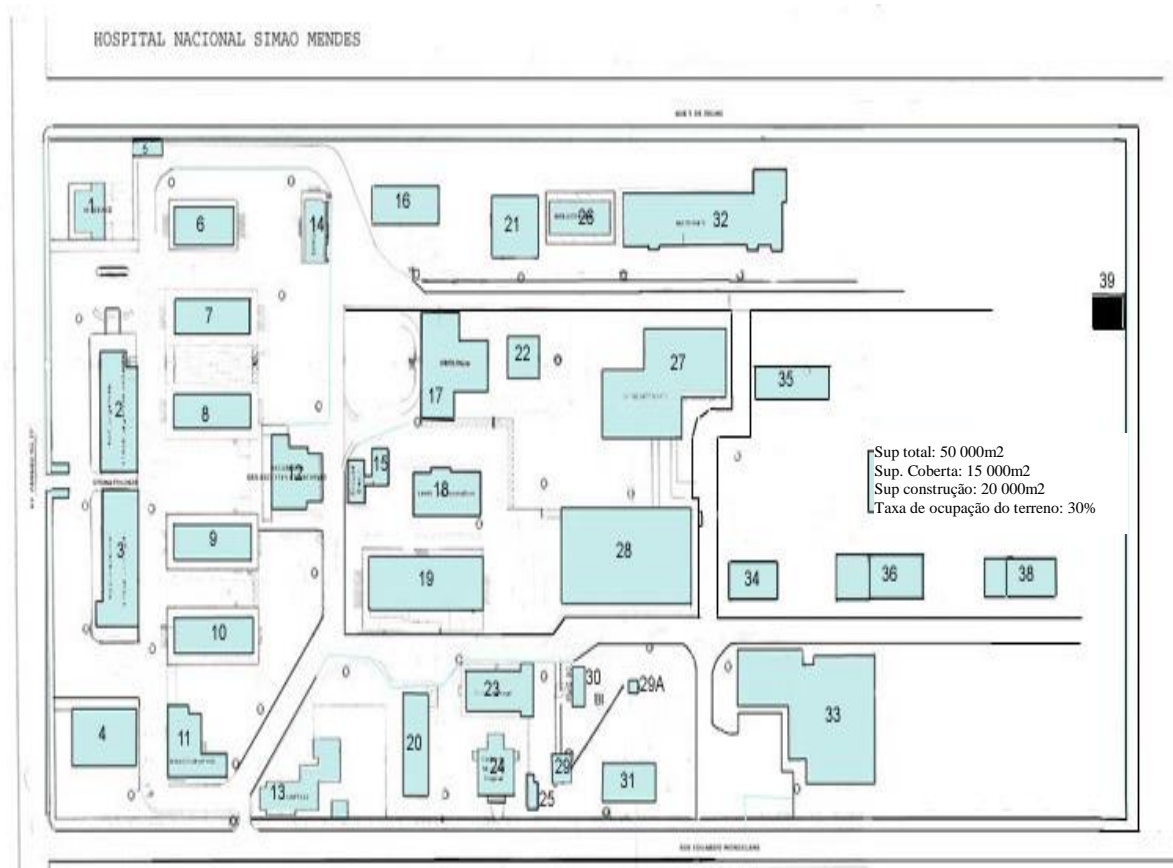


Figura 3 – Planta Geral do HNSM

Fonte: Missão do Projeto de Organização e Gestão do HNSM, 2005.

<sup>26</sup> Não descrevi a legenda por me parecer despendioso.

### 1.2.1.5. Movimento assistencial

**Quadro 5: Indicadores de produção**

Indicadores <sup>27</sup>	2004	2005	Varição
Doentes tratados no Internamento	17.610	15.819	89,83%
Dias de Internamento	nd	nd	nd
Demora Médica	nd	nd	Nd
Percentagem de ocupação	nd	nd	Nd
Número de Consultas	40.385	42.586	5,45%
Número de Urgências	16.315	22.429	7,47%
Exames Radiológicos	1.894	6.244	329,67%
Análises Clínicas	7.775	8.742	12,44%
Nº de transfusões	1.502	1.781	18,58%
Doentes tratados no Estrangeiro	nd	nd	nd

Fonte: Dados recolhidos no MINSAP

Para melhor compreensão deste fenómeno, é preciso ter presente ainda alguns elementos gerais de suma importância para se avaliar os constrangimentos existentes:

- a. A incidência nas camadas mais jovens e nas parturientes das patologias “paludismo”, “diarreia” e “pneumonia” coloca o problema a montante: área dos cuidados de saúde primários.
- b. A “hipertensão arterial” como reflexo dos hábitos de alimentação.
- c. O número de cirurgias incluindo as intervenções na Maternidade (842) era realmente baixo (1427 – ou seja: 29, 7 actos /semana e 5,9 / dia), o que era explicado por diversos fatores: falta de cirurgiões, equipamentos e materiais insuficientes ou em mau estado de funcionamento, má programação da atividade cirúrgica, falha no funcionamento do serviço de esterilização.
- d. O aumento dos atos em regime de consulta externa decorria do elevado número de consultas realizadas, ainda que uma parte significativa destes atos fosse não programada, o que dificultava a planificação pelos médicos responsáveis.

---

<sup>27</sup> A recolha de dados e o seu tratamento apresentavam dificuldades por: (i) inadequação ou falta de meios que permitissem tal atividade, designadamente as referências à demora média, aos dias de internamento efetivos, à percentagem de ocupação, e aos “*ratios*” utilizados na produção hospitalar; (ii) falta de registos clínicos correta e permanentemente preenchidos pelos médicos e pessoal de enfermagem, o que não permitia fiabilidade; (iii) a não existência de um arquivo clínico para guarda dos processos clínicos e estudo; (iv) inexistência de informatização.

- e. O Banco de Socorros (Urgência), que deveria constituir um serviço de referência, sofria de insuficiências importantes e consabidas: (i) a falta de equipamentos adequados à intervenção imediata, in segurança do pessoal, fornecimento irregular de medicamentos e de bens de consumo, entrada e saída de pessoas alheias ao serviço, desorganização interna – fatores que provocavam demora no atendimento.
- f. As consultas externas não obedeciam a critérios nítidos de marcação, como resultado de não estar implementada uma central de marcações.
- g. Muitos doentes eram evacuados, na maioria para hospitais portugueses<sup>28</sup>, por falta de meios de diagnóstico capazes de fornecer elementos fiáveis aos médicos para exercer a sua profissão com rigor e eficácia, designadamente as doenças dos foros cardiológico, renal, traumático, artroses, hipertensões associadas. Em especial:
  - i. Pediatria: cardiopatias congénitas, nefropatias e pneumopatias;
  - ii. Urologia: nefroses, patologias uretrais, patologias vesicais;
  - iii. ORL: neoformações tumorais;
  - iv. Ortopedia: complicações pós-traumáticas, patologias vertebrais, artropatias;
  - v. Cirurgia geral: traumas cranianos (neurocirurgia), tumores do reto, tumores das partes moles, tumores da mama;
  - vi. Oftalmologia: glaucomas e patologias do globo ocular;
  - vii. Medicina: cardiopatias de adultos, tumores endócrinos, pneumopatias;
  - viii. Ginecologia: tumores ginecológicos.

---

<sup>28</sup> O ora mestrando elaborou um documento sobre a matéria de evacuações, por patologias e custo global.

### 1.2.1.6. Recursos humanos

**Quadro 6: Recursos humanos no HNSM**

<b>Recursos Humanos / categoria profissional</b>	<b>Total</b>	<b>Ratio/cama</b>
Pessoal Dirigente	4	0,01
Médicos Nacionais	53	0,13
Médicos Estrangeiros	5	0,01
Pessoal Técnico Superior	1	0,00
Pessoal Técnico (Lab+Rad.+outros)	5	0,01
Enfermeiras Gerais (C. Geral)	71	0,18
Enfermeiras Especialistas	3	0,01
Enfermeiras Auxiliares	124	0,31
Parteiras Gerais	23	0,06
Parteiras Auxiliares	6	0,01
Pessoal Administrativo, incluindo exatores	13	0,00
Serventes, incluindo lavadeiras	52	0,11
Lavadeiras	6	0,01
Operários	6	0,01
Pessoal Contratado	-	-

Fonte: Dados recolhidos no MINSAP

Esta situação merece algumas considerações:

- a. Falta de profissionais, especialmente médicos, enfermeiros e técnicos em várias valências, clínicas e não clínicas.
- b. Qualificação inadequada de muitos trabalhadores, apesar do interesse manifestado no aperfeiçoamento profissional.
- c. Desvio ou desequilíbrio de funções na execução de atividades em diversos postos de trabalho.
- d. Inatividade por falta de:
  - i. instrumental (Bloco Operatório, Esterilização, Serviço de Manutenção Técnica, outros);
  - ii. instalações para alguns setores (psicóloga clínica, nutricionista, por exemplo);
  - iii. bens de consumo (Serviços de Acção Médica).

## Quadro 7: Pessoal médico/serviços

Serviço	Nº de Médicos	Nº Camas
Pediatria	9	116
Maternidade	9	106
Neonatologia <sup>29</sup>	2	-
UCI	3	19
Ortopedia	4	38
Medicina	7	36
Cirurgia	11	29
Recobro Queimados	1	32
Oftalmologia	1	16
Banco de Socorros	-	11 (SO)
Banco de Sangue	3	-
Farmácia	1	-
Fisioterapia	1	-
Medicina de Trabalho	1	-
Medicina Legal	1	-
Dermatologia	1	-
Estomatologia	3	-
	<b>58</b>	<b>403</b>
Nº Enfermeiros	<b>198</b>	-

Fonte: Dados recolhidos no MINSAP – 2005

### 1.2.1.7. Recursos financeiros

A situação financeira do HNSM padecia de um constante subfinanciamento. A recuperação de custos, regime designado “Iniciativa de Bamako”<sup>30</sup>, um instrumento essencial mas a necessitar de aperfeiçoamento, de acordo com as regras estabelecidas.

Deve notar-se que era impossível determinar custos por doente, fosse na consulta, fosse no internamento ou noutros serviços produtores de atos médicos ou de apoio clínico, fosse nos serviços gerais, uma vez que as despesas não se encontravam registadas por natureza nem por serviço nem por rubrica contabilística. A exceção, embora parcial, eram os serviços de Radiologia e Laboratório<sup>31</sup>, onde era possível determinar custos gerais sobre:

<sup>29</sup> Incluído na Maternidade.

<sup>30</sup> A Iniciativa de Bamako destinava-se a aumentar o acesso a cuidados de saúde, melhorando a eficácia, a eficiência e viabilidade financeira; segundo este modelo de comparticipação de custos, os cidadãos participavam, com pagamentos reduzidos, os cuidados prestados, para contrabalançar o subfinanciamento pelo orçamento do Estado. Esta iniciativa foi implementada na África Ocidental. A aplicação de taxas, apesar de algumas exceções, gerou pesadas críticas pelos utentes dos diversos países. No início de 2000, a população pobre via o preço como uma barreira e, por essa razão, não utilizava os serviços de saúde ao nível primário.

<sup>31</sup> Esta situação devia-se ao facto da intervenção levada a cabo no âmbito do Projeto de Formação Pós-graduada de Médicos e da intervenção do ICBAS no apoio solicitado ao IPAD e à FCG.

- a. Despesas com pessoal.
- b. Despesas com reagentes e outros consumíveis.
- c. Despesas com materiais de consumo hoteleiro.
- d. Incentivos.
- e. Outras despesas.

### **1.3. Considerações sobre a necessidade de intervenção pelo consultor**

O HNSM, enquanto hospital público, não pode deixar de estar atento aos condicionalismos socioeconómicos<sup>32</sup>, em especial analfabetismo, índice de esperança de vida e pobreza humana, como situações que conduziam a comportamentos incorretos do ponto de vista sanitário, com reflexos na procura de cuidados hospitalares na cidade de Bissau. Apesar de alguma melhoria, a taxa de mortalidade infantil e a taxa de mortalidade maternal continuavam muito elevadas; por isso, tornava-se necessário valorizar a componente materno-infantil dentro do HNSM, criando, por isso, um departamento e uma unidade de neonatologia devidamente equipados.

As alterações a implementar na gestão e administração do HNSM residiam na sensibilização dos responsáveis de topo para a mudança comportamental e funcional. Por outro lado, o desenvolvimento de competências gestionárias faz apelo a um conjunto de exigências claramente recomendadas pelo comité de peritos da OMS:

«Quelles que soient leurs compétences dans leurs domaines techniques particuliers, tous les agents de santé chargés de superviser le travail d'autres personnes ont besoin d'une formation gestionnaire, dont la nature et la teneur varieront avec les compétences théoriques et pratiques de l'individu et les exigences gestionnaires du poste.» (OMS,1989:42).

Pelo que o projeto institucional do HNSM deveria compreender diversas dimensões, nomeadamente a redistribuição do pessoal adequado ao HNSM, poupando-o das atividades de primeiro escalão; esta ação identificava-se com a definição (ou redefinição) dos grupos profissionais do MINSAP no que respeitava às carreiras especiais. Assim:

- a. O reforço institucional do processo de gestão dos recursos humanos a nível do HNSM, aspeto enquadrável no ponto 6.4. apresentado no Tomo II (PNDS).

---

<sup>32</sup> Cf. Quadro 1.

- b. A elaboração de programas de ação (planos de atividades hospitalares) de curto e médio prazo, com a participação dos responsáveis médicos, de enfermagem e de técnicos de apoio clínico<sup>33</sup>, de apoio geral<sup>34</sup>, serviços administrativos, arquivo clínico, estatística e outros, procurando identificar as prioridades das componentes assistenciais, de manutenção de equipamentos e de realizações imobiliárias.
- c. A análise de modelos de funcionamento exequíveis e a sua introdução no quotidiano hospitalar.
- d. O reforço da capacidade gestonária dos serviços ligado à gestão da informação médico-administrativa produzida nos serviços de assistência e que envolvia vários serviços de apoio dentro do Hospital.
- e. O reforço da autonomia de gestão do HNSM, que passava obrigatoriamente pela autonomia técnica, administrativa e financeira; este aspeto assume foros de extrema importância, na medida em que um hospital desta dimensão só poderá ser autónomo se conseguir impor-se do ponto de vista técnico e científico. O que vale por dizer que deveria implicar (i) o conhecimento científico (que se adquire nos processos de ensino-aprendizagem, incluindo a formação); (ii) o saber-fazer (utilizando as habilidades da artes médica e de enfermagem e de outros setores); (iii) o gerir (fazendo e mandando fazer as coisas com eficácia e eficiência - atividade que compete, desde logo, a quem detém responsabilidades técnicas nos serviços clínicos).
- f. A elaboração de um estatuto jurídico que comportasse órgãos, atribuições, organização e funcionamento dos serviços hospitalares (de assistência, de apoio clínico, de apoio geral, de gestão económico-financeira, outros) – aspetos que mereceram particular atenção no diagnóstico efetuado no quadro do PNDS.
- g. A existência de normas e diretrizes no que respeitasse a:
  - i. Enquadramento jurídico: regulamento interno, regulamentos de serviços; normas de boas práticas; procedimentos relativos aos recursos humanos, financeiros, materiais e organizacionais;
  - ii. Deveres funcionais e profissionais, nomeadamente a carta de direitos e deveres e a legislação sobre a disciplina;
  - iii. Integração do Hospital na orgânica do MINSAP.

---

<sup>33</sup> Laboratórios, imagiologia, farmácia, serviço social e nutrição/alimentação.

<sup>34</sup> Economato, serviços gerais (incluindo os designados serviços hoteleiros).

- h. Possibilidade de efetuar acordos de parceria, a vários níveis, com instituições idóneas do ponto de vista técnico e académico que tenham nos seus quadros profissionais capazes de se envolverem em projetos de formação nas áreas técnicas e de apoio.

Em síntese, era urgente refletir e agir, entre outros aspetos, sobre:

- a. O “produto” hospitalar: os doentes – direitos e deveres.
- b. Os instrumentos de gestão: plano e orçamento; balanço social.
- c. Normas de gestão administrativo-financeira: criação de um conselho administrativo.
- d. Normas de gestão de stocks: criação de um serviço de aprovisionamento.
- e. Política de pessoal: o desempenho dos profissionais.
- f. A responsabilidade a todos os níveis / as hierarquias.

## 2. Comentários

O HNSM faz parte de um sistema que se pretendia dinâmico, caracterizado por um afluxo de pessoas, de materiais, de ideias, de soluções, no sentido de tentar superar as infraestruturas dos cuidados de saúde primários cujo funcionamento e capacidade de oferta são importantíssimos no quadro da saúde da Guiné-Bissau, mas insuficientes para a resolução de casos que só a nível hospitalar poderiam ser resolvidos.

Perfilavam-se no horizonte questões muito significativas para resolução no HNSM, em especial: (i) a melhoria da performance global; (ii) o aperfeiçoamento da articulação com os cuidados de saúde primários; (iii) o crescimento e melhoria da sua estrutura física prevista; (iv) a possibilidade de se vir a transformar num hospital onde se pudesse promover o ensino da Medicina e de outras Ciências da Saúde anunciado publicamente; (v) a existência de vários profissionais oriundos de diversos países cuja coordenação deveria ser um objetivo prioritário.

Por ineficiência da rede sanitária, foi atribuído ao HNSM o papel de primeiro nível de referência para o Setor Autónomo de Bissau e do papel de referência nacional reservado às valências que não existem nos hospitais regionais; para este efeito, era imperioso atualizar e redefinir as suas funções, que, não sendo prioritário do ponto de vista financeiro, como é referido na página 24 do Tomo II do PNDS<sup>35</sup>, constituía um imperativo técnico importante e inatacável para garantir a satisfação das necessidades nas valências atribuídas a um hospital de referência nacional, designadamente algumas disciplinas médicas e cirúrgicas.

A dimensão do HNSM exigia uma atenção especial no que respeita à diversidade e à diferenciação técnica. Ou seja: o Hospital dispunha das valências fundamentais (hospital polivalente), mas não existia qualquer programa funcional. O projeto de construção de obras e de reabilitação de edifícios a que a equipa de missão teve acesso, não permitia concluir com clareza a dimensão desejável: número de camas, necessidades em equipamentos e outros elementos estruturais necessários<sup>36</sup>, dado que se encontrava deficientemente elaborado. A estrutura interna do HNSM exigiria uma reestruturação dos serviços em função da sua capacidade em termos de recursos materiais e humanos.

---

<sup>35</sup> Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário.

<sup>36</sup> Como adiante será referido, foi elaborado e apresentado no Ministério um programa funcional obedecendo aos critérios utilizados em Engenharia Hospitalar, tendo em atenção os critérios de remodelação e de construção nova que urgia efetuar, com base nos dados estatísticos disponíveis.



## **CAPÍTULO 2. CARATERIZAÇÃO DOS PROJETOS DE INTERVENÇÃO**

### **1. Projeto de formação pós-graduada de médicos**

#### **1.1. Breve nota introdutória**

A evolução tecnológica, a escassez de recursos humanos, os crescentes encargos financeiros e a pressão social para a satisfação das suas expectativas colocam um desafio a todos os países.

O objetivo de qualquer processo de mudança em saúde tem em vista a melhoria do estado de saúde global da população, conceito positivo definido pela OMS. Acresce a necessária ponderação dos valores que dão fundamento à política de saúde:

- a. A saúde enquanto direito individual e responsabilidade de todos, incluindo os agentes políticos e os profissionais que, direta ou indiretamente, estão envolvidos no sistema para maximização do seu potencial de saúde.
- b. A equidade no acesso e a solidariedade na ação.
- c. A participação das pessoas e grupos no que respeita à sensibilização bem como ao seu progressivo envolvimento na ação e implementação.

Justamente, tais valores fazem apelo: (i) a uma mudança centrada no cidadão e nas necessidades das populações; (ii) à rendibilidade dos meios postos à disposição (ou que venham a ser disponibilizados); e (iii) ao envolvimento dos cidadãos no sistema de saúde no seu todo (público, privado e social).

Um dos elementos fundamentais para alcançar a mudança e inovação é a formação.

Tem sido defendida, especialmente por peritos da OMS, que a formação na área da saúde deve tomar em linha de conta, entre outros, alguns aspetos fundamentais, designadamente:

- a. A compreensão do sistema de saúde na sua globalidade e nas suas especificidades.
- b. A ligação entre hospital e outros serviços de saúde.
- c. Os mecanismos de financiamento.
- d. O processo de gestão nas suas várias vertentes: clínica, económica, administrativa, de manutenção, etc.
- e. Os modelos de participação dos profissionais.
- f. A gestão da qualidade e segurança.
- g. O sistema de informação; a comunicação interna e a comunicação com o exterior.

A formação, de par com outras ações, é uma condição básica para o desempenho de funções de competência técnica e humana dos diferentes grupos profissionais, sendo, ela própria, encorajadora de subseqüentes e necessárias ações de formação, incluindo a autoformação.

A conceção da formação como aquisição de conhecimentos e ou aperfeiçoamento profissional e pessoal tem de ser enquadrável numa estratégia de melhoria da organização e funcionamento das instituições, orientando-se em três grandes eixos:

- a. Responsabilização estratégica na intermediação entre necessidades / objetivos / recursos disponíveis.
- b. Modelos comportamentais de eficiência técnica, social e económica.
- c. Construção de modelos organizacionais capazes de contribuir para uma resposta a alguns desafios que se colocam no terreno.

Todavia, a elaboração de objetivos constitui uma tarefa tão fundamental quanto difícil. Fundamental, porque não se trata de ‘mudar por mudar’, sem qualquer sentido de inovação, criatividade e exequibilidade, mas, antes, conseguir alcançar uma base programática comum suficientemente motivadora e capaz de contribuir para melhorar comportamentos, introduzir racionalidade e eficiência nas decisões. Difícil, porque é preciso ter em linha de conta a formação de base dos profissionais e o contexto socioeconómico em que a mesma se desenvolve.

O reforço de competências na área da saúde, compreende diversas dimensões:

- a. Responder a necessidades de acordo com as políticas globais e setoriais definidas superiormente.
- b. Adequar os modelos organizacionais aos novos desafios.
- c. Definir planos de ação para alvos claramente objetivados.
- d. Garantir a rendibilidade de investimentos e recursos em ambiente de escassez.
- e. Criar sistemas de informação capazes de garantir uma correta gestão de recursos de suporte à decisão e à produção.
- f. Aumentar a capacidade de diagnóstico e de resolução de problemas num dado contexto.
- g. Gerir a melhoria contínua das prestações de saúde.
- h. Criar um clima de exigência e de responsabilização, participativo, e desenvolver a motivação e o envolvimento dos colaboradores.

i. Avaliar os resultados

De forma a:

- a. Melhorar a prestação de cuidados.
- b. Reformular a estratégia institucional.
- c. Incentivar a aplicação de medidas estratégicas de integração e de dinamização dos elementos das equipas de trabalho.
- d. Rentabilizar os recursos disponíveis.
- e. Construir um projeto, segundo um modelo realista de abordagem face aos constrangimentos económicos e limites organizacionais.

Em síntese, com a formação concretiza-se em três níveis:

- a. Conhecimento.
- b. Capacidades profissionais.
- c. Comportamentos.

Pretendia-se, portanto, valorizar a sensibilização para as questões técnicas e de gestão – um valioso contributo para a compreensão do *processo de gestão do Hospital como um todo*.

## **1.2. Enunciado geral do projeto**

Na sequência de Concurso Público Internacional, promovido pelo Governo da República da Guiné-Bissau e financiado pelo Banco Mundial, foi adjudicado ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar e Hospital Geral de Santo António, do Porto, o Projecto de Formação Pós-Graduada de Médicos daquele País.

O Projeto em causa inseria-se na filosofia definida nos Termos de Referência do Caderno de Encargos constante do Documento “Project du Secteur Social<sup>37</sup> - services de consultations pour la formation des agents de la santé (FIAS) - Termes de Références por Lote I: 15-18”, porquanto não se deveria pôr em causa, segundo o meu entendimento, quer o diagnóstico elaborado pela equipa multidisciplinar que equacionou esta formação quer a própria organização do curso pós-graduado definido no quadro Projeto do Setor Social (PSS), cujo objetivo consistia em assistir o Governo [da Guiné-Bissau] com vista a

---

<sup>37</sup> Projecto do Sector Social (PSS) – Organismo do Ministério da Saúde da República da Guiné-Bissau com competência para, de acordo com os requisitos do Banco Mundial ser a “agência executora” do Projeto. Posteriormente foi designado Projecto Nacional de Desenvolvimento Social (PNDS).

melhorar a capacidade de prestação e qualidade dos cuidados de saúde primários a uma ampla população, nomeadamente aos grupos mais vulneráveis das zonas rurais.

Este Projeto apresentava características peculiares na medida em que, num plano autenticamente inovador, apoiava localmente uma iniciativa de média duração, implicando a deslocação de técnicos com qualificação muito diferenciada (médicos do HGSA que eram docentes no ICBAS; administradores hospitalares com reconhecida experiência nos PALOP; outros técnicos superiores) para partilhar os seus conhecimentos com técnicos guineenses, designados para efeito de consecução dos trabalhos. Tratava-se de um projeto particularmente exigente do ponto de vista técnico-científico, colocando diversas especificidades, designadamente ao nível da organização e gestão, do envolvimento e empenhamento dos médicos e de outros profissionais. Além disso, exigia-se uma grande articulação entre as autoridades do Ministério da Saúde e do BM. Estava também subjacente a intenção de ligação entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares, em obediência a orientações técnicas da OMS no âmbito das prestações médicas e paramédicas.

Nesta conformidade, dada a natureza do Projeto e a importância que o mesmo assumia no contexto da cooperação, os Ministros da Saúde e da Educação de Portugal conferiram, por despachos ministeriais, a natureza de “reconhecido interesse público” aos profissionais expatriados.

O Projeto de Formação em referência teve início a 15 de julho de 1997, sendo interrompido por decisão das autoridades guineenses em 17 de julho de 1998, em consequência dos acontecimentos político-militares vividos naquele País.

Foi reiniciada a conclusão do Internato Horizontal a 5 de março de 2001, tendo sido dado por concluído com a realização do internato vertical em fevereiro de 2006.

O local de realização: Hospital Nacional de Simão Mendes, Bissau – República da Guiné-Bissau.

### **1.2.1. Objetivos**

Os objetivos educacionais gerais eram os seguintes:

- a. Promover a saúde em meios hospitalares (HNSM) com verdadeira interligação entre setor primário e setor hospitalar.

- b. Proporcionar a alguns médicos guineenses capacidades técnico-científicas no âmbito da sua formação contínua.
- c. Proceder ao enquadramento e envolvimento técnico dos serviços hospitalares, clínicos, de apoio clínico e administrativo.
- d. Capacitar o médico para reconhecer os problemas principais de saúde, ser capaz de desenvolver o processo de pensamento correto para chegar a um diagnóstico usando os meios disponíveis para, finalmente, tomar uma decisão terapêutica.
- e. Criar hábitos de pesquisa de documentação científica.
- f. Administrar conhecimentos e habilidades para permitir a sua entrada num treino pós-graduado e para poder colaborar com outros profissionais durante a sua prática clínica.

### 1.2.2. Área e duração do projeto

Compreendia três fases:

#### Quadro 8: Fases, duração e elementos constitutivos

Fases	Elementos constitutivos / duração
1ª Fase	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. <b>Gestão de Instituições Médicas (GIM)</b>, destinado a médicos e enfermeiros com funções de gestão nos serviços clínicos, com a duração de 3 meses. Teve a intervenção de dois Administradores Hospitalares (um do HGSA e outro dos HUC).</li> <li>b. <b>Preliminar</b>, destinada aos Formandos, durante a qual se procedeu à sensibilização e ao aprofundamento de matérias como a Informática, o Inglês, a utilização de livros, a elaboração de relatórios, com a duração de 3 meses. Envolveu, para além de uma instituição local, um técnico superior licenciado em economia, destacado no ICBAS.</li> <li>c. <b>Fase Preparatória</b>, com incidência na formação de tutores nacionais (médicos guineenses seniores) que coorientaram a formação, com o objetivo de conseguir um correto entrosamento entre os profissionais envolvidos, realizando-se, ainda por iniciativa do ICBAS e do HGSA, a deslocação ao Porto dos referidos tutores nacionais.</li> </ul>
2ª Fase	<b>Internato Geral Integrado (Horizontal)</b> com a duração de 8 meses, envolvendo as valências de Medicina Interna, Cirurgia Geral, Obstetrícia/ Ginecologia e Pediatria.
3ª Fase	<b>Internato Vertical</b> com a duração de 12 meses e era aberta a um número limitado de pessoas (4 para as especialidades cirúrgica e gineco-obstétrica e 8 para as especialidades médica e pediátrica).

A 3ª fase, de maior complexidade, era condicionada a um concurso aberto em que o aproveitamento e a motivação demonstrados durante o internato geral seriam critérios de admissão. Seriam admitidos, em casos particulares, devidamente justificados, médicos que,

embora não tivessem participado no internato geral, reunissem condições no concurso para o internato vertical.

A execução do internato vertical, encontrava-se indelévelmente associada à componente assistencial e à organização e funcionamento de serviços como é ampla e enfaticamente referido nos Termos de Referência que suportavam o Caderno de Encargos e que constituem a base de atuação dos consultores (ponto 8. dos TDR).

Os formadores externos de cada área de especialidade deslocavam-se durante 2/3 semanas para efetuar as prestações.

Assim, durante a realização do internato vertical, a responsabilidade cabia aos referidos médicos/docentes, cabendo-lhes:

- a. Assumir a responsabilidade por um grupo de assistência multidisciplinar com conhecimentos que a sua atividade obriga;
- b. Proporcionar a aquisição de competências do ponto de vista técnico e gestor para organizar e dirigir um serviço;
- c. Promover a elaboração de protocolos de funcionamento, normas e rotinas de atuação, e orientar a sua autoformação e a dos seus colegas.

### **1.2.3. Instituições envolvidas**

Para além dos médicos/docentes do ICBAS e do HGSA, foram envolvidas, num verdadeiro espírito de parceria, médicos/docentes da Faculdade de Medicina, de Maputo, do Hospital Américo Boavida, de Luanda, do KIT (Holanda) e ainda de outros hospitais portugueses: Hospital Especializado de Crianças de Maria Pia, Porto, Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia; Hospital de S. João, Porto; Hospital Pedro Hispano, Matosinhos.

### **1.2.4. Constrangimentos**

Por um lado, há que assinalar a presença de constrangimentos ao longo do processo, de que salientamos:

- a. A dificuldade em estabelecer metas e objetivos claros, atenta a presença de fatores nem sempre fáceis de analisar, e muito menos de dominar: as condições socioeconómicas e sanitárias da Guiné-Bissau.
- b. A falta de quadros técnico-científicos capazes de mobilizar todos os agentes de saúde dentro do HNSM.

c. Os meios financeiros exíguos.

Por outro lado, as insuficiências existentes no HNSM eram graves ao nível de apoio de retaguarda:

- a. Falta de água canalizada. Saneamento parcialmente destruído.
- b. Inexistência de uma lavandaria.
- c. Lavagem inadequada de instrumentos cirúrgicos, limpeza do chão.
- d. Esterilização deficiente.
- e. Comunicações telefónicas inexistentes.
- f. Falta de manutenção dos equipamentos e dos edifícios.
- g. Avarias sistemáticas no gerador alternativo à energia eléctrica pública.
- h. Inventário não realizado.
- i. Dificuldade no fornecimento contínuo de materiais de consumo corrente.
- j. Falta de um serviço de Raios X.
- k. Alimentação aos doentes apenas fornecida ao almoço sem critérios nutricionais.
- l. Desorganização administrativa.

Os constrangimentos nos serviços onde decorreu formação eram os seguintes:

#### **Quadro 9: Serviços / constrangimentos**

<b>Serviços</b>	<b>Constrangimentos</b>
<b>Medicina</b>	Deficiências no cumprimento de rotinas. Processos dos doentes deficientemente organizados.
<b>Pediatria</b>	Não existia sala de enfermagem. Processos dos doentes deficientemente organizados.
<b>Obstetrícia</b>	Com muito movimento, imensa sujidade, camas sem lençóis, alguns colchões sem cobertura plástica. Tinha um ecógrafo que funcionava, sem cardiocógrafa. Processos dos doentes deficientemente organizados.
<b>Cirurgia</b>	Situação completamente caótica, deficiente esterilização. Processos dos dentes deficientemente organizados.
<b>Urgência</b>	Não havia identificação de doentes, não existia Raio X. Não havia equipamentos e bens de consumo suficientes para um atendimento adequado. Desorganização interna.
<b>UCI</b>	Sem monitorização, ventiladores, sem capacidade de oxigenação, ar comprimido com fornecimento não permanente.
<b>Bloco Operatório<sup>38</sup></b>	Amplo, bem dimensionado. Faltava água corrente, materiais de limpeza, torneiras, soluto desinfetante para as mãos. A lavagem dos ferros era inadequada. A esterilização, por calor. Não havia roupa esterilizada. Não existia rampa centralizada de gases.

<sup>38</sup> Dada a natureza das emergências, a atividade cirúrgica não podia responder de forma adequada porque (i) não era efetuado o consentimento informado nas intervenções cirúrgicas e nos atos invasivos. Era exígua a existência de sangue e derivados; (ii) Os circuitos de limpos e sujos, apesar de separados no edifício construído pela Cooperação Holandesa, não eram respeitados; (iii) Os equipamentos de esterilização careciam constantemente de manutenção curativa dado o seu manuseio deficiente; Os processos clínicos eram, na sua maioria, constituídos por folhas soltas.

### **1.2.5. Benefícios esperados**

No final do Curso de Pós-Graduação de Médicos, pretendia-se que (i) o Governo Guineense pudesse dispor de médicos com qualificação e domínio de habilidades e competências nas quatro valências referidas, que passariam a constituir um reforço notório na capacidade de resposta do Sistema de Saúde em sede dos cuidados diferenciados, em interligação com os cuidados de saúde primários; (ii) estes médicos constituíssem a base técnica instrumental para a formação de médicos mais jovens; (iii) se estabelecesse uma gestão clínico-administrativa dentro dos serviços de acção médica.

## **1.3. Intervenção complementar pela entidade formadora**

### **1.3.1. Contextualização e outros níveis de intervenção complementar**

Considerando as várias carências clara e abundantemente diagnosticadas e detetadas durante o processo de formação realizado em 1997-98, tornou-se imperioso criar melhores condições de assistência no HNSM. Assim, o ICBAS, ciente de que a realização de ações direcionadas para outros profissionais e áreas de atividade constituía uma mais-valia, solicitou o apoio à Fundação Calouste Gulbenkian (FCG) e ao Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD). Além disso, o verdadeiro significado do conceito de “cooperação” apenas resultaria em sucesso se houvesse a participação ativa destas Instituições, sob pena de se perder o capital humano e financeiro investido até ao momento.

Assim, o ora mestrando elaborou um programa de intervenção integrado, de conjunto, valorizando também os serviços de apoio nas vertentes humana, organizacional e funcional que visasse:

- a. A elaboração de programas de ação (planos de actividades hospitalares) de curta e média duração, com a participação dos responsáveis médicos, de enfermagem e de técnicos de apoio clínico, como laboratórios, imagiologia, farmácia, economato<sup>39</sup>, serviços gerais (incluindo os serviços hoteleiros), secretaria, arquivo clínico e estatística e outros, procurando identificar as prioridades das componentes assistenciais, de manutenção de equipamentos.

---

<sup>39</sup> Designação de aprovisionamento usada no HNSM.

- b. A análise e aplicação de modelos de funcionamento exequíveis e sua introdução no quotidiano hospitalar.
- c. O reforço da capacidade gestonária dos serviços intimamente ligado à gestão da informação médico-administrativa produzida nos serviços de assistência e que envolvesse vários serviços de apoio dentro do Hospital.
- d. A possibilidade de efetuar acordos de parceria, a vários níveis, com instituições idóneas do ponto de vista técnico e académico.

O programa de intervenção incidiu nos domínios a seguir referidos.

### **1.3.2. Gestão hospitalar**

A gestão é fazer com que as pessoas façam – de modo mais simples; é simplificar; é tornar as coisas complexas em coisas simples. Ora, no HNSM, o fardo era pesado, pois faltavam estruturas organizacionais e processos simples adequados à dimensão e natureza da Instituição.

Quer isto significar que era imperioso:

- a. Melhorar a qualidade das prestações de serviços de apoio.
- b. Criar e sedimentar rotinas e procedimentos.
- c. Aprofundar e permanentemente melhorar as relações entre a logística e a atividade clínica.
- d. Introduzir uma filosofia de gestão de rigor.
- e. Fomentar a elaboração periódica de relatórios de execução financeira e de execução física das actividades desenvolvidas nas diferentes áreas.
- f. Proceder ao processo de avaliação do processo de formação e elaboração do relatório final.

Na área da gestão hospitalar foram desenvolvidas ações, especificamente em:

- a. Gestão económico-financeira.
- b. Gestão de recursos humanos.
- c. Gestão da manutenção técnica.
- d. Gestão de outros serviços de logística.
- e. Informação em saúde; estatística geral; estatísticas de saúde.

### 1.3.3. Serviços de clínica

Os serviços de clínica são, por natureza, a essência e a razão de ser de qualquer hospital. São os serviços substantivos que determinam os resultados de uma instituição de saúde. Este grande objetivo geral apenas havia sido conseguido em setores de alguns serviços, como na Maternidade, na Pediatria e no Bloco Operatório. Alguns objetivos parcelares estavam a ser alcançados; todavia, havia muito que fazer num ambiente onde, para além da escassez de materiais e de profissionais, existia desmotivação pessoal e profissional, já mencionadas. Urgia dar continuação à reorganização dos serviços de medicina, cirurgia, pediatria e maternidade, imprimindo reformas estruturais, no seguimento do que tinha vindo a ser ensaiado ao longo do internato geral.

Por estas razões, pareceu elementar que se:

- a. Prosseguisse na reorganização dos serviços de medicina, cirurgia, pediatria e maternidade, sobretudo estes, no seguimento do que tinha vindo a ser ensaiado ao longo do Internato horizontal.
- b. Adotasse um modelo assistencial centrado no doente, tudo fazendo para que os cuidados fossem prestados com a celeridade que os recursos permitiam.
- c. Procurasse baixar a demora média.
- d. Redimensionasse a lotação e os regimes de visitas médicas, e se procedesse à elaboração de diagnósticos com cuidado, efetuando rigorosamente os registos clínicos, de enfermagem e administrativos.

É importante realçar que se tornava imperioso um esforço no sentido de organizar e planificar ações numa perspetiva global do Hospital, instalar os equipamentos que fossem fornecidos e capacitar técnicos que respondessem minimamente às necessidades.

Para além das valências objeto de formação, foram sinalizadas outras áreas de intervenção, com apoio financeiro do ICBAS:

- a. Anestesia.
- b. Patologia Clínica e Banco de Sangue.
- c. Enfermagem.
- d. Imagiologia.
- e. Ortopedia.
- f. Oftalmologia.
- g. ORL.

#### **1.3.4. Serviços de apoio à clínica**

Com o apoio de retaguarda, e no sentido de obter o máximo rendimento e eficiência dos serviços de ação médica, houve necessidade de constituir grupos ou comissões, de acordo com as necessidades, que poderiam atuar permanentemente (exemplos: a comissão de higiene e de infecção hospitalar, a comissão de farmácia e terapêutica, a comissão de arquivo clínico, etc.) ou que reunissem episodicamente (exemplos: grupos para análise de funcionamento das consultas, das urgências, etc., que apresentariam sugestões ou propostas para apreciação superior, e que posteriormente se manteriam em atividade ou não).

Os serviços de apoio geral destinam-se a coadjuvar os serviços onde se prestam cuidados aos doentes, designadamente, os serviços gerais constituem o pano de fundo da atividade clínica nos setores de internamento (enfermarias), consultas externas e urgência. Mas, quer o setor hoteleiro quer os restantes apoios logísticos são fundamentais para que o hospital funcione de forma harmonizada. Eis alguns exemplos muito simples, que constituem contributos para a ineficiência: se falta a energia elétrica pública, o gerador do hospital só entra em funcionamento 15 ou 30 minutos depois da falha, algo de prejudicial pode suceder no bloco se estiver a trabalhar; se as limpezas das enfermarias são efetuadas no momento da visita médica, o trabalho dos clínicos e das enfermeiras fica muito prejudicado; se um doente que chega à urgência e carece de um medicamento e não lhe é fornecido porque é preciso pagar uma taxa antes do tratamento ou ir comprar o medicamento à farmácia do exterior, o mesmo pode correr riscos de vida; se uma tomada elétrica não está a funcionar quando se pretende ligar o bisturi, surgirão graves consequências naquele momento para o doente a ser operado; ou quando os processos clínicos não estão disponíveis na enfermaria, o registo não se fará...

Feita esta breve aproximação à realidade e importância dos serviços, interessa agora focar a atenção naqueles serviços ou setores em que foi possível uma intervenção de curto, médio ou de longo prazo, sendo estabelecidas prioridades face às dificuldades e à dimensão dos mesmos problemas.

Estes apoios foram fundamentais para os seguintes serviços:

- a. Bloco, urgência, consultas externas, internamento.
- b. Serviços de apoio clínico (áreas dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica): laboratórios, imagiologia, setor de transfusões, setor de produção de soro, etc., bem como os serviços de nutrição e dietética.

- c. Gestão do serviço social.
- d. Gestão da qualidade.
- e. Produção hospitalar.

As atividades nestes setores contemplaram prioritariamente uma acção de formação de média duração em anesthesiologia e ações de curta ou média duração nos outros setores, especificamente enfermagem, incidindo nos aspetos que prioritariamente poderiam ser resolvidos.

Neste domínio foi premente:

- a. Envolver o arquivo clínico e a estatística.
- b. Incentivar o funcionamento de uma central de admissão de doentes.
- c. Criar os designados serviços hoteleiros (em especial a limpeza e higienização das instalações e equipamentos e do “campus” hospitalar”, e alimentação); e também a remoção de lixos e sua destruição, a garantia de funcionamento do gerador<sup>40</sup>.

#### **1.4. Outras acções complementares**

É importante sublinhar que, para a realização desta formação complementar paralela à Formação Pós-graduada de Médicos, foram desenvolvidos esforços no sentido de garantir o que fosse considerado prioritário e pertinente pelos responsáveis do MINSAP - PNDS e HNSM, no quadro de uma abrangente formação em exercício, procedendo-se à implementação de diversas atividades para que a formação alcançasse os seus objetivos.

Conjuntamente com o processo formativo clínico decorreram:

- a. Acções de formação em serviço nas áreas de enfermagem, de anestesia, de laboratório, serviços de apoio logístico e manutenção de equipamentos.
- b. Atividades de apoio logístico, através da cooperação de entidades portuguesas nas áreas de: (i) arquivo clínico e processo clínico; (ii) stocks de produtos clínicos e hoteleiros e sua distribuição pelos serviços; (iii) limpeza exterior e interior do Hospital<sup>41</sup>; (iv) listagem de medicamentos para emergência; (v) análise das patologias do serviço de cirurgia através da análise estatística; (vi) apoio ao administrador do Hospital e aos responsáveis pelos serviços de economato,

---

<sup>40</sup> A falta de manutenção de instalações e equipamentos era um dos setores mais carentes, devendo ser equacionado de acordo com critérios bem definidos e promovendo a formação de técnicos locais.

<sup>41</sup> É oportuno lembrar que, pelo apoio recebido da FCG foi possível efetuar a limpeza das montes de lixo passando a custear uma prestação de serviços por terceiros para garantir a limpeza exterior bissemanalmente.

salubridade e limpeza; (vii) limpeza, caiação e arrumação de um armazém (designado grande armazém) para colocação de materiais provenientes das doações da FCG e IPAD.

- c. Intervenção no laboratório: (i) montagem do Laboratório no Centro de Medicina Tropical (que fora parcialmente destruído pelos morteiros do evento político-militar); (ii) formação dos técnicos de análises clínicas; (iii) elaboração de uma proposta de regulamento do laboratório apresentada ao diretor do Hospital para apreciação e aprovação. Paralelamente a estas ações, fizeram-se palestras aos médicos do Hospital, no sentido de serem estabelecidos procedimentos de pedidos de análises.
- d. Ações de formação aos dirigentes do HNSM e responsáveis dos serviços para abordar a temática da planificação, da produção hospitalar, da racionalidade económica, dos custos, dos indicadores mais significativos e do seu interesse, bem como a funcionários das diversas áreas.

A leitura do Caderno de Encargos permite concluir que algumas iniciativas levadas a cabo pelo ICBAS se enquadravam na filosofia da formação e, que substituíram, parcialmente, as ações que deveriam ter sido proporcionadas previamente pelo Ministério da Saúde. Isto implicou um dispêndio de verbas em equipamentos, materiais de consumo e organização só possível pela capacidade mobilizadora do ICBAS e gestores do Projeto no terreno em conseguir financiamentos em verdadeiro regime de parceria<sup>42</sup>. Este aspeto afigura-se inquestionável, pela dinâmica que veio dar ao Projeto, demonstrando empenhamento, interesse e vontade de marcar um relacionamento institucional que não se traduz em simples “ajuda” – mas em autêntica cooperação.

Por diversas vezes, se chamou a atenção para a necessidade de investimentos no HNSM; por diversas vezes, o BM manifestou interesse em proporcionar tais investimentos, aliás previstos, ainda que em áreas muito direcionadas. Infelizmente, apenas se regista a aquisição do aparelho de RX, o qual apenas veio resolver parte das situações clínicas expressas na área da radiologia.

No decurso da formação, os funcionários dos serviços indicados procediam, no terreno, e devidamente acompanhados pelos consultores e homólogos<sup>43</sup>, à elaboração de procedimentos de melhoria, ou de inovação, ou de alteração gestonária, com base nos

---

<sup>42</sup> Como já foi referido: IPAD e FCG.

<sup>43</sup> Responsáveis locais para acompanhar a formação, indicados pelo MINSAP/HNSM

conhecimentos adquiridos, de acordo com regras formais e técnicas estabelecidas e explicadas pelos consultores.

Este programa de intervenção levado a efeito pelo ICBAS no HNSM, com a cooperação da FCG, a Direcção Geral de Saúde de Portugal (DGS) e IPAD, constituíram grandes iniciativas sem as quais seria impossível executar a Formação Pós-Graduada de Médicos Guineenses com um mínimo de qualidade.

A presença de consultores portugueses, em colaboração com profissionais locais, constituiu um contributo para a racionalização dos meios materiais, organizacionais e financeiros colocados no terreno com o apoio financeiro das instituições portuguesas referidas.

Estas atividades, para além de proporcionarem um significativo reforço da qualidade da formação pós-graduada dos médicos, contribuíram para a melhoria das prestações de cuidados e para a resolução de um número significativo de casos clínicos em Bissau, diminuindo, assim, os custos financeiros das evacuações para o Estado Português, assim como os custos sociais para a Guiné-Bissau.

### **1.5. Conclusões**

Deste projeto emergiu um novo paradigma: o alargamento da participação dos profissionais no processo formativo, pretendendo-se, por um lado, a democraticidade da formação e, por outro, uma verdadeira participação de todos os elementos (mesmo os que não eram médicos) que colaboraram nesta iniciativa, uma vez que acabariam por ser os dinamizadores de uma nova cultura. Entendo, com alguma boa vontade, que se passou, de forma gradual, do paradigma do *laissez-faire* para o paradigma da responsabilização.

Na verdade, é imperioso ter em atenção o meio em que está inserido o HNSM. Foi necessário ter presentes a escassez de meios de subsistência, algumas bolsas de pobreza na cidade e arredores que integram o Setor Autónomo de Bissau. Todavia, é importante reter algo que verdadeiramente enobrece os homens: o sentimento de solidariedade que perpassa toda a sociedade sem olhar a aspetos étnicos ou diferenças religiosas ou culturais<sup>44</sup>.

Sem pretender ser exaustivo, enuncio algumas conclusões:

---

<sup>44</sup> Não obstante, os factos conhecidos sobre a grande instabilidade existente à data e, mais intensamente, nos últimos anos.

- a. Os resultados obtidos demonstram o interesse e o empenhamento de formadores e formandos, não obstante as lacunas evidentes de formação de base demonstradas por estes formandos.
- b. As metodologias adotadas, que foram sofrendo uma gradual adaptação da parte dos profissionais envolvidos, revelaram-se adequadas ao processo ensino-aprendizagem.
- c. A apresentação dos casos clínicos<sup>45</sup> foi genericamente adequada.
- d. A colaboração do pessoal hospitalar foi satisfatória.
- e. Os meios complementares de diagnóstico e terapêutica revelaram-se insuficientes.
- f. A articulação entre os serviços de internamento e as consultas externas e urgência revelou dificuldades com incidência negativa no processo de ensino-aprendizagem.
- g. As instalações da biblioteca, salas de aula e alojamento para os formandos deslocados, provindos das regiões, foram substancialmente melhoradas por intervenção e copagamento por parte do Consultor.

No entanto, foi um imperativo emitir algumas recomendações / sugestões:

Primeira: A planificação (como referi) deve ser elaborada em conjunto por profissionais dos dois países.

Segunda: A modelização dos momentos de formação, apesar de inscritos em documentos de trabalho, deve apresentar flexibilidade e ajustar-se à arquitetura dos edifícios, às representações que os profissionais ainda fazem do seu papel, à situação dos médicos formandos cuja atividade dentro do Hospital há-de ter em linha de conta as suas limitações financeiras.

Terceira: A integração de todos os atores deve ocorrer nos dois sentidos: da base para o topo, fazendo valer os seus pontos de vista, devidamente enquadrados nas finalidades e objetivos do Hospital, e do topo para a base, através do respeito pelas normas vigentes.

Quarta: O aproveitamento, pelos docentes expatriados, dos “saberes” dos médicos formandos, cuja aquisição nasce de experiências vividas e que muitos consultores estrangeiros não adquiriram: nunca haviam observado um paludismo cerebral, uma elefantíase, uma oncocercose.

Quinta: O conhecimento profundo das carências (por todos os profissionais envolvidos) sobre a falta de materiais, das condições de armazenamento dos bens, do não funcionamento de equipamentos não impediu, de todo, o desejado envolvimento.

---

<sup>45</sup> Sendo matéria de natureza clínica, o mestrando era informado pelos médicos formadores do decurso dos trabalhos.

Sexta: A geração do espírito de equipa no seio de um núcleo de atividades (serviços) deve ter como imperativo o entendimento de que o doente carece de “certos” cuidados para permitir o desenvolvimento de uma “cultura coletiva interna”, um compromisso entre os serviços envolvidos e a Administração do Hospital.

Sétima: A motivação e a participação são fonte de produtividade, se pensarmos nos esquemas de trabalho flexíveis, no enriquecimento de funções.

Oitava: A promoção de execução de tarefas que ultrapassem as meras atividades de rotina, a tomada de consciência das consequências dos erros, clínicos e não clínicos, em cada momento da “produção” e a criação de expectativas comuns e a sua consciencialização são aspetos que valorizam o dinamismo e a inovação na atividade dos formandos.

Com estas referências pretende-se tão-somente significar quão importantes são as estruturas e o modo como elas se encontram dimensionadas, articuladas e sedimentadas.

Dentro do Hospital, o significado atribuído à organização do trabalho, à mudança, à inovação, às relações intra e interserviços, o papel da cultura organizacional são fatores determinantes das opções a fazer em sede de formação.

Para além do conhecimento do HNSM, considero que a perceção mínima da sociedade guineense, multiétnica, multirreligiosa, multifacetada, é um poderoso contributo para levar por diante a imensa riqueza que esta parceria poderia comportar.

Por esta razão, devo ser crítico em relação a alguns aspetos do modelo de formação utilizado, uma vez que, verdadeiramente, não houve um claro e efetivo envolvimento nos problemas estruturais, humanos e sociais da parte dos docentes, não obstante a satisfação pela partilha de conhecimentos. Estava subjacente a ideia de que “eles” [o MINSAP] não cumprem com as suas obrigações, que “eles” [o HNSM] não põe ordem na casa. E também me permito criticar que, apesar de o Projeto resultar de um longo percurso da sua génese o que sobressaiu na implementação de algo que urge melhorar, foi sempre, de alguma forma, um pacote construído pelos burocratas das organizações internacionais. Todavia, é evidente que esta “ajuda” acabou por ser benéfica para os profissionais envolvidos e para a gestão do Hospital.

O Projeto, apesar dos múltiplos constrangimentos e vicissitudes, permitiu:

- a. Devolver interesse e empenhamento a muitos profissionais, designadamente os médicos.
- b. Dinamizar os diversos serviços e setores do Hospital.

- c. Provocar um significativo entrosamento entre formadores e formandos e entre as Instituições envolvidas.
- d. Fazer compreender que a cooperação é um conceito que vai para além da simples ajuda, antes se torna uma cooperação técnica com interesses recíprocos.
- e. Sensibilizar o gestor (o mestrando) para uma realidade diferente, tão pobre materialmente, mas tão humanamente rica.

## 2. Projeto de Reorganização e Gestão do HNSM

### 2.1. Caracterização

Este projeto, financiado pelo BAD, teve como suporte um concurso internacional realizado pelo MINSAP, tendo sido atribuída a sua realização ao ICBAS. O seu início verificou-se a 3 de outubro de 2005, conforme contrato N.º 06/NHDP/BAD/2005.

A duração inicial do projeto era de dois anos; foi reduzida, após apreciação realizada entre o cliente e o consultor<sup>46</sup>; mas o programa, a metodologia e os objetivos específicos foram mantidos.

#### Quadro 10: Objetivos, metodologia e resultados esperados

<b>Objetivo Geral</b>	Assistência técnica tinha como objetivo criar uma estrutura organizacional e funcional que pudesse garantir a nível administrativo, financeiro, de logística, de manutenção e apoio a melhoria dos benefícios para os doentes.
<b>Metodologia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Inquéritos e entrevistas pessoais.</li> <li>b. Visitas aos serviços.</li> <li>c. Abordagem modular na sala de aula e "on the job".</li> <li>d. Reuniões bimodais consultores / homólogos.</li> </ul>
<b>Resultados esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Introdução de processos de gestão nos níveis estratégicos, tático e operacional.</li> <li>b. Mudança no sistema financeiro e contabilístico.</li> <li>c. Melhoria do funcionamento global do HNSM.</li> <li>d. Criação de modelos operacionais a nível de suporte clínico e inventário, criação de um serviço técnico de procedimentos.</li> <li>e. Mudança do paradigma de verticalização para o paradigma da cooperação interna.</li> <li>f. Melhoria a otimização de profissionalização dos funcionários do Hospital.</li> <li>g. Rentabilização da capacidade instalada.</li> </ul>

Este modelo de intervenção refletia os principais problemas existentes no hospital<sup>47</sup>. A lógica da intervenção da missão baseava-se (i) na permanência de todos os consultores,

<sup>46</sup> MINSAP-PNDS; ICBAS; Chefe de Missão.

<sup>47</sup> Ver Cap. I.

(ii) na avaliação diagnóstica inicial e contínua de consultores e homólogos e (ii) na execução das atividades correspondentes.

A equipa de assistência técnica era constituída por experientes profissionais em gestão hospitalar, economia da saúde e engenharia hospitalar, cujas funções estavam descritas no caderno de encargo, conforme se verifica no quadro seguinte.

### Quadro 11: Equipa de missão, cargos e funções

Nome	Cargo	Funções
<b>Paulo Salgado</b>	Consultor em Administração Hospitalar; GRH; Apoio à gestão clínica	Identificar as áreas prioritárias de intervenção, em estreita colaboração com o diretor do hospital e pôr em prática medidas de gestão pertinentes; desenvolver o orçamento anual e fazer a distribuição de pessoal; organizar o registo dos sistemas de pacientes, coordenar a missão.
<b>Vítor Seabra</b>	Consultor em Gestão de Stocks	Acompanhar e avaliar sistematicamente a qualidade dos serviços, os preços dos actos e medicamentos, gestão de stocks.
<b>Maria da Conceição Salgado</b>	Consultor em Contabilidade e sistema financeiro	Definir o sistema de contabilidade e financeiro; auxiliar a equipa na introdução de um sistema fiável de contabilidade; acompanhar a implementação do sistema.
<b>João Faria</b>	Consultor em engenharia hospitalar	Proceder à definição do material a adquirir; definir o sistema de manutenção baseado na prevenção e manutenção de rotina; propor quaisquer intervenções externas para resolver os grandes problemas infraestruturais.

### ORGANIGRAMME FONCTIONNEL Consultants / Homologues

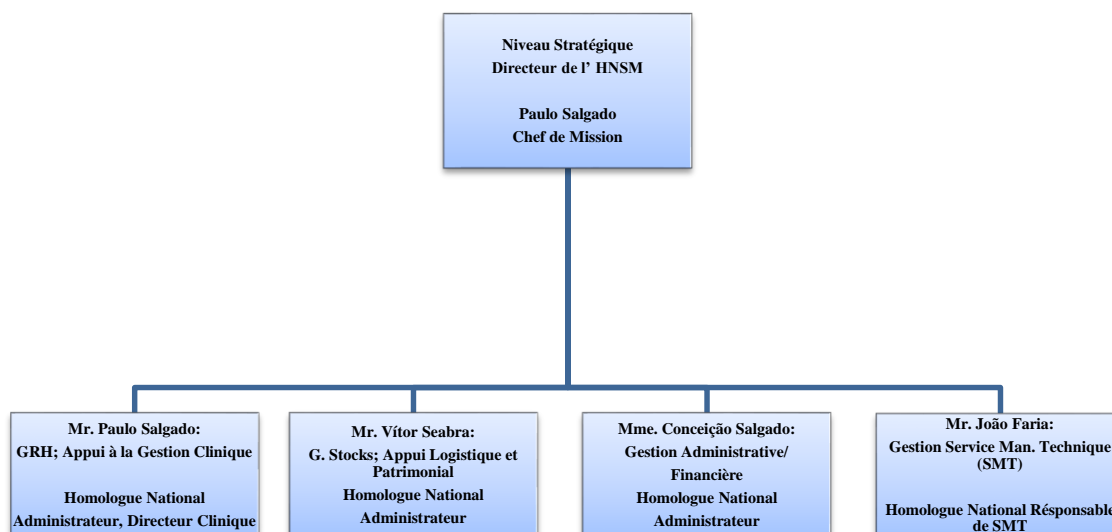


Figura 4 – Organograma da Missão

Fonte: Equipa de missão

## **2.2. Diagnóstico**

A equipa nomeada, que incluía dois profissionais que conheciam bem o ambiente de trabalho, na medida em que tinham integrado o Projeto de Formação de Médicos<sup>48</sup>, procedeu ao levantamento exaustivo da situação, através da observação pormenorizada dos diversos serviços, de entrevistas com os homólogos designados pela Administração do HNSM, chefias médicas, de enfermagem e técnicas.

## **2.3. Organização, gestão e comportamentos**

No HNSM, o trabalho não estava programado no sentido técnico do termo; na verdade, existe separação de tarefas, porque existem vários profissionais, mas uns e outros, à sua maneira mostravam-se:

- a. Inoperantes por inexistência de meios técnicos e materiais.
- b. Desmotivados por falta de pagamento de remunerações e de incentivos.
- c. Desqualificados por não serem detentores do conhecimento científico e técnico atualizado.
- d. Frustrados pela inaplicabilidade de diplomas reguladores das suas atividades.
- e. Isolados por sentirem que os seus esforços raramente são compensados.
- f. Indiferentes à doença.

No que respeitava ao Hospital, verificava-se que:

- a. A organização não responde por falta evidente de meios materiais, financeiros e organizacionais.
- b. Há um empobrecimento do trabalho e da sua qualificação.
- c. A degradação das condições humanas de realização do diagnóstico e tratamento dos doentes.
- d. Dificuldade de estabelecer rotinas e procedimentos capazes de conduzirem a organização a um patamar de equilíbrio entre homens e técnicas.
- e. Persistência de claras zonas de irresponsabilidade provocadas pela ausência do serviço dos profissionais que procuravam executar outras atividades fora do hospital.
- f. Ausências ao serviço muitas vezes não são justificadas.

---

<sup>48</sup> O chefe da missão (o mestrando) e o consultor administrativo-financeiro.

- g. Interferência sistemática dos organismos centrais do Ministério da Saúde na gestão e funcionamento do Hospital, sobretudo nas áreas administrativas e do património, quebrando a autonomia gestonária e financeira (o Ministério das Finanças vinha retirar verbas recuperadas no âmbito da Iniciativa de Bamako<sup>49</sup>).
- h. Degradação dos espaços, instalações e os equipamentos por falta de manutenção.
- i. Não implementação dos regulamentos que atrasava e ou dificultava a aplicação de directivas e de orientações e, concomitantemente, “desobrigando” os trabalhadores.
- j. Disfuncionalidades no trabalho de equipa, não obstante podermos verificar, aqui e além, *malgré tout*, um qualquer cirurgião que ia operar, levando consigo uma enfermeira, mobilizando outro colega; ou o encarregado das limpezas mandar proceder à limpeza dos arruamentos do “campus”, chamando os operários.
- k. Baixos limiares de motivação.
- l. O potencial tecnológico (‘plateau technique’) apresentava atrasos nos resultados.
- m. A dificuldade de fazer previsões de atividades clínicas de curto prazo provocava incertezas nos dirigentes e insatisfação nos profissionais;

Portanto, não se pôde caraterizar, nem tipificar, segundo os cânones normais das teorias das organizações, a conceção da gestão de recursos e saber qual a filosofia político-administrativa e a estratégia que vigorava no Hospital, e as verdadeiras competências dos responsáveis – ainda que, interrogadas as pessoas, nos informavam: aquele é o director do serviço **X**, o fulano tal é o responsável pelo serviço **Y**.

Mas esta situação de insatisfação profissional e técnica não encontrava uma contrapartida forte no uso de mecanismos reivindicativos, designadamente na intervenção dos sindicatos existentes. Os movimentos reivindicativos revelavam-se ténues e pouco consistentes.

As remunerações (salários baixíssimos; a título de exemplo: um médico ganhava no Hospital cerca de 40.000 FCFA – moeda comum a sete países francófonos e à Guiné-Bissau, indexada ao franco francês, quando foi criada, e posteriormente ao euro) apenas permitiam adquirir dois sacos de arroz para uma família de 6/7 pessoas / mês (o arroz é a base da alimentação e cada saco de trinta quilos custava cerca de 12 000 FCFA)<sup>50</sup>, e pouco mais.

---

<sup>49</sup> Já referida.

<sup>50</sup> Na União Económica e Monetária do Oeste Africano (UEMOA) vigora o Franco CFA; cada euro valia, na altura, cerca de 155 francos CFA.

Estes factos contribuíam para o surgimento e desenvolvimento de fenómenos como o laxismo, o facilitismo, a irresponsabilidade.

Há, no entanto – nas pessoas – uma evidente cultura de resistência à fadiga e ao sofrimento; muitos profissionais pretendem alterar o *status quo*, muitos anseiam por melhores dias – os exemplos são abundantes, como posso testemunhar: (i) atribuído um subsídio a alguns colaboradores que foram chamados a trabalhar no Projeto, num espírito de corresponsabilidade, o trabalho fez-se, as pessoas motivaram-se; (ii) a entrega de bens de consumo clínico e sua arrumação criteriosa em armazém constituiu um momento de satisfação para as enfermeiras e outros funcionários.

Em termos de teoria das organizações, estamos perante uma organização que alguns autores chamam de organizações do tipo “bazar” (comum em África), que sobrevivem graças a adaptações e a “desenrascanços” – que podem até semelhar criatividade, mas, no fundo, a vida organizacional não existe.

## **2.4. Desenvolvimento do projeto – síntese**

O desenvolvimento do projeto inclui as seguintes áreas, de acordo com o Termos de Referência do Caderno de Encargos:

### **2.4.1. Recursos humanos**

Situação definida:

- a. Reuniões com grupos profissionais para estabelecer rotinas e procedimentos nas diversas áreas.
- b. Acompanhamento propiciado ao administrador em matéria de RH.
- c. Centralização/concentração do RH da logística (contabilidade, fluxo de caixa, serviço de pessoal, estatística).
- d. Início do cadastro de pessoal.
- e. Planeamento e execução da formação do pessoal administrativo e pessoal de apoio.

### **2.4.2. Apoio clínico**

Situação definida:

- a. Análise do processo clínico e reformulação à luz das possibilidades materiais (falta de papel, de pastas...).
- b. Contatos com médicos para uso racional dos poucos meios ao dispor.
- c. Contatos permanentes com o director clínico e enfermeiro geral para estabelecimento de estratégias em função das teorias de administração aplicáveis, para planeamento de actividades.
- d. Elaboração da regulamentação dos serviços de cirurgia, maternidade, medicina, pediatria e urgência.
- e. Reafetação do pessoal do laboratório e a correspondente centralização, tendo em conta os rácios recomendáveis.
- f. Preparação do programa funcional de HNSM.

### **2.4.3. Contabilidade e sistema financeiro**

Situação definida:

- a. Definição de normas e criação de registo de documentos para controlar as receitas e despesas.
- b. Reforço da organização dos postos de recebimento.
- c. Preparação do desenho do sistema de contabilidade da HNSM.
- d. Elaboração de um manual de procedimentos.
- e. Concepção de circuitos de documentação contabilística e administrativa do HNSM.
- f. Elaboração de um regulamento para realização do inventário.
- g. Realização de reuniões periódicas com o administrador e responsáveis pelos serviços.

### **2.4.4. Gestão de stocks**

Situação definida:

- a. Gestão de inventário: formação em serviço em gestão administrativa e gestão do material.
- b. Gestão económica dos stocks de bens utilizados para o laboratório e RX.
- c. Desenvolvimento de regulamentos do serviço de gestão de stocks (economato).

- d. Elaboração de normas para calcular custos e taxas.

#### **2.4.5. Componente hoteleira**

Situação definida:

- a. Limpeza<sup>51</sup>:
  - i. Colheita, processamento e incineração de resíduos sólidos.
  - ii. Limpeza diária no interior e exterior.
  - iii. Elaboração de normas gerais de limpeza, procedimentos e periodicidade.
  - iv. Visitas periódicas com o homólogo e a enfermeira-chefe aos serviços clínicos.
- b. Lavandaria: procedimentos mínimos (as operações eram ao ar livre); somente no serviço de Pediatria existiam condições mínimas de lavagem de roupas e fardas.
- c. Alimentação: elaboração de procedimentos quanto às rotinas de preparação e confeitaria (deve dizer-se que o Hospital apenas servia uma refeição por dia; os familiares dos doentes traziam alimentos confeccionados).

#### **2.4.6. Serviço de manutenção técnica**

Situação definida:

- a. Atividades de reparação:
  - i. Geradores (limpezas).
  - ii. Depósitos de água (limpezas dos depósitos e verificação da tubagem)
  - iii. Rede de esgoto (limpezas pontuais; reparações sistemáticas por vetustez das canalizações e ramais).
  - iv. Rede elétrica (reparações pontuais).
  - v. Gás medicinal e sistema de vácuo reserva e grupos de pressão de água.
- b. Outras Atividades:
  - i. Criação de impressos e outros instrumentos de trabalho.
  - ii. Acompanhamento do trabalho de manutenção curativa e preventiva.
  - iii. Trabalhos de acompanhamento da atividade da empresa de manutenção de geradores.

---

<sup>51</sup> A falta sistemática de produtos (refiro-me em particular à lixívia – um desinfetante fundamental para os blocos, laboratórios, etc.) obstaculizava a implementação de procedimentos rotineiros. Enquanto durou o projeto, a gestão dos produtos oferecidos pela FCB permitiu um mínimo de higienização e limpeza.

- iv. Formação em serviço.
- v. Elaboração de listas de equipamentos necessários para as futuras instalações.

## 2.5. Nível de realização do projeto – apreciação global final

**Tabela 1: Apreciação global final**

Termos de Referência	Nível de realização	Observações
<b>Gestão Global</b>		
<p>a. Formular a missão e visão do HNSM.</p> <p>b. Fazer a implementação de sistemas de gestão em diversas áreas do HNSM e propor uma alternativa viável para a sua estruturação.</p> <p>c. Elaborar o regulamento interno.</p> <p>d. Estabelecer estruturas de serviços segundo departamentos.</p> <p>e. Implementar um plano de controlo de gestão, como instrumento simples, mas eficaz, com impacto em todas as atividades do hospital a ser coordenado com base nas orientações estabelecidas pelo departamentos de saúde e as necessidades de gestão e direção da HNSM.</p> <p>f. Elaborar o balanço social como mecanismo para tornar públicos as ações e os compromissos, visando a transparência no exercício da responsabilidade social corporativa.</p> <p>g. Propor meios para que as atividades fossem baseadas num sistema de informação simples (manual na primeira fase) e eficaz, construído com de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Com base neste objetivo, propor os termos de referência para a informatização da gestão (ou aspetos particulares) do HNSM, a ser aplicado numa fase de desenvolvimento de sistemas manuais, seguindo-se a padronização.</p> <p>h. Padronizar o desenvolvimento de planos de atividades em conformidade com os orçamentos e as necessidades do domínio da gestão clínica.</p> <p>i. Propor a elaboração de uma carta hospitalar, no sentido de conhecer o número de unidades de saúde, equipamentos e RH.</p>	<p><b>Realizado Parcialmente</b></p>	<p>a. Foram trabalhadas as ferramentas e normas de planeamento e operacionalização do sistema de gestão nas varias componentes que permitisse que as atividades fossem desenvolvidas a seguir à remodelação do hospital.</p> <p>b. Foi elaborada e apresentada uma proposta de programa funcional relativa à remodelação e construção nova do HNSM – uma proposta consolidada e que foi objeto de apreciação positiva.</p> <p>c. Feito o acompanhamento próximo do administrador e do diretor.</p> <p>Foi elaborado um Manual de Gestão para uso no HNSM, com indicações sobre as diversas matérias, constituindo um elemento de trabalho de agrado generalizado.</p>

**Tabela 1: Apreciação global final (continuação)**

<b>Apoio à gestão clínica</b>		
<p>a. Estabelecimento de rotinas para os circuitos administrativos de documentação clínica (processos clínicos, elementos estatísticos, requisições de materiais).</p> <p>b. Estabelecimento e implementação de normas do arquivo centralizado de processos clínicos.</p> <p>c. Aplicação de normas e regulamentações relativas às consultas externas, urgência, bloco operatório e outros serviços, incluindo meios complementares de diagnóstico, terapia, farmácia e laboratório.</p> <p>d. Promoção de meios para estimular diferentes setores e a existência de mecanismos e metodologias para a formação de profissionais.</p> <p>e. Promoção de ações tendentes à diminuição de infecções hospitalares.</p> <p>f. Estímulo à implementação de rotinas tendentes à realização de atividades com qualidade.</p> <p>g. Estímulo à investigação clínica e operacional entre os profissionais, fornecendo os meios para o efeito.</p>	<p><b>Realizado Parcialmente</b></p>	<p>a. Os TDR esqueceram a intervenção de um médico e um enfermeiro o que dificultou intervenção em aspetos relevantes. Nesta área, o corpo médico não se envolveu de forma efetiva, não obstante a insistência por parte da Missão para participar ativamente na formação.</p> <p>b. Foi realizada a formação em sala sobre metodologia de trabalho em serviços de urgência, com foco em indicadores económicos e estatísticos. Definiram-se normas e elaboraram-se documentos de orientação. No entanto, a profissão médica deve ser motivada para se preparar para o futuro.</p> <p>c. Foram introduzidas medidas de proteção individual e coletiva.</p>
<b>Contabilidade e sistema financeiro</b>		
<p>a. Reorganização da área de contabilidade existente no HNSM, procurando soluções para a racionalização de rotinas, pessoas e meios e a transparência das operações.</p> <p>b. Revisão do sistema de contabilidade existente e propostas melhorias adequadas tendo em conta as regras de contabilidade em vigor no país na atividade corrente de receitas e despesas.</p> <p>c. Revisão e aperfeiçoamento da documentação contabilística existente e melhoria da recuperação dos custos e mecanismos mais confiáveis de tesouraria.</p>	<p><b>Realizado</b></p>	<p>As sessões de formação em sala destinaram-se ao administrador, ao tesoureiro, e aos exatores, incidindo sobre conceitos essenciais de contabilidade e focadas na aprendizagem de resolução de problemas, incentivando a descobrir as informações necessárias para compreender as questões solucionar e aplicar os instrumentos de trabalhos que foram definidos. Foi um processo longo e dinâmico que também dependeu do esforço dos líderes do HNSM e profissionais: o administrador, o contabilista, o tesoureiro e o chefe dos exatores. Os hábitos, as rotinas de comportamento, as convicções íntimas com base em práticas deficientes foram alguns dos obstáculos a superar, bem como uma qualificação de base insuficiente.</p>

**Tabela 1: Apreciação global final (continuação)**

<b>Gestão dos recursos humanos</b>		
<p>a. Estabelecer os meios para o estabelecimento de um cadastro de recursos humanos baseado num sistema de arquivo de processo individual, em conformidade com a legislação existente ao nível da administração pública.</p> <p>b. Analisar e sugerir mecanismos para a gestão adequada dos recursos humanos, através do estabelecimento de um sistema simplificado de recolha e circulação de informações (aspetos da disciplina, do estabelecimento de escalas, pontualidade, assiduidade, férias) que permite uma gestão eficiente.</p> <p>c. Propor à direção do HNSM programas de desenvolvimento profissional e formação do pessoal envolvido em atividades administrativas e de gestão, os novos sistemas e metodologias resultantes do trabalho realizado no âmbito da consultoria.</p> <p>d. Definir e propor, com a colaboração dos vários grupos profissionais, as rotinas de trabalho para garantir a eficiência no tratamento dos pacientes e o desempenho de tarefas.</p> <p>e. Estabelecer um sistema informatizado de gestão simples, mas funcional, dos RH do HNSM.</p> <p>f. Realizar formação e capacitação do RH.</p> <p>g. Conceber manuais práticos de formação e capacitação de pessoal, tanto para o conjunto do sistema como por atividade.</p>	<p><b>Realizado Parcialmente</b></p>	<p>a. Propôs-se a centralização dos serviços administrativos e o reagrupamento das atividades.</p> <p>b. Elaborou-se uma proposta técnica de RH.</p> <p>c. Definiu-se um quadro de formação institucional, envolvendo os funcionários do hospital para aplicação num futuro próximo.</p> <p>Nota: algumas medidas propostas não foram executadas por falta de verbas que deveriam ser aplicadas pela Célula de Gestão do Projeto (PNDS).</p>
<b>Gestão dos serviços de apoio</b>		
<p>a. Reorganização geral dos serviços de apoio, incluindo a área de hotelaria (cozinha, lavandaria), serviços de manutenção geral (edifícios, equipamentos e instalações), armazéns, farmácia e armazém de medicamentos.</p> <p>b. Introdução de mecanismos, métodos e sistemas operacionais compatíveis com as normas gerais adequadas para cada tipo de serviço e o relacionamento com os usuários e órgãos de decisão do hospital.</p> <p>c. Operacionalização de um sistema informatizado de gestão, simples mas funcional, particularmente nas áreas de gestão e controlo de stock<sup>52</sup></p> <p>d. Realização de formação e capacitação de pessoal em rotinas.</p> <p>e. Conceção de manuais práticos seja para formação e capacitação dos funcionários, seja para o sistema de operacionalização do sistema a conceber.</p>	<p><b>Realizado parcialmente</b></p>	<p>a. Elaboração e aplicação do Regulamento do aprovisionamento. As normas seriam adotadas no momento de reequipar o hospital.</p> <p>b. Necessidade de que os sistemas de informação entrassem em funcionamento aquando do reequipamento do hospital.</p>

<sup>52</sup> A informatização encontrou, após uma análise e reflexão de vários meses, muitos obstáculos:

- a. Insuficiente conhecimento dos funcionários no domínio dos conceitos básicos de software. A introdução da informatização exigiria, acima de tudo, um sistema de informação bem definido e a sua aplicação no terreno, o tempo da Missão não foi suficiente para alcançar este objetivo.
- b. Falta de equipamentos (computadores); todavia a equipa propôs ao PNDS um plano de formação nesta área e desenvolveu uma aplicação muito simples, tendo em conta as habilitações dos recursos humanos e os equipamentos existentes e também a sua aplicação na contabilidade.

**Tabela 1: Apreciação global final (continuação)**

<b>Gestão patrimonial</b>		
<p>a. Promover um sistema de controlo eficaz de aquisições e de movimentos de entrada e saída de stocks nos armazéns.</p> <p>b. Realizar e acompanhar o inventário dos bens do HNSM de acordo com as regras e regulamentos em vigor e transparência em termos de práticas de gestão.</p> <p>c. Realizar a formação e o reforço da capacidade dos funcionários.</p>	<b>Realizado</b>	<p>a. A formação foi realizada em sistemático trabalho de campo.</p> <p>b. Foram elencadas as necessidades em equipamentos e entregues à Célula de gestão do PNDS – MINSAP.</p>
<b>Serviço de Manutenção</b>		
<p>a. Garantir o desenvolvimento de listas de necessidades em equipamentos, móveis e componentes a serem incluídos nas atividades de reabilitação e equipamento, de acordo com o método de licitação pública internacional com denominações e especificações de carácter transparente que permita um processo de aquisição isento.</p> <p>b. Inventariar os equipamentos e instalações técnicas e acompanhar a análise do estado de conservação dos equipamentos existentes.</p> <p>c. Fomentar a formação dos funcionários.</p> <p>d. Desenvolver e aplicar manuais simples de operações.</p> <p>e. Agilizar operações de manutenção que garantam o funcionamento contínuo (manutenção curativa e preventiva).</p> <p>f. Estabelecer um sistema mínimo de manutenção de equipamentos e instalações, incluindo edifícios, adequado aos meios e recursos técnicos disponíveis do HNSM ao nível do mercado da RGB.</p> <p>g. Propor ações no domínio da assistência aos equipamentos, quer a nível da HNSM, quer a nível nacional, com a intervenção de empresas especializadas externas.</p> <p>h. Promover cursos e seminários de capacitação e formação de pessoal de manutenção, incluindo os trabalhadores de campo recrutados em outras unidades de saúde e regiões a nível nacional.</p> <p>i. Elaborar um plano de emergência interno.</p>	<b>Realizado parcialmente</b>	<p>a. Necessidade de centrar-se sobre as futuras obras no hospital.</p> <p>b. Reparação de geradores, reservatórios de água existentes e depósitos de grupos de pressão, do sistema de esgoto; da rede elétrica do sistema de gases medicinais e vácuo.</p> <p>c. Estabelecimento de contatos com o escritório de construção dos novos edifícios e de recuperação dos antigos.</p> <p>d. Insistência junto da célula de gestão do PNDS para reunir condições de operacionalidade.</p> <p>e. Participação na formação de funcionários das regiões.</p>

## **2.6. Conclusões**

### **2.6.1. Nível macro (sistema de saúde)**

Na Guiné-Bissau, os principais problemas dos serviços de saúde podem sintetizar-se nos seguintes aspetos:

- a. Políticas públicas em saúdes não aplicadas e deficiente entrosamento com os outros setores (ministérios) do Estado, apesar de estarem definidas estratégias no âmbito do MINSAP, sucessivamente atualizadas, mas não implementadas.

- b. Não envolvimento político – um pré-requisito para o desenvolvimento em geral, certamente causado pelos diversos fatores já mencionados.
- c. Participação insuficiente da comunidade na prestação da assistência de saúde.
- d. Sistema de crenças que impedem parcialmente as atividades dos profissionais próximo das comunidades.
- e. Problemas de abastecimento e distribuição de recursos reais ou potenciais.
- f. Inadequada educação sanitária.
- g. Ausência de uma estratégia de colaboração entre setor público e setor privado em saúde, para aproveitamento de sinergias.

### **2.6.2. Nível institucional (HNSM)**

No quadro dos princípios e regras definidos pelo Ministério da Saúde (MINSAP), e considerando a interligação necessária entre a gestão clínica – a qual corresponde à organização, funcionamento e coordenação das atividades clínicas – e a gestão administrativa e económico-financeira – a qual corresponde às actividades de natureza gestonária – urge estabelecer e aplicar no HNSM um conjunto de regras e de diretrizes de atuação hospitalar ligadas a três aspetos fundamentais:

- a. Respeito pelos direitos dos doentes.
- b. Prontidão e qualidade da assistência prestada aos doentes, de harmonia com os meios de ação disponíveis.
- c. Gestão dos recursos hospitalares disponíveis segundo regras de racionalidade económica.

Paralelamente ao reforço que estava a ser levado a efeito em matéria de formação de quadros em exercício no HNSM, e da premente intervenção nas instalações e equipamentos que o PNDS havia previsto, deveria ser efetuada, também, uma intervenção na administração deste Hospital que estabelecesse uma profunda ligação com a atividade clínica. A gestão clínica e gestão económico-financeira e administrativa são, portanto, inseparáveis. Por um lado, só com esta interligação íntima e com uma coordenação unificada num órgão de gestão global do Hospital se consegue garantir uma assistência de qualidade com custos equilibrados. Por outro, é inquestionável que deverá ser exigido aos dirigentes de topo do Hospital uma particular atenção aos recursos humanos, estabelecendo uma planificação participada e efetivamente praticada.

Sou claro: os projetos levados a cabo pelo BM e BAD, tal como outros – reduzidos no tempo e com envolvimento pouco profundo das entidades do MINSAP e do HNSM – não resolveram cabalmente os problemas de organização e gestão desta importante unidade hospitalar.

Está colocado um grande desafio ao HNSM: consistirá em transformar-se numa espécie de subsistema de qualidade que constituiu um verdadeiro polo aglutinador, uma espécie de “white space”<sup>53</sup>, em que serão mobilizados todos os “stakeholders” do Setor Autónomo de Bissau: hospital, centros de saúde, ONG’s ligadas à saúde, setor de ensino em saúde, escolas, ministérios de natureza social e, ainda, embaixadas, consulados. Esta perspetiva pretende levar o HNSM a prestar cuidados de saúde mais eficazes e efetivos.

### **3. Notas finais**

O objetivo de qualquer processo de planeamento em saúde consiste na melhoria do estado de saúde global da população, conceito positivo claramente definido pela OMS. Acresce a necessária ponderação dos valores que dão fundamento à política de saúde:

- a. A saúde enquanto direito individual e a responsabilidade de todos, incluindo os agentes políticos e os profissionais que, direta ou indiretamente, estão envolvidos no sistema para maximização do potencial de recursos alocados à saúde.
- b. A igualdade e a equidade na saúde e a solidariedade na ação.
- c. A participação das pessoas e grupos no contexto dos direitos humanos.

Justamente, serão tais valores que fazem apelo: (i) a uma mudança centrada no cidadão e nas necessidades da população; (ii) à rendibilidade dos meios postos à disposição (ou que venham a ser disponibilizados); e (iii) ao envolvimento dos cidadãos no sistema de saúde no seu todo (público, privado e social). Na publicação do Banco Mundial, de 1994, já citada, era afirmado claramente que:

«A produtividade nalguns países podia aumentar até 15% se a doença e a deficiência fossem combatidas mais ativamente. Uma maior redução da doença e das mortes maternas aumentaria consideravelmente a contribuição da mulher para o desenvolvimento económico. Um melhor controlo da doença permitiria a expansão da agricultura para áreas anteriormente inabitáveis ou abandonadas. Os investimentos na educação teriam um maior retorno, porque a esperança de vida seria mais longa. Um maior controlo sobre os benefícios dos programas de saúde, através, por exemplo, da redução da mortalidade infantil abriria caminho à transição demográfica essencial ao

---

<sup>53</sup> Aprofundarei este assunto ao abordar as aprendizagens profissionais e a projeção do conhecimento que fui desenvolvendo noutros contextos.

progresso económico. As pressões exercidas sobre as famílias para contrair empréstimos e recorrer às suas economias durante o período de doença seriam fortemente reduzidas».

E acrescentava, com grande atualidade:

«O desafio que se coloca, hoje, às sociedades africanas é o de dotar as famílias e as comunidades dos conhecimentos e o apoio prático necessários para reduzir o sofrimento, a doença e a mortalidade mais efectiva do que no passado».

São atualíssimas estas considerações, não obstante ser um facto que, genericamente, o crescimento do PIB na maioria dos países, aumentou, todavia sem a correspondente melhoria significativa da saúde das populações. A razão encontra-se na irregular distribuição da riqueza (dos rendimentos).

Na Guiné-Bissau, é essencial desenvolver e aplicar reformas que permitam estabilidade, de forma a garantir uma governação favorável para alcançar os ODM para o desenvolvimento do País. Considero que é urgente:

- a. Consolidar as instituições.
- b. Modernizar e reforçar as capacidades administrativas e funcionais do Estado.
- c. Garantir a aplicação, na sua plenitude, do sistema eleitoral.
- d. Encontrar mecanismos de prevenção de conflitos, o que implica uma reforma das forças armadas.

No que concerne à saúde, a recomendação dos organismos internacionais, designadamente a OMS, direciona-se: (i) no investimento no capital humano para aumento da produtividade; (ii) no reforço das capacidades instaladas nas unidades de saúde; (iii) no aumento e melhoria do tecido produtivo nacional de modo a aumentar os rendimentos das famílias; e (iv) escolha de políticas públicas visando aumentar os níveis de educação, saúde e ambiente.

## **CAPÍTULO 3. APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS E PROJEÇÃO DO CONHECIMENTO PARA REFLEXÃO NA AÇÃO**

### **1. Nota introdutória**

O então Diretor Geral da OMS, Dr. Lee Jong-wook, afirmava:

«As pessoas são o ingrediente vital no fortalecimento de sistemas de saúde. Mas é preciso um investimento considerável em matéria de tempo e dinheiro para capacitar os trabalhadores de saúde. Os países precisam que a sua força de trabalho capacitado permaneça neles, para que as suas habilidades profissionais possam beneficiar a população. O remédio para as carências em cada país envolve uma cadeia de cooperação e de propósitos compartilhados entre as partes [os diversos atores e instituições].» (Jong-wook, 2006:XV).

Uma estratégia de saúde fundamenta-se num conjunto de valores e princípios que visam salvaguardar a dignidade humana, a solidariedade e a justiça social, centrando no cidadão e nas comunidades as decisões politicamente mais adequadas. Uma estratégia global de saúde é um elemento fundamental que todos os países devem desenhar: nos países em desenvolvimento, para acrescentar valor à capacidade instalada; nos países onde a oferta assume uma dimensão satisfatória, interessa proceder a escolhas públicas adequadas. Contudo, nuns e noutros países, o planeamento em saúde é urgente, com base numa estratégia que possa refletir a atualidade de pensamento preconizada pelas linhas orientadoras da OMS e enquadrável na realidade de cada país inserido na sua região.

Ao elaborar o presente Relatório Reflexivo, várias dúvidas me assaltaram ao tentar abordar as questões que tiveram impacte na compreensão e explicitação do que aprendi e do que teve reflexo na minha ação profissional futura. Foram e são inúmeros os problemas que deveria mencionar aqui e agora; seria um fastidioso elencar de matérias.

Face à natureza e dimensão das diversas questões suscitadas, vou limitar as minhas reflexões sobre o que mais me preocupou e me sensibilizou – os aspetos abaixo mencionados, considerando, como parece correto, as atividades que exerci posteriormente, de par com a atualização de conhecimentos:

Primeiro: A problemática da cooperação: do paradigma da ajuda para o paradigma da cooperação técnica; os direitos humanos em África.

Segundo: Os recursos humanos (as pessoas) como elemento fundamental no progresso da saúde.

Terceiro: A saúde em rede – uma solução?

## **2. Aprendizagens relevantes**

### **2.1. A problemática da cooperação: do paradigma da ajuda para o paradigma da cooperação técnica; os direitos humanos em África**

A oportunidade que me foi conferida no trajeto que percorri nos dois momentos profissionais na Guiné-Bissau, que tão fortemente marcaram a minha vida profissional e pessoal e o facto de exercer atualmente funções de consultoria em Angola, fazem-me questionar a fundamentação do fenómeno da cooperação. Não apenas no setor da saúde – onde vivenciei aspetos menos transparentes entre mutuários e mutuantes, doadores e beneficiários – como noutros setores – se notava (e nota) uma incompreensão do que se pretende com a “ajuda” externa, termo que atualmente rejeito. Esta rejeição resulta da tomada de consciência de que há programas de auxílio que, muitas vezes, não chegam aos destinatários conforme desejo das entidades doadoras, por razões ligadas ao isomorfismo, ao desvio, à corrupção, à falta de monitorização eficiente que, por consequência, conduzem a gastos inúteis, improdutos e redundantes.

Não pretendo significar definitivamente que as ajudas não sejam necessárias, mas tão-somente, clarificar alguns aspetos que reputo de importantes, reconhecendo que existe abundante literatura sobre este tema. Neste sentido, pretendo analisar:

- a. Os fundamentos e motivações da cooperação.
- b. A cooperação internacional: é ou não um imperativo no quadro dos direitos humanos?
- c. Que preocupações éticas se colocam na eficiência em saúde? O que se deve esperar das relações estado a estado, ou de doador a beneficiário?

Vejamos.

### **2.2. Fundamentos e motivações da cooperação**

Em primeiro lugar, deve referir-se a Declaração Universal dos Direitos Humanos, onde, no preâmbulo, se pode ler:

«O fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo funda-se no reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis. Assim como o desconhecimento e o desprezo dos direitos do ser humano conduziram a atos de barbárie que revoltam a consciência da Humanidade e que o advento de um mundo em que os seres humanos sejam livres de falar e de crer, libertos do terror e da miséria, foi proclamado como a mais alta

inspiração do ser humano. É essencial a proteção dos direitos do homem através de um regime de direito».

Estão ínsitos neste documento, humana e historicamente concebido num período reconhecidamente oportuno, as ideias de promoção de valores como a paz, o respeito pela soberania das nações, a promoção dos direitos da mulher e do homem, na sua plenitude, o desenvolvimento, a valorização das capacidades humanas.

No entanto, podemos acrescentar que a cooperação internacional, seja qual for o domínio, é um ponto onde se cruzam valores morais, éticos e filosóficos oriundos das diversas religiões: cristãs, muçulmana, budista, judaica – que procuram diminuir ou fazer desaparecer o sofrimento e as desigualdades. É, aliás, a defesa do que na generalidade se designa por um ‘mínimo de ética universal’.

Tomando como ponto de partida o artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, poderemos concluir que as mulheres e os homens devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade, no sentido do progresso e do desenvolvimento. Atente-se no seguinte esquema, proposto por Rodrigues (2011: 13-15).

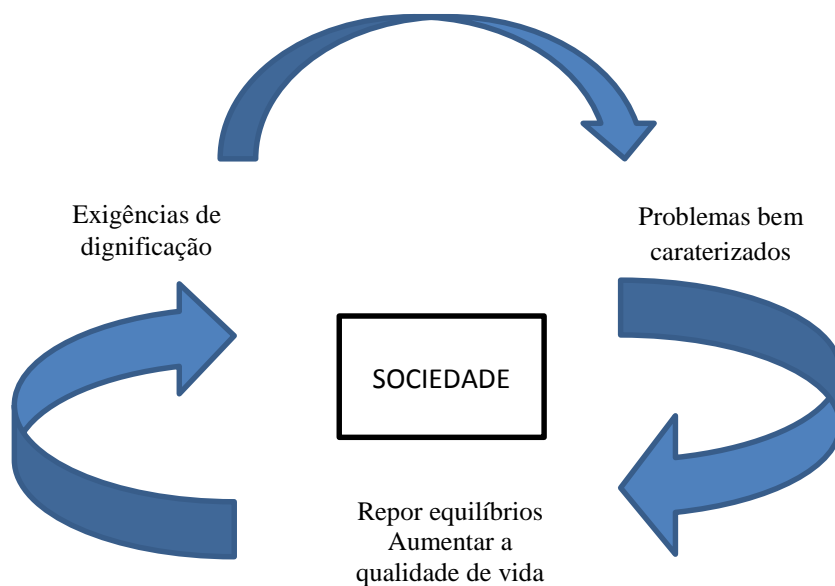


Figura 5 – Aspectos relativos à qualidade e dignidade de vida

Todavia, os Relatórios da Amnistia Internacional têm revelado e evidenciado os desrezos pelo gozo das liberdades políticas e civis, pela integridade da vida, pela inserção social através da educação e de vida digna, pela igualdade do género e pelos crimes contra o ambiente.

«Repor equilíbrios e aumentar a qualidade de vida é pressupor que determinada sociedade não possui ainda a dignificação que lhe é legítima, face aos direitos humanos que lhe são devidos: ou por ainda não ter alcançado o estágio de emancipação humana, ou por usurpação feita por outros: ditadores ou invasores; ou pelas condições catastróficas do ambiente; ou porque determinada sociedade não logrou ter a qualidade de vida humanamente assente numa economia sustentável, na educação, na saúde e gozando de um ambiente favorável ao bem-estar». (Rodrigues, 2011:13-15).

É importante pensar que a saúde é o resultado, como já tive oportunidade de afirmar, de diversos fatores. Vem a propósito referir o seguinte:

«Health status is a function of a number of things, but a particularly of public health measures that protect human rights like the rights to primary health care, appropriate and equitable health services, basic immunizations, adequate nutrition, adequate housing, and freedom from violence.» (Grodin, 2008:161-165).

Naturalmente que estas medidas implicam custos, exigem uma forte intervenção das políticas públicas. O mesmo autor lembra que será possível a provisão de recursos, sobretudo em países em vias de desenvolvimento a propósito do designado pacote essencial (mínimo) que compreende, referindo os dados a 1993:

«Expand immunizations, cover HIV prevention, and guarantee prenatal care, delivery care, and family planning services. If implemented, it is estimated that this package would eliminate 32% of disease burden in low-income countries and 15% in middle-income countries. The package outline for low-income countries costs \$12 per capita per year and in middle in-come countries costs \$22 per capita per year. » (Grodin, 2008:161-165).

E acrescentava, dubitativamente: «Is this provision of this health care possible? This depends on the commitment of nations and individuals to social justice and respecting the right to health».

Sabemos pelos dados de que dispomos<sup>54</sup> que as despesas com saúde variam de acordo com o sistema de saúde aplicado em cada país, das opções políticas (e.g. a % do PIB destinada à saúde, à educação...), do estado de crescimento das economias e, certamente, do estágio de desenvolvimento dos direitos humanos.

A forma de medir consistentemente a situação sanitária e a sua proteção – por vezes melhorando-a com a introdução de alguns parâmetros de medição – é o Índice de Desenvolvimento Humano que apresenta indicadores e critérios de longevidade,

---

<sup>54</sup> A colheita de dados e o seu tratamento no continente africano revela grandes debilidades.

conhecimento, nível de vida digno, participação ou exclusão, permitindo-nos visualizar, a esperança de vida, o conhecimento, a dignidade do nível de vida.

Chamo particular atenção para o problema da pobreza, ao qual se vêm associar a exclusão social e a privação de direitos. O conceito de exclusão abarca um conjunto de aspetos ligados à convivialidade, que podem ser cumulativos: etnia, religião, ideologia, orientação sexual, género, incapacidade física, falta de recursos financeiros, doença. Mas inclui também falta de informação, limitação na procura de meios de vida, falta de mecanismos de acesso à educação, frágil organização da comunidade, abuso por parte dos que detêm o poder, falta ou falência de democracia participativa.

Cronologicamente, e ao que interessa de momento, a Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, adotada pela XVIII Conferência da Organização em 1981, que entraria em vigor em 1986, o Acordo de Cotonou, assinado em 23 de Junho, onde se traçou o quadro de cooperação do grupo dos países do ACP, os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, compromisso assumido em 2000 na Cimeira do Milénio das Nações Unidas, e ainda a Nova Parceria para o Desenvolvimento de África (NEPAD) são textos fundamentais para analisar os níveis de desenvolvimento e aprofundar e enquadrar a cooperação e a integração regional. No entanto, a cooperação só se torna efetiva se for fundada numa verdadeira vontade e no estabelecimento de confiança entre estados doadores e estados beneficiários, habitualmente traduzida em instrumentos jurídicos que ajudam a edificação de quadros específicos de cooperação, de alianças e de parcerias estratégicas, e de criação e dinamização de atividades de instituições bilaterais e multilaterais. Nas relações entre estados, a diplomacia é um meio adequado para promover ou influenciar a cooperação.

Em resumo, pretende-se passar do paradigma da “ajuda” ou da “assistência” para o paradigma da “cooperação técnica”, assente na reciprocidade de interesses, no respeito entre doadores e beneficiários, na partilha responsável, no envolvimento pessoal de igualdade de oportunidades. Como Bento XVI escrevia na Carta Encíclica Caritas in Veritas (2009):

«Se os sujeitos da cooperação dos países economicamente desenvolvidos não têm em atenção – como às vezes sucede – a identidade cultural, própria e alheia, feita de valores humanos, não podem instaurar algum diálogo profundo com os cidadãos dos países pobres. Se estes, por sua vez, se abrem indiferentemente e sem discernimento a qualquer proposta cultural [ou outra, acrescento: social, sanitária, económica], ficam sem condições para assumir a responsabilidade do seu autêntico desenvolvimento.»

Será, então, correto analisar qual o verdadeiro sentido da cooperação, qual a opção a tomar face à proposta referida a seguir, tão pragmaticamente:

«Quatro contextos de cooperação:

- a. Só cooperamos quando não há forma de o evitar (obrigação).
- b. Cooperamos porque temos vantagens em fazê-lo (motivação egoísta).
- c. Trabalhar em conjunto porque cada um ganha alguma coisa (reconhecimento de vantagens mútuas).
- d. Cooperamos porque nos sentimos associados por um imperativo ético (valores partilhados)» Ruger (2011:32-45)

Na verdade, poderei afirmar que, obedecendo mais aos objetivos estratégicos dos países doadores, a ajuda internacional nem sempre contribuiu positivamente para o desenvolvimento.

Compreende-se, portanto, o nível exigente de abordagem a estas matérias, na sequência da minha participação nos projetos na Guiné-Bissau – o que tem contribuído, atualmente, para a aplicação de conceitos de proteção dos direitos dos cidadãos. Mas não se deve esquecer que a Guiné-Bissau tem de garantir o regular funcionamento das instituições nacionais e a estabilidade – condições favoráveis a uma vera cooperação tal como é desejável entre estados ou entre doadores e beneficiários.

### **2.3. Os recursos humanos como elemento fundamental no progresso da saúde**

A gestão de recursos humanos<sup>55</sup> em saúde começa a ganhar importância crescente. Na verdade, ganha pertinência a importação e aplicação do sistema de gestão de recursos humanos das organizações em geral para o sector da saúde. Por esta razão, faz sentido introduzir nas instituições de saúde os conceitos, as técnicas, os processos, as políticas e RH, tendo presente que:

«As organizações são compostas de pessoas. O estudo das pessoas constitui a unidade básica para o estudo das organizações e principalmente da ARH (Administração de Recursos Humanos). O especialista em recursos humanos tem duas alternativas; estudar as pessoas como pessoas (dotadas de características de personalidade e individualidade, aspirações, valores, atitudes motivações e objetivos individuais) ou estudar as pessoas como recursos (dotados de habilidades, capacidades, destrezas e conhecimentos necessários para a tarefa organizacional)» (Chiavenato, 1992: 32-45 e 119- 125).

---

<sup>55</sup> Atualmente, muitos os teóricos utilizam a designação de Gestão de Pessoas ou Gestão de Competências.

E acrescenta: «O ideal seria administrar com pessoas».

Não poderia estar mais de acordo. Nas minhas andanças por África, cheguei a uma conclusão: mais do que o domínio de uma teoria face a outras, o que é mais significativo é, dominando os conceitos, poder aplicá-los de acordo com as circunstâncias. No entanto, nesta reflexão, darei ênfase ao que se afigura como essencial na minha atividade de consultoria, focando matérias como: liderança, motivação, desempenho, trabalho em rede.

### **2.3.1. Liderança**

Cunha (2007) faz uma abordagem minuciosa sobre o que é a liderança, colocando o acento tônico na exposição, no aperfeiçoamento e na aquisição de conhecimentos.

Nas situações que vivi e vivo presentemente, devo reter a importância que assume a liderança das unidades de saúde, em especial no quadro das orientações da OMS. E afirmo: nenhum líder nasce líder. Mesmo em África, onde poderemos observar a tradicional passagem de testemunho do ‘soba’ ou do ‘régulo’ para o seu familiar (processada na maioria dos casos, pela via materna – o filho da irmã é quem sucede na chefia!), há líderes que não são convencionais, que se ‘construíram’, habitualmente pela capacidade de influência e pelos valores genuínos por que se regem.

No quadro conceptual que transcrevo no quadro 12, estão assinaladas as diversas competências, relevantes para a eficácia dos líderes.

O desempenho de um bom líder deve ser avaliado pela capacidade criar equipas vencedoras, que podem superar a concorrência (mesmo entre os hospitais públicos deve existir concorrência). Faço aqui um reparo, na justa medida em que tenho utilizado nesta reflexão líder como gestor, mas fazendo-o por simplificação. Mas há diferenças: o líder consegue sobreviver e ultrapassar as ambiguidades, tolera o caos para caminhar em direção à ordem; o gestor (que pode ser um bom líder) está mais vocacionado para a ordem, disciplina e controlo.

Estou em ambiente africano, onde é possível valorizar in loco alguns conceitos que os autores tradicionalmente referem. Penso que a construção de relações de confiança e a capacidade de catalisar são características essenciais para a liderança de unidades de saúde em África, já que é imperioso penetrar nas cidades, municípios, comunas, enfim nos lugares mais longínquos. É, entendo, uma abordagem comportamental, explícita nas competências interpessoais, que estriba um bom líder, mais do que a sabedoria.

Colhe oportunidade o que está resumido no quadro seguinte, na medida em que é necessário ver qual ou quais aspetos devem ser valorizados.

**Quadro 12: Competências potencialmente mais relevantes para a eficácia dos líderes**

<b>Competências</b>	<b>Incluem</b>	<b>Pertinência</b>
<b>Técnicas</b>	Conhecimentos acerca de realizar as tarefas especializadas da organização; capacidade para usar as técnicas e equipamentos que permitem realizar tais tarefas.	<p>Permitem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Conhecer as técnicas e equipamentos que os subordinados usam para executar o trabalho.</li> <li>b. Ajudar a planear o trabalho.</li> <li>c. Compreender e dirigir os subordinados com funções especializadas.</li> <li>d. Lidar com disrupções no fluxo de atividades (e.g., avarias, defeitos, acidentes).</li> <li>e. Facultar o conhecimento dos produtos e processos da concorrência, de modo a compreender as forças e fraquezas e, assim, fazer melhor o planeamento estratégico.</li> </ul>
<b>Interpessoais</b>	Conhecimentos acerca do comportamento humano e processos de grupo; capacidade para compreender as atitudes, sentimentos e motivos de outras pessoas; sensibilidade social; capacidade de comunicação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. A empatia, tato, fluência verbal, persuasão e diplomacia – desenvolvem e mantêm relações de colaboração com pares, superiores, subordinados, clientes, fornecedores.</li> <li>b. A perçetividade social permite identificar as necessidades, objetivos e exigências dos vários stakeholders e, assim, tomar decisões integradoras e implementáveis.</li> <li>c. A relevância para usar e aplicar estratégias de influências mais adequadas a cada alvo.</li> <li>d. São essenciais para a capacidade de ouvir.</li> <li>e. São importantes para a negociação e resolução de conflitos.</li> <li>f. Ajudam a lidar com pessoas de diferentes culturas</li> </ul>
<b>Conceptuais (cognitivas)</b>	Capacidade analítica, pensamento lógico, intuição, raciocínio indutivo e dedutivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Permitem analisar factos, reconhecer tendências, detetar oportunidades e problemas, antecipar mudanças, decifrar constrangimentos.</li> <li>b. Ajudam a identificar relações complexas e a desenvolver soluções criativas para problemas complexos.</li> <li>c. Permitem compreender como se interrelacionam as diversas partes da organização e, assim, identificar modos de coordenação.</li> <li>d. Ajudam a identificar fatores críticos de sucesso.</li> <li>e. Permitem tomar decisões em ambientes de incerteza e ou de informação escassa.</li> </ul>

(Cunha, 2007: 331-399)

Vale a pena recordar o que afirma Hunter (2013:67-68)<sup>56</sup>:

«De uma forma simples, liderar é conseguir que as coisas sejam feitas através de pessoas. Ao trabalhar com pessoas e ao conseguir que as coisas se façam através delas, haverá sempre duas dinâmicas em jogo: a tarefa e o relacionamento. É comum o líder perder o equilíbrio, ao concentrar-se apenas numa das dinâmicas em detrimento da outra».

Este raciocínio universal tem perfeita oportunidade na realidade africana. É interessante o que está contido no Relatório Mundial da Saúde de 2006:

«Como a força de trabalho em saúde é um domínio em que há muitos interesses em conflito, a formulação de políticas não pode ser exclusivamente consensual e às vezes tem de haver a possibilidade de arbitragem. Sem uma liderança forte, as políticas nacionais tendem a patinar. A liderança nacional é necessária para iniciar o processo, pressionar por avanços, engajar as partes interessadas (trabalhadores, sociedade civil e governo). O desenvolvimento de habilidades de liderança depende das estruturas de liderança e de capacidades táticas. O problema é que a maioria das pessoas está inclinada a acreditar que o know-how político é uma qualidade nata e, portanto, não se presta à construção de capacidades.» (OMS, 2006: 127-128).

A liderança e a criatividade são elementos determinantes quer na criação e desenvolvimento de modelos organizacionais quer na aplicação de medidas capazes de mobilizar os diversos atores da saúde. Dou um exemplo vivido recentemente no país onde exerço funções de consultoria – Angola: a municipalização da saúde<sup>57</sup>. Neste País, como na Guiné-Bissau, e noutros, são necessárias liderança e criatividade para organizar os serviços de saúde de proximidade. Como refere Dias (2013:54):

«Nas últimas décadas, o ambiente organizacional tem sido caracterizado por rápidas e intensas mudanças, tendo estas mudanças da envolvente um impacto profundo na vida das pessoas e na vida das organizações. Gestores e líderes confrontam-se com novos desafios onde o papel do pensamento e da criatividade assume cada vez mais um lugar

---

<sup>56</sup> É no mínimo curiosa esta abordagem à liderança – um espaço de discussão que, podendo incorrer em algo romancado, não deixa de nos atrair pela forma pedagógica como os fatos são apresentados.

<sup>57</sup> A municipalização da saúde em Angola põe o acento tónico no poder local, procurando reunir as energias das autoridades eleitas, das autoridades tradicionais, dos jovens, das mulheres, dos profissionais de saúde e, obviamente, congregar todos os setores de atividade: ambiente, cultura, economia... sendo imperioso afetar os recursos humanos, materiais e organizacionais para que esta iniciativa não se confine ao papel ou apenas a alguns municípios. Como as autoridades angolanas da saúde referem, tem que haver sustentabilidade financeira e fazer chegar a saúde às comunas, segundo o conceito de proximidade plasmado na Constituição de Angola. Esta experiência, atualment em fase de implementação de forma paulatina em Angola – que tenho acompanhado de muito perto - requer que à descentralização responsabilizante da sua atividade corresponda uma maior autonomia e autoridade, de modo a evitar hierarquias confusas.

de destaque. A criatividade possibilita a inovação e potencia o desenvolvimento, proporcionando ideias originais, mas é também uma reação aos desafios da vida.»

Mas chama a atenção:

«Dentro das organizações é muito mais frequente ver a criatividade ser destruída do que estimulada... Cabe ao líder (gestor) estar atento às necessidades da equipa, dos clientes e do mercado, com o intuito de propor inovações através do incentivo de novas ideias. Contudo, é importante frisar que ao líder (gestor) não basta incentivar as ideias, é preciso colocá-las em prática.»

### **2.3.2. Motivação**

De entre as teorias explicativas da motivação, não posso deixar de referir, por evidência característica dos países em vias de desenvolvimento, onde a satisfação das necessidades básicas estão em primeiro lugar, a abordagem de Maslow. Presentemente, nas minhas atividades, reparo, empiricamente, que as pessoas não estão apenas interessadas em satisfazer gradualmente as necessidades básicas; por força do “*demonstration effect*” procuram satisfazer necessidades superiores sem que as de nível inferior estejam satisfeitas. Bom, estaremos em patamares diversos quando lidamos com a hierarquia de cargos e, por isso, é crível que os fatores satisfacientes de Herzberg e de McClelland (sucesso, poder) expliquem melhor certas situações, em especial ao nível das classes dirigentes. Ao lidar com chefias nas unidades de saúde, pode acontecer uma modificação do comportamento organizacional (MODCO). Por outro lado, os agentes operacionais, estão interessados em fatores de satisfação de necessidades de nível inferior.

Assim, a motivação poderá apresentar várias causas; creio, no entanto, que a teoria da aprendizagem social parece corresponder melhor às situações que são do meu conhecimento.

Quanto à satisfação no trabalho, é oportuno lembrar aqui o caleidoscópio das satisfações, que traduz a universalidade das situações:

«A literatura é bastante prolixa na consideração das facetas da satisfação do trabalho. Apenas refere, a título de exemplo: satisfação com a tarefa; com a remuneração; com a chefia; com a equipa; com os colegas; com a avaliação do desempenho; com as promoções. A enumeração [incompleta] tem especial relevo por três razões fundamentais: (i) as pessoas podem estar satisfeitas em alguma ou algumas áreas e não noutra ou noutras; (ii) a insatisfação numa das facetas pode afetar os níveis de satisfação de outras; (iii) os antecedentes / causas de cada dimensão da satisfação são

diferentes. Finalmente, acrescente-se que a satisfação pode ser intrínseca ou extrínseca.» (Cunha, 2007:181)

No Relatório Mundial de Saúde – 2006, que venho citando, colocam-se as questões ambientais e higiénicas e de segurança no trabalho que podem provocar níveis elevados de absentismo; de igual modo, é referido que a salários baixos corresponde uma grande rotatividade de pessoas nas instituições de saúde.

É correto não esquecer que nas organizações, em geral, deve existir um sistema de recompensas que funcione como fator motivacional e que possibilite desenvolver uma determinada cultura organizacional, atrair e reter trabalhadores, aumentar a produtividade e distinguir por mérito. Por essa razão, no Relatório Mundial de Saúde – 2006, se fala em prémios em função do desempenho e de benefícios como compensação indireta – formas de atrair e manter as pessoas. Na verdade, nas vilas e aldeias do interior dos países africanos é necessário criar mecanismos compensatórios para os colaboradores que se deslocam para as periferias, em particular, os médicos.

Os trabalhadores de saúde, creio, ficam mais motivados para desempenhar bem as suas tarefas quando as suas instituições (seja qual for a dimensão) e os gestores (líderes):

- a. Têm um conhecimento profundo da missão e visão e a divulgam.
- b. Valorizam o mérito.
- c. Ouvem o que o pessoal tem a dizer.
- d. Encorajam o trabalho de equipa.
- e. Dão retorno ao bom desempenho e o premeiam.
- f. Usam instrumentos sancionatórios justos.

Não existem, pois, segredos para aumentar a motivação; para além do que referi acima, é somente necessário:

- a. Esclarecer claramente a estratégia e os passos que a organização pretende realizar para executar as suas actividades, em especial, quando se trata de introduzir medidas racionalizadoras ou mudanças estruturais.
- b. Incutir confiança dizendo aos funcionários, por processos comunicacionais os mais diversos, o que a organização hospitalar espera de cada um.
- c. Colocar as pessoas certas nos lugares certos, em especial no que respeita às chefias, tendo em consideração as suas habilitações e talento.
- d. Providenciar a logística necessária às actividades.

e. Agir rapidamente não fazendo arrastar situações de incerteza.

O meu contato com a realidade africana nos últimos anos ensinou-me algo que merece uma breve referência: os gestores têm que encontrar rapidamente mecanismos para responsabilizar os trabalhadores pelas suas ações – os meios para aumentar a produtividade e o desempenho.

Para terminar esta reflexão, retenho o que escreve Dias (2013:161):

«Para se entender a motivação dos colaboradores de uma empresa [seja ela qual for] é indispensável perceber-se: o ajustamento das pessoas em dada organização; a sua interdependência; a qualidade do produto do seu trabalho; a satisfação que isso lhe traz; e o entendimento de que quando estamos a falar de motivação organizacional estamos, também, a falar em socialização organizacional.»

### **2.3.3. Desempenho e medição do desempenho**

«Quando procuramos meios de aumentar o desempenho, descobrimos que nada funciona tão bem quanto conversar com os próprios trabalhadores da saúde. Suas ideias são incríveis. Eles dirão o que fazer». (OMS, 2006:82).

Mas em que consiste o desempenho e a sua medição? Em contextos de trabalho, onde os recursos humanos são escassos, onde os bens são quase exclusivamente importados e onde a distribuição é feita de forma intermitente, em razão das dificuldades de transporte, faz sentido abordar a questão do desempenho e respetiva avaliação? Que sentido assumem as teorias de administração face ao desempenho e sua avaliação?

É mister que responda afirmativamente a todas as questões, na medida em que a Saúde lida com a escassez de meios, o exercício profissional está nas mãos de mulheres e homens multifacetados com interesses e papéis diversos. Na verdade, prevenir a doença, promover a saúde, curar e tratar, investir na pesquisa, ensinar, são atividades que exigem recursos, seja qual for a dimensão do PIB afeto à Saúde.

O desempenho em saúde pode ser definido como o conjunto de diversas componentes:

- a. Conhecimento (o saber).
- b. Competência (o saber como fazer e o mostrar como fazer).
- c. Aptidões (competências e motivações individuais).
- d. Comunicação (com colegas, doentes, fornecedores, empresas, etc.).
- e. Colaboração (trabalho de equipa).

O desempenho profissional tem que ver com o que os trabalhadores fazem, com os resultados práticos, com as provas dadas, enfim com o que realiza na prática. No entanto, o desempenho não depende apenas de cada um; depende das fontes de conhecimento, das possibilidades que lhe foram conferidas pela realização de ações de formação, da equipa onde está inserido, da sua capacidade de relação e de comunicação, da forma como está organizado o trabalho da instituição e das características e dimensão da instituição.

Para um bom desempenho, aos trabalhadores de saúde é exigido um conhecimento atualizado. A promoção de formação em sala é um meio útil, mas a aprendizagem em serviço é seguramente um agente mais provável de sucesso na mudança de comportamentos e capacidades tendentes a um desempenho cuidadoso. A este propósito, o Relatório Mundial de Saúde – 2006, que venho citando, questiona-se sobre que tipo de formação funciona melhor nas unidades de saúde, para concluir o seguinte:

«Para uma mudança do desempenho, há mais probabilidades de transferência de conhecimento e habilidades quando o curso [as ações de formação] de treinamento é interativo com a maior quantidade possível de experiência prática, de vida real».

É imperioso referir dois aspetos fundamentais: (i) as alavancas que influenciam as quatro dimensões do desempenho da força de trabalho em saúde; (ii) o apoio em normas e códigos de conduta.

**Tabela 2: Alavancas das quatro dimensões do desempenho em saúde**

<b>Ferramentas</b>	<b>Desempenho</b>
Relacionadas ao emprego: Descrição de postos de trabalho; normas e códigos de conduta; habilidades combinadas às tarefas; supervisão	Disponibilidade
Relacionadas ao sistema de apoio: remuneração, informação e comunicação; infraestruturas	Competência Capacidade de resposta
Ambiente de trabalho favorável: aprendizagem contínua; gestão de equipas; responsabilidade com responsabilização	Produtividade

Fonte: Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2006)

Assim, defendo que o sistema de avaliação do desempenho apresente clareza, justiça, e objetividade quanto à sua conceção e aplicação e que seja divulgado e conhecido por todos os colaboradores das instituições de saúde, o que contribuirá para promoção da motivação e satisfação internas, com evidentes reflexos ao nível da produtividade e desempenho. E, portanto, com reflexos no público. Acrescento que a participação pode

induzir nas pessoas a necessidade de autoformação, baseada na capacidade de autoanálise e de reflexão que o *coaching* proporciona. As normas de conduta contêm-se em códigos que se fundamentam em princípios gerais, como: (i) o respeito pelos colegas de trabalho, instituição, clientes, fornecedores; (ii) a probidade que significa integridade de caráter; (iii) a responsabilidade que implica a consciencialização dos atos que pratica; (iv) em princípios funcionais que estão ligados ao exercício profissional<sup>58</sup>, como a lealdade, o zelo, a assiduidade, a imparcialidade, a legalidade, a transparência, a subordinação hierárquica.

No que respeita ao desempenho profissional e sua medição, retenho algumas reflexões que colhi do texto (*Jornal Semanário Económico*, 2002):

«Uma organização não se deve limitar a recolher e a analisar dados sobre o seu desempenho. Deve utilizar a sua medição na gestão corrente. A característica fundamental de uma organização é a capacidade para efetuar com sucesso a medição do seu desempenho. A realização sistemática deste processo dá-lhe, não só uma melhor visão interior, como permite a avaliação contínua da eficácia e eficiência da sua estrutura, e dos seus programas, processos e pessoas. No entanto, estas organizações não se limitam a recolher e a analisar dados sobre o seu desempenho, elas usam estas métricas para promover melhorias efectivas na transformação da sua estratégia em iniciativas concretas. Por outras palavras, utilizam a medição do desempenho na sua gestão corrente.»

Faz sentido compreender que cada organização há-de encontrar os mecanismos próprios para levar as pessoas a desempenharem as suas tarefas de acordo com uma estratégia, contida em planos. Assim, por mais simples ou complexa que seja uma instituição de saúde (um posto sanitário, um centro de saúde com ou sem internamento, um hospital municipal, um hospital regional, um hospital central), é imperioso que seja construída uma arquitetura gestonária que permita verificar qual o grau de desenvolvimento da medição do desempenho individual e organizacional face à estratégia definida.

É importante que, na fase de recrutamento e seleção, as pessoas fiquem a saber, à partida, que fiquem inteiradas de que serão objeto de avaliação no desempenho das suas atividades. Aprendi que esta ideia é fundamental para que não surjam situações delicadas no processo de trabalho, designadamente quando, periodicamente, se procede à avaliação – o que pode causar momentos de grande stress nos colaboradores e nos gestores.

---

<sup>58</sup> Alguns países adotaram códigos onde se contêm princípios laborais (como é o caso de Angola, que tem em vigor a Lei Geral do Trabalho), que se assumem como deveres (com a contrapartida de direitos...).

Nesta medida, estou de acordo com as propostas genericamente apresentadas no jornal atrás mencionado, atendendo aos seguintes atributos de medição do desempenho:

- «a) Desempenho - todas as organizações, independentemente do seu tipo, necessitam que exista uma definição clara e concisa do âmbito da sua medição de desempenho, e que este âmbito, não só seja perfeitamente compreendido por todos os níveis da organização, mas que também apoie o atingir dos objectivos e a obtenção dos resultados esperados.
- b) Existência de eficaz comunicação interna e externa à organização - uma efetiva comunicação com empregados, gestores de processo, clientes e outros “stakeholders”, é vital para o desenvolvimento com sucesso do sistema.
- c) Definição clara e muito bem compreendida da responsabilidade pela obtenção dos resultados - as organizações mais bem sucedidas identificaram claramente os fatores determinantes do sucesso, e certificaram-se que os gestores e empregados compreenderam perfeitamente qual o seu grau de responsabilidade no atingir dos objectivos.
- d) Medição (ou avaliação) do desempenho proporciona informação para a tomada de decisões - as métricas de desempenho devem ser limitadas às que se relacionam com os objectivos estratégicos da organização e que asseguram a existência de informação atempada, relevante e concisa que permita, a todos os níveis de decisão, uma avaliação do progresso realizado para atingir os objectivos pré-definidos. Estas métricas devem fornecer informação sobre a eficiência com que os recursos são transformados em bens ou serviços e sobre como os resultados já atingidos se comparam com os esperados.
- e) Os vencimentos, as recompensas monetárias e o reconhecimento organizacional estão estreitamente ligados com as medidas de desempenho - a avaliação do desempenho e as recompensas devem estar dependentes de medidas específicas do sucesso.
- f) A medição do desempenho é encarada como positiva e não com objetivos punitivos – os sistemas de maior sucesso não são sistemas para detetar e punir falhas. São sistemas de aprendizagem, que ajudam a organização a identificar o que funciona e o que não funciona, melhorando o que funciona, e a substituir e/ou reparar o que não funciona.
- g) Resultados e progressos conseguidos são abertamente partilhados - A informação fornecida pelo Sistemas de Medição do Desempenho encontra-se aberta e é partilhada com os empregados, clientes, “stakeholders” e fornecedores.»

Há ainda uma questão pertinente que se coloca em matéria de desempenho: saber se a estratégia está a ser executada ou não. Na verdade,

«O problema é o seguinte: por que razão algumas organizações falham? Os gestores e os trabalhadores esforçam-se, fazem sacrifícios e, no entanto, a estratégia pode entrar

em falência. Para minimizar esta dificuldade, recorreremos ao Balanced Scorecard (BSC), como ferramenta que reduz a incapacidade de executar as estratégias: formuladas». <sup>59</sup>

Por esta razão, vemos as organizações a formularem o “continuum da estratégia”, que se apresenta na figura seguinte (Cruz, 2009: 87):

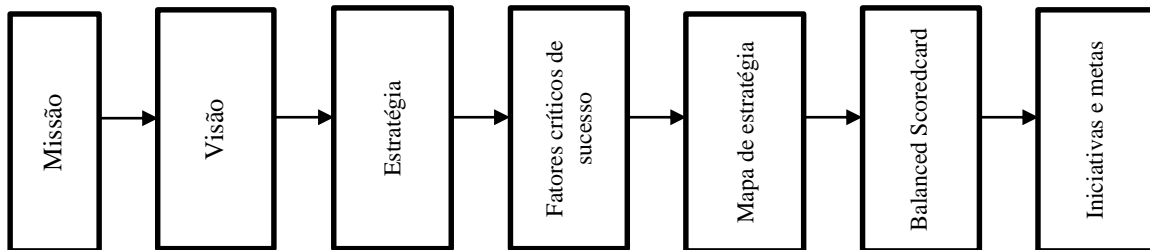


Figura 6 – “Continuum” da estratégia

Nas instituições de saúde tem perfeita oportunidade a inclusão desta ferramenta, na medida em que não interessa apenas a análise dos indicadores financeiros, mas a medição dos indicadores que indicam efetividade: os resultados alcançados junto das pessoas e das comunidades, como, por exemplo, o sucesso de programas de vacinação, o retorno à vida ativa dos doentes curados, a satisfação das empresas que custeiam tratamentos e das seguradoras – como pode observar recentemente, nas atuais atividades que desenvolve.

---

<sup>59</sup> Serão as leis laborais suficientes para orientar a gestão de pessoas numa organização? Os quadros jurídicos, por si, têm objetivos diferentes, segundo creio, da gestão das pessoas (people/human resources management).

## 2.4. Governação clínica

No conceito de “clinical governance” emergem diversas componentes, claramente identificadas no diagrama seguinte (Campos, 2009: 27).

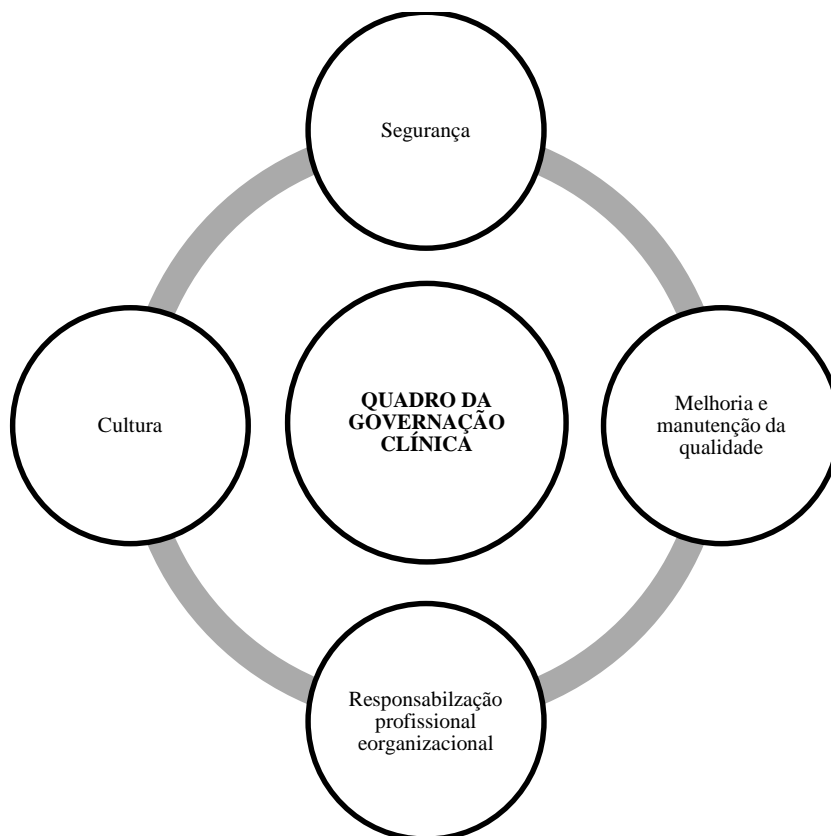


Figura 7 – Componentes-chave da governação clínica

No que respeita à segurança, há múltiplos aspetos a considerar dentro de cada uma das componentes habitualmente referidas: segurança dos doentes, segurança dos profissionais e segurança institucional. Pretendo significar que apenas enfatizarei, aqui e agora, a segurança institucional, na medida em que a interferência na rotina hospitalar ou qualquer ocorrência mais grave – por exemplo as relativas à atuação clínica junto dos doentes pelos prestadores de cuidados, ou à desatenção dos trabalhadores na utilização dos meios de proteção – recairão automaticamente sobre a administração do hospital. Não erro se disser que, hoje, mais do que nunca, mesmo nas sociedades emergentes, a integridade física dos doentes e dos familiares, e a integridade dos trabalhadores, de qualquer nível, acaba por recair na alçada da responsabilidade dos dirigentes. Claro que era, e porventura

será, à direção do HNSM que poderia ser assacada a responsabilidade pela segurança dos doentes e dos seus trabalhadores. Mas como, se os recursos eram tão escassos? Como, se a organização do trabalho e a deficiência das estruturas físicas pecavam – e certamente continuam a pecar – pelas razões mais diversas? Como, se o sistema (ou a ausência de sistema) de abastecimento de bens é incerta, ineficaz, e fortemente dependente de doações de terceiros?

Mas já não assim, onde, como em Angola, existem mecanismos protetores do consumidor, e “pour cause”, há uma conscientização crescente dos direitos plasmados na Constituição, e onde a Lei Geral do Trabalho é aplicável nas empresas, incluindo nos hospitais, onde funciona o exercício inspetivo às instituições.

Por isso, as direções (os gestores) dos hospitais, além de se preocuparem com bem-estar dos doentes (amenidades) e pela inexistência de riscos, têm de controlar o património, têm de monitorar o cumprimento de rotinas, têm de atender às amenidades e às grandes questões de segurança geral.

A razão é simples: a segurança passou a ser um dos indicadores do bom atendimento. Tem de existir uma definição clara de linhas de responsabilidade; há o imperativo de desenvolver bons programas de gestão do risco e de manutenção de equipamentos críticos; há a necessidade de implementar adequados planos de emergência internos.

No plano da cultura organizacional, há abundante literatura que reflete sobre a incidência de valores, de crenças e de assunções, que trata os elementos visíveis e invisíveis (Cunha, 2007).

Assim, nas instituições hospitalares, há necessidade de tomar em consideração, por exemplo: (i) a cultura aberta de participação; (ii) as boas práticas de trabalho a todos os níveis; (iii) os compromissos na disseminação dos elementos inovadores; (iii) o trabalho em equipa multidisciplinar em todos os níveis da organização; (iv) a linguagem organizacional; (v) os ritos de integração dos novos trabalhadores; (vi) a distribuição prémios pelo mérito; (viii) o nível de realização de atividades de formação.

No plano da melhoria permanente da qualidade, é importante garantir que, nos termos exigidos pela governação clínica, estejam garantidos (Campos, 2009: 23-28): (i) na disponibilidade diária; (ii) na customização de cuidados; (iii) na centralidade do doente; (iv) na necessidade de transparência; (v) na antecipação das necessidades clínicas dos doentes e sua integridade; (vi) na presença de direitos dos doentes (consentimento

informado, privacidade, confidencialidade, direito à informação, entre outros); (vi) na cooperação entre todos os profissionais.

Convirá fazer uma referência especial ao trabalho de cooperação (colaboração) entre todos os profissionais. Como sistema sociotécnico aberto, nas instituições de saúde, principalmente nos hospitais (na senda do que é referido pela OMS), é imperioso ter presente que a governação clínica não se confina à atividade clínica envolvendo médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico, auxiliares de ação clínica – de forma que nos serviços haja o respeito pela garantia de uma prestação com dignidade e em segurança. Estou plenamente de acordo com a reflexão de Vaz (2009), na medida em que estão envolvidos a gestão de pessoas, o sistema de informação, a gestão de materiais, a gestão da farmácia, as auditorias, a gestão dos transportes e da manutenção, a gestão do arquivo clínico, a gestão financeira, a hotelaria – enfim, a logística.

Atribui-se, comumente, o conceito de governação clínica somente aos serviços clínicos, o que, do meu ponto de vista, está eivado de insuficiência e de limitações. Com a ajuda da reflexão deste autor, encontro uma resposta clara: a necessidade de a gestão das organizações de saúde ser integrada, de forma a aumentar a “accountability” institucional.

No plano da responsabilização profissional e organizacional, existem três tipos de responsabilidade nas organizações de saúde: responsabilidade individual, responsabilidade grupal e responsabilidade institucional. Esta ideia é claramente assumida pelas instituições e pelos profissionais. Também é assumido o conceito de multidisciplinaridade e mesmo de transdisciplinaridade – o que favorece a criação de um ambiente cultural para o desenvolvimento de ações que, tendo em conta as especificidades de todos os elementos, se valoriza o conceito de “equipa de saúde”.

Com esta visão, alcança-se, assim, um verdadeiro compromisso com a qualidade, caminhando para a excelência, partilhado por todos os profissionais e pela administração.

Esta abordagem implica normas de conduta, regulamentos; exige igualmente um cuidado acrescido com a logística (aquisição, distribuição, manutenção), na medida em que está em causa o bem saúde. Ora, os poucos países africanos que dispõem de regulamentações específicas no que se refere a equipamentos médicos, ou delas dispendo, não têm exercido o cuidado requerido de as aplicar – o que, decerto, contribuirá para a degradação rápida dos mesmos e, o que é substancialmente mais grave, colocará em risco a saúde dos cidadãos. E, na perspetiva do que venho defendendo, não se caminhará para uma

autêntica governação clínica e, conseqüentemente, para a rentabilização da capacidade instalada

## **2.5. A saúde em rede**

É vasta a revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde apresentada por Mendes (2007:19-25). Nela são abordados vários contributos essenciais para a compreensão do fenómeno da criação de redes em saúde. Salienta-se o papel referido pelo autor sobre a importância da formulação de uma proposta de redes de atenção à saúde, na medida em que se pretende que os sistemas integrados de prestação de serviços de saúde tenham o foco nas necessidades de saúde de uma dada população, num dado território; na coordenação e integração de um “continuum” de prestação de cuidados; na possibilidade de abranger as populações mais afastadas; na melhoria da qualidade do atendimento; na coleta de dados e elaboração de estatísticas; no ganho em economias de escala através do aproveitamento dos recursos. E, o que é muito importante, na verificação do exercício pleno dos direitos humanos.

Habitualmente, verificamos que existe uma grande incorporação numa única entidade das atividades ou processos de produção e entrega de serviços de saúde. É sabido que há ainda uma grande tendência, em alguns países, para a centralização de hospitais em grandes unidades, no atendimento de um volume de procedimentos que atinge proporções quase gigantescas. Exemplos claros desta natureza de oferta de cuidados: nos Estados Unidos, no Reino Unido, na Holanda, em Portugal e na maior parte dos países onde ainda se pratica grandemente o hospitalocentrismo, seja qual for o sistema de prestação de cuidados e de financiamento: bewedgeriano ou bismarkiano, ou misto.

O autor mencionado descreve uma solução que se afigura adequada a modelos próximos, mas não semelhantes: (i) o que vivenciei no HNSM, em Bissau, Hospital que representava o centro da atenção da saúde no já referido Setor Autónomo de Bissau, mas cuja qualidade no atendimento era menos que sofrível, não contemplando uma verdadeira articulação entre os cuidados básicos e os cuidados diferenciados – enfim, um insucesso; (ii) a experiência da municipalização, iniciada em Angola e que parece reunir fortes possibilidades de vingar, se forem reunidas as condições humanas, financeiras e materiais, suportadas numa verdadeira autonomia; na verdade, no município residem os elementos razoáveis de proximidade e de transformação de mentalidades, retirando dos corredores

dos grandes hospitais de Luanda e de outras cidades de Angola, milhares de cidadãos que podem ser atendidos nos centros de saúde, com mais dignidade e humanização.

Uma tal solução é preconizada pela OMS:

«A Organização Mundial da Saúde descreve o denominado Projeto TUFH (Towards Unity for Health) cujo objetivo principal é integrar as ações de assistência à saúde com as ações de saúde pública. A integração das ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras exige, inicialmente, o estabelecimento de uma população vivendo em um território. Para a definição de uma população e de um território busca-se um tamanho ideal dessa população. A resposta qualitativa dada é que esta população deve corresponder a um distrito sanitário definido como uma região sanitária onde alguma forma de governança mesorregional sanitária se dá sobre uma rede de atenção que tenha no seu ápice um hospital geral. A população de responsabilidade de um distrito sanitário deve ser esquadrinhada demográfica e epidemiologicamente e dividida em subgrupos: população total, população por idade e sexo, população por estratos sociais, população em risco, população com doença, população necessitando de atenção especial, etc. Por isso, a definição da população de referência não pode ser feita com base na demanda dos serviços de saúde, mas num cadastramento proativo de todas as pessoas do distrito sanitário. O processo de territorialização deve estar baseado em parâmetros espaciais e temporais. A configuração territorial ideal deve incluir um espaço bem definido e gerenciável, onde as necessidades de saúde possam ser regularmente definidas e os serviços de saúde racionalmente planejados e monitorados. Este território ideal deveria conter uma instituição com capacidade de liderança, mobilização e utilização dos recursos. O território deve permitir a oportunidade de compreender as relações entre os elementos que determinam a saúde e a doença e estabelecer as parcerias para melhorar a saúde da população. O distrito sanitário tem sido definido como o nível territorial que é grande o suficiente para justificar um sistema de vigilância à saúde e pequeno o suficiente para permitir uma coordenação eficiente. O conceito de unidade do Projeto TUFH é entendido como a medida na qual diferentes parceiros se juntam para responder às necessidades de saúde das pessoas através de um sistema que se organiza em torno dos valores de qualidade, equidade, relevância e custo/efetividade. Neste contexto, deve-se dar a integração entre as necessidades individuais das pessoas e as intervenções de saúde pública dirigidas a toda a população.» (WHO, 2000:9).

Existem, em Portugal experiências enriquecedoras diversas, que baseiam as suas actividades em modelos de rede. É o caso da Fundação Calouste Gulbenkian que adotou o projeto SER em parceria com o Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do ISCTE-IUL, tendo como objetivo a investigação das tecnologias de informação e comunicação no domínio da saúde em Portugal. Por certo, a criação do Centro de Investigação em Saúde em Angola (CISA) constitui um embrião desejável de cooperação que entronca no sentido de rede.

Noutro sentido, as Unidades Locais de Saúde (ULS), em Portugal, representam, do meu ponto de vista, iniciativas recomendadas pela OMS, em que a atenção integrada é um meio para melhorar os serviços relativamente ao acesso, qualidade, satisfação dos utentes do Serviço Nacional de Saúde. Conceptualmente, nas ULS, os serviços de saúde, como outras formas de produção, podem ser implementados, como sugere a OMS, em configurações mais concentradas ou mais dispersas, ou em arranjos híbridos que combinem elementos de concentração e dispersão. Os serviços que devem ser dispersos – afirma-se – são aqueles que não beneficiam de economias de escala. Os serviços que devem ser concentrados são aqueles que têm de economias de escala, com menores custos unitários quando se ofertam numa mesma unidade uma variedade de serviços. Esses serviços são aqueles que oferecem intervenções que são altamente especializadas e elevados custos, requerendo equipas de profissionais devidamente habilitadas.

Sobre esta matéria, fiquei particularmente sensibilizado pelo conteúdo da palestra de Constantino Sakellarides, realizada na Clínica Sagrada Esperança, Luanda, em Novembro de 2013<sup>60</sup>, na qual procurou demonstrar que a integração em rede possibilita (i) uma grande articulação e coordenação de cuidados de saúde, de ensino e de pesquisa. Um hospital ou uma clínica (em Luanda) – observou Sakellarides - chamariam a si a responsabilidade de proceder à dinamização da rede, conjugando esforços múltiplos do hospital (ou da clínica), das autoridades locais (município), das ONG's, de seguradoras e empresas que têm acordos de assistência com as unidades de saúde, o que redundaria num “subsistema de saúde”, certamente estribado na Constituição – aquilo que ele designou por «organizing the white space».

---

<sup>60</sup> Palestra realizada no âmbito do Curso de Formação para Gestores de Unidades de Saúde (FOGUS) com a duração de 18 meses, levado a efeito na Clínica Sagrada Esperança pela Escola Nacional de Saúde Pública, e que tem a participação e empenhamento do ora mestrando que, diga-se em abono da verdade, foi originalmente por si concebido, embora posteriormente melhorado.

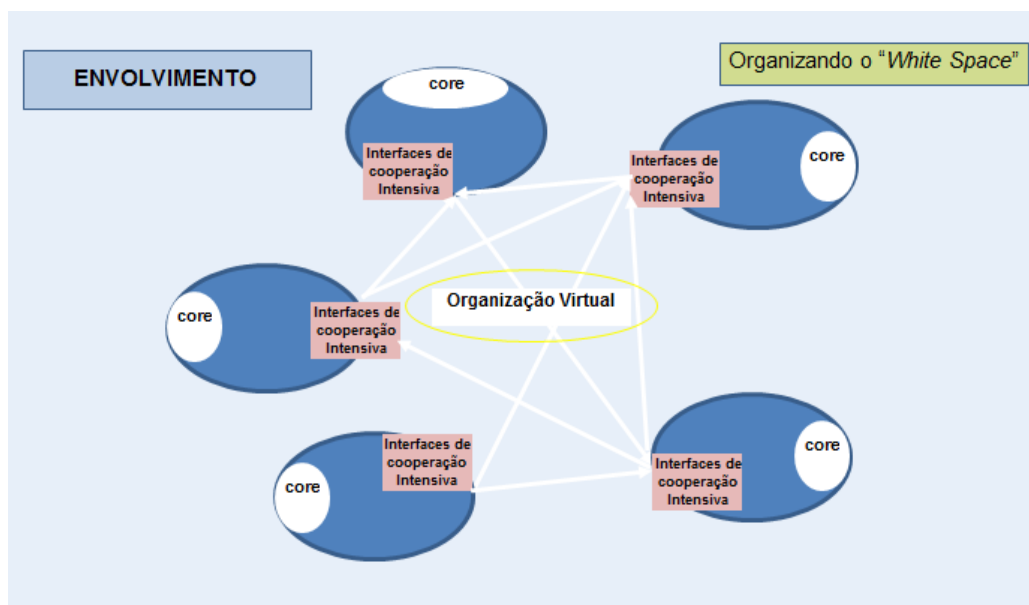


Figura 8 – Organização em rede

Adaptado de Sakellarides, 2013

A grande dúvida coloca-se, quanto à solução preconizada por Sakellarides, em saber qual a melhor forma de se proceder a esta interligação. Como é sabido, há cinco tipos de rede: em roda, em Y, em cadeia, circular e interligação total (Teixeira: 263-265) A opção, do meu ponto de vista, poderá ser a integração em roda, em que existirá rapidez de comunicação, levando a uma certa centralização e à emergência de liderança forte, mas é reduzida a satisfação de todos os colaboradores. No que respeita à interligação total, a satisfação dos colaboradores é elevada, não emergindo uma liderança forte nem uma centralização que torne coerente todo o sistema da rede.

Como se verifica, a integração tem um grande campo de estudo e de aplicação. Não me cabe defender uma ou outra solução. Mas creio entender que, a exemplo das ULS, uma solução possível seria de uma integração mista, onde deverá existir um polo aglutinador e dinamizador.

Em saúde, é necessário haver uma liderança pelo exemplo, pela qualidade e excelência, pela prática ética, pelo respeito dos direitos humanos e pelos direitos dos

doentes, designadamente o consentimento informado e a confidencialidade<sup>61</sup>. E, obviamente, pela garantia do acesso aos cuidados de saúde.

O envolvimento social é também e, cada vez mais, caracterizado pela conscientização dos cidadãos face às suas situações clínicas, e, o que é novo, a deliberação médica para ser penetrada por outras ciências (sociais, económicas e jurídicas) que influenciam a decisão médica.

Desta forma, quer o HNSM, no Setor Autónomo de Bissau, quer o hospital municipal de um qualquer município de Angola poderiam aproveitar plenamente a tríade abaixo descrita sumariamente por Sakellarides (2013), que se interpenetram e enriquecem.

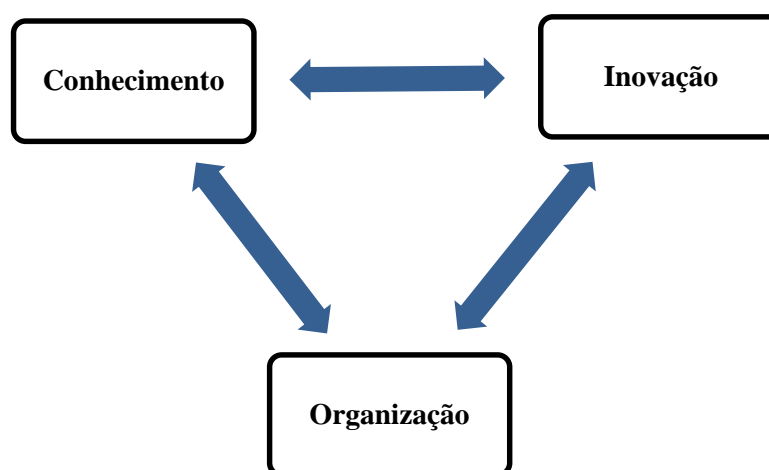


Figura 9 – Do hospital à comunidade

Por esta razão – a de que é a Medicina que deve estar na linha da frente da prevenção da doença, da promoção da saúde, da cura e reabilitação, do ensino e da pesquisa em ambiente hospitalar – que a proposta de Sakellarides deve ser ponderada.

Uma nota final, questionando: na rede de atenção à saúde, qual a base negocial que deve assegurar o seu sucesso? Que modelo de intervenção do financiador público? Estão os organismos tecnicamente preparados para assumir objetivos amplos com base num contrato? No plano conceptual, estas duas entidades (Setor Autónomo de Bissau e um

---

<sup>61</sup> Quer a confidencialidade quer o consentimento informado são direitos que devem ser interpretados à luz da cultura africana – pois é do meu percurso em África de que falo neste Relatório. Porque julgo importante, deixo uma transcrição oportuna: Na cultura Africana, os indivíduos descrevem a sua própria identidade habitualmente pela máxima: "Eu existo, porque nós existimos, e já que existimos, então, eu existo". Isto assume um contraste direto com a cultura idealista do Ocidente na qual os indivíduos normalmente descrevem a sua própria identidade pela máxima cartesiana "Eu penso, logo existo".

Município em Angola), embora distintas na configuração, mas com objetivos comuns – prover cuidados de saúde a uma certa população numa determinada área (tendo em conta critérios claramente definidos) – é necessário que exista um suporte contratual que possa ser consubstanciado na celebração de contratos entre os diversos agentes prestadores, a partir de um pacote financeiro que seja atribuído pelo Ministério das Finanças com a intermediação do Ministério da Saúde. Poderia ser um contrato de desempenho organizacional, envolvendo a tutela e o órgão dinamizador dos serviços em rede, contrato que inclui uma especificação detalhada e orientada para os processos e *ouputs*. No entanto, tal design exige um grau elevado de conhecimentos interdisciplinares. Como refere Escoval (2010: 7-20).

«Frequentemente a contratualização não atinge os seus objectivos devido basicamente a falhas na negociação do contrato (informação assimétrica, impreparação do órgão fiscalizador e inexistência de um objectivo agregador), dificuldades na atribuição de autonomia às organizações e problemas conceptuais no acompanhamento e na avaliação do desempenho. Um dos grandes obstáculos à contratualização, apontados pelas diversas experiências, é a insuficiência de conhecimentos dos órgãos responsáveis pelo acompanhamento e fiscalização em preparar e acompanhar esse processo. Evidentemente, a questão da gestão efectiva das bases de conhecimento da organização coloca--se aqui de forma aguda, dado que essa gestão diz respeito não apenas aos conhecimentos técnicos específicos de cada instituição de saúde como também aos conhecimentos tácitos sobre a própria relação contratual.»

Esta nota tem o sentido de alertar para o fato de que, não obstante estas dificuldades, a operacionalização de uma rede de atenção à saúde ter de estabelecer regras de compromisso com o financiador.



### 3. CONCLUSÕES GERAIS

O presente relatório reflexivo marca um percurso, feito de um intenso envolvimento pessoal e profissional, situado espacial e temporalmente num determinado contexto – um contexto diverso cultural, humano, social e economicamente.

Os projetos em que participei destinavam-se a estabelecer compromissos educacionais quer no âmbito da formação quer no âmbito da organização e gestão de serviços de saúde hospitalares.

Existe um fio condutor entre os dois projetos, na medida em que foi sentida a necessidade expressa pelo MINSAP, com o empenho do BM e do BAD, de criar mecanismos de organização e gestão que foram amplamente detetados logo e durante o Projeto de Formação Pós-Graduada de Médicos.

No final de cada momento da minha intervenção (portanto, sobre cada um dos projetos), referi algumas conclusões relativas às suas especificidades.

Permito-me agora fazer alguns comentários mais gerais:

a. As características da cooperação, como elemento fundamental plasmado em conceitos de grande riqueza, acabam por ser, de alguma forma, transformados em “negócios” que a burocracia alimenta. Vou mais longe: os nossos computadores chegam “carregados” de ideias brilhantes que, quase massivamente (há exceções, como é obvio), são aplicadas localmente. O preço a pagar pelas “ajudas” é muito elevado. Há, todavia, mulheres e homens de boa vontade que se esforçam por realizar tarefas que demonstram sentido de solidariedade, em especial algumas ONG’s. Mas não chega. É preciso dar corpo a mecanismos de maior envolvência dos países carenciados, que apresentam grandes fragilidades e vulnerabilidades. A cultura hipertecnológica (as tecnologias de grande ponta) invadiram todo o planeta. Não raramente, tenho visto equipamentos de ponta, sofisticados, “depositados” em hospitais de África – sem utilização devida. O *techno sapiens* terá substituído o *homo sapiens sapiens*, como refere Lipovetsky (2010:55): «Ao mesmo tempo que exemplifica o poder da razão, a espiral da alta tecnologia não para de segregar uma enorme quantidade de mitos e de novas utopias».

b. Face à necessidade de formar quadros humanos que tendencialmente possam tornar-se autónomos, pude confrontar – até onde pôde o meu conhecimento – algumas ideias, sem esquecer que este mundo é global, e que existem soluções que podem ser

aplicadas em espaços culturalmente diferentes. Neste momento, faço uma breve referência à liderança. Em África, as lideranças assumem diversas formas – não devemos, por isso, ficar surpreendidos se os códigos legislativos contemplam no seu seio as autoridades tradicionais como elementos motores na introdução de medidas sanitárias – lá, onde a liderança é marcadamente do “régulo” (Guiné-Bissau) ou do “soba” (Angola), e lá, onde, debaixo da árvore mais velha, se discutem os assuntos de forma participada, sendo que a decisão é sempre do “chefe”, ouvidos os anciãos (apesar de alguns avanços, o género feminino está longe de alcançar o lugar que merece – ela, a mulher que tudo faz...).

c. A menção da possibilidade de criação de redes de assistência à saúde pode ser um caminho muito útil e pragmático no desenvolvimento de meios mais interventivos e próximos da população. Os sistemas de saúde estão ainda construídos para atender às patologias agudas, o que gerou uma cultura organizacional que sobrecarrega os hospitais, colocando o objeto da sua intervenção na cura. É bem verdade que o acento tónico tem vindo a modificar-se, desde Alma Ata. No entanto, as transições epidemiológicas e demográficas mudam; por isso, este sistema de criação de redes em atenção à saúde constitui, do meu ponto de vista, uma possibilidade de a ensaiar, desenvolver e a melhorar.

d. Quanto aos direitos humanos, o que devo dizer, onde eles são deturpados, onde, não obstante as constituições serem portadoras de inovação para estes países, estamos longe de os cumprir, malgrado os imensos eventos, fóruns, congressos, que, como escreve Mia Couto, quase nunca levam a nada?

e. Finalmente, um aspeto que deve marcar esta reflexão. De que forma pude participar, com o meu contributo, para a melhoria do estado das situações críticas que encontrei? Que inovação ajudei a introduzir? Qual o sentido que faz trazer a terreiro uma referência a este percurso? E, sobretudo, o que aprendi?

Eis algumas perguntas que faço a mim próprio e que, certamente, o douto Júri me formulará, com sábia benevolência e justiça.

Termino esta minha reflexão – porventura não obedecendo aos cânones académicos, mas sempre respeitando-os – com o saboroso excerto do diálogo Protágoras, de Platão (1972:232), quando os intervenientes questionam o alimento da alma:

«- Mas de que se alimenta a alma, Sócrates?

- De conhecimentos, é claro. Por isso, amigos, precisamos precaver-nos, a fim de que o sofista, nos logre com encómios à sua mercadoria, como o que se dá com os que mercadejam os alimentos para o corpo, mercadores ou traficantes; ignorando estes se os géneros com que traficam são benéficos ou nocivos para o corpo, elogiam-nos indiscriminadamente. O que também ignoram os que os adquirem, a menos que entre eles haja algum médico ou pedótriba. O mesmo acontece com os que percorrem a cidade oferecendo conhecimentos, os que vendem e mercadejam, sem cessarem de enaltecê-los, para os que se mostrem desejosos de adquiri-los. Os mantimentos e bebidas adquiridos nalgum vendedor ou traficante podem ser transportados em qualquer vasilha e antes de passarem para o corpo, remanesce sempre a possibilidade de poderem ser guardados em casa e de ser chamado algum conhecedor do assunto para opinar sobre quais devam ser ingeridos e quais não, a quantidade e o tempo certo, de forma que não há grande perigo nessa compra. Os conhecimentos, porém, não podem ser transportados em vasilha alguma; uma vez pago o preço, forçoso é que, com as aulas, os recolhas na própria alma e que te retires grandemente prejudicado ou beneficiado.»

Grande lição esta: não à adesão a qualquer conhecimento mercadejado e disponível na ‘cidade’. Melhor: neste mundo globalizado!



## **BIBLIOGRAFIA**

- Banco Mundial (1994), Para uma Saúde Melhor em África – Lições de Experiência.
- Campos et al. (2009), «Governança dos Hospitais», Casa das Letras, Alfragide.
- Chiavenato, I. (1992), Recursos Humanos – Edição Compacta, São Paulo: edição Atlas.
- Conselho Económico e Social das Nações-Comissão Económica para África (2011), Adis Abeba, Etiópia, 24-27 de Março.
- Costa, C. (1989), «A saúde para todos e o desenvolvimento económico», A Guiné-Bissau a Caminho do Ano 2000, Silva, F et al. (org.), Bissau: INEP.
- Cruz, C. (2009), Balanced Scorecard – Concentrar uma organização no que é essencial; Porto: Editora Vida Económica.
- Cunha et al. (2007), Manual de Comportamento Organizacional e Gestão, 6.<sup>a</sup> edição, Lisboa: Editora RH, Lda.
- Dias et al, (2013), Excelência Organizacional, Editora: [www.bnomics.pt](http://www.bnomics.pt).
- Escoval, A. (2010). «Contratualização na saúde», *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático: 9.
- Gonçalves, (2002), «Estado, Poderes e Identidades na África Subsariana», Fundação para a Ciência e Tecnologia – Actas do IV Colóquio Internacional sobre Multiculturalismo e Etnicidades. Porto: Faculdade de Letras da Universidade do Porto.
- Grodin, M. (2008), «The Human Right to Health. Law and ethics in rationing access to care in a high-cost global economy» – 2nd Bienal Seminar in Health Law and Bioethics. Lisboa: Wendy K. Mariner, Paula Lobato Faria.
- Hunter, J. (2013), O Monge e o Executivo (Uma História sobre a essência da Liderança), Barcarena: Editorial Presença.
- «Desempenho Organizacional», *Jornal Semanário Económico*, n.º 815, de 23 de Agosto de 2002.
- Jong-wook, L. (2006), *Relatório Mundial de Saúde*, OMS.
- Ki-Zerbo, J. (2006), Para quando África? Entrevista com René Holenstein, Bissau: Ku Si Mon Editora Lda.
- Lipovetsky, G. (2010), A Cultura-Mundo. Lisboa: Edições 70.
- Lopes, C. (1982), Etnia, Estado, e Relações de Poder na Guiné-Bissau, Lisboa: Edições 70.

Maher, D. et al (2010), *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, Volume 88, décembre.

Mendes, E. (2007) [on line] Disponível na Internet via <http://promversaude.ning.com>.

Moco, M. (2010), *Direitos Humanos e seus Mecanismos de Protecção - As Particularidades dos Sistema Africano*, Coimbra. Edições Almedina.

Monteiro, A. (1996), *O Programa de Ajustamento Estrutural na Guiné-Bissau*, Bissau: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa.

Nunes, S. (1969), *Sociologia e Ideologia do Desenvolvimento*, Lisboa: Moraes Editores.

OMS (1997), *Rapport sur la Santé dans le Monde, – vaincre la souffrance; enrichir l'humanité*, Genève.

OMS (1989), *Rapport Technique n. ° 783*, Genève.

PNUD (2006), *Rapport National sur le Développement Humain en Guinée-Bissau*.

PSS (Staff Appraisal Report) (1991), *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário*.

Rodrigues, L. et al (2011), *Manual de Cooperação para o Desenvolvimento*, Oeiras: INA-Editora.

Rodrigues, L. (2011), «As Pessoas e suas Comunidades», *Manual de Cooperação para o Desenvolvimento*, Rodrigues et al. (org.), Oeiras: INA Editora.

Roseira, M. 2013, «Eficiência e Ética em Saúde», Conferência proferida na Clínica Sagrada Esperança, Luanda.

Ruger, J. (2011), «Shared Health Gouvernance». *The American Journal of Bioethics*, ii (7).

Santos, E. (1971), *Socialismo Africano*, Lisboa: Publicações Europa-América.

Silva, D. (1997), *A Independência da Guiné-Bissau e a Descolonização Portuguesa*, Porto: Ed. Afrontamento.

Silva, F. et al (1989), *A Guiné-Bissau a Caminho do Ano 2000*, Silva, F et al. (org.), Bissau: INEP.

Teixeira, S. (2012), *Gestão das Organizações*, 7.<sup>a</sup> edição, Lisboa.

Vaz, A. (2009), «Os Serviços não Clínicos no Apoio à Governação», *Governação dos Hospitais*, Alfragide: Casa das Letras.

WHO (2000), *Towards Unity for Health. Challenges and opportunities for partnership in health development. Working paper*. Geneva, Switzerland. Disponível na net: [www.who.int/hrh/documents](http://www.who.int/hrh/documents).