



CAPSA | CADERNO SOBRE POLÍTICAS DE SAÚDE EM ANGOLA
FORMAÇÃO PERMANENTE DE RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE



REPÚBLICA DE ANGOLA
MINISTÉRIO DA SAÚDE

O CAPSA foi desenvolvido no âmbito do projecto «FORVIDA – Formação para a Vida», incluído no Programa Integrado de Saúde Materno Infantil FORVIDA, implementado em Angola.

*A FEC é responsável pela coordenação e organização do CAPSA. Os respetivos autores responsabilizam-se pelo conteúdo de cada um dos artigos por si apresentados.
Publicação apoiada pela Direção-Geral da Saúde de Portugal.*

O CAPSA foi escrito ao abrigo do antigo acordo ortográfico da Língua Portuguesa.

FICHA TÉCNICA

Título:

CAPSA | *Caderno sobre Políticas de Saúde em Angola*
Formação Permanente de Recursos Humanos de Saúde

Coordenação:

Fundação Fé e Cooperação (FEC) - Nuno Macedo | Ana Isa Paiva das Neves
Ministério da Saúde de Angola (MINSa) - Fernanda Cardoso

Revisão científica de conteúdos:

Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias (ESESFM) - Elsa Restier Gonçalves, MS, CNS, RN, BSN | João Paulo B. Nunes, MS, CNS, RN, BSN | Sandra Maria Queiroz, PhD, MSN, CNS, RN, BSN

Revisão linguística:

Ana Isa Paiva das Neves | Elsa Restier Gonçalves | João Paulo Nunes | Nuno Macedo | Sandra Maria Queiroz

Entidades colaboradoras:

Caritas de Angola | Centro de Investigação em Saúde em Angola (CISA) | Clínica Multiperfil | Direção Nacional de Recursos Humanos do Ministério da Saúde de Angola | Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias | Fundação Fé e Cooperação | Medicus Mundi | Ministério da Saúde de Angola (MINSa) | ProFORSA

Produção gráfica:

Maria Azevedo Coutinho e Emanuel Oliveira

Impressão, acabamento e execução gráfica:

Vigaprintes – Imagem e Impressão Digital Lda | Loures, Portugal

Edição:

FEC – Fundação Fé e Cooperação
Quinta do Cabeço, Porta D 1885-076 Moscovide, Portugal
Telefone: +351 218 861 710 | Fax: +351 218 861 708
geral@fecong.org | www.fecong.org

1.ª edição:

janeiro de 2016

Tiragem:

300 exemplares

ISBN:

978-989-95118-6-6

Depósito Legal:

406611/16

© FEC | Fundação Fé e Cooperação, 2016

I. NOTAS DE ABERTURA

Ministério da Saúde de Angola (MINSA)	5
Fundação Fé e Cooperação (FEC)	7

II. ENQUADRAMENTO

Política de Recursos Humanos de Saúde. António Costa DNRH, MINSA	9
Formação Permanente em Saúde. Óscar Isalino DNRH, MINSA	13

III. ARTIGOS

1 - Formação permanente de enfermeiros, parteiras e gestores de unidades de saúde em Angola - Projeto FORVIDA. Ana Isa Paiva das Neves, Ana Maria Santos, João Paulo Nunes, Nuno Macedo Caritas de Angola, ESEFSM e FEC	15
2 - A contribuição do projecto CISA na formação permanente de técnicos de saúde no hospital geral do Bengo. António Martins, Ana Oliveira, Sandra Ferreira, Miguel Brito CISA	25
3 - Experiência de medicumundi no âmbito de supervisões integradas e formação em serviço nos municípios de Camacupa e Catabola, província de Bié. Neus Peracula Pueyo Medicos Mundi	29
4 - Importância do Laboratório de Simulação na Educação em Saúde. Manuel Filipe Dias dos Santos, Helena José, Marta Assunção Multiperfil	37
5 - Projecto de fortalecimento do sistema de saúde por meio do desenvolvimento de recursos humanos no hospital Josina Machel e em outros serviços de saúde e revitalização da atenção primária de saúde em Angola. Paula Risa Tomaru ProFORSA	43

Notas de abertura | Ministério da Saúde de Angola (MINSA)

Em Setembro do corrente ano, sucedendo aos ODM, entramos na era da nova agenda de Desenvolvimento 2015-2030, enquadrada pelos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Com os seus 17 objectivos e 169 metas, os ODS reclamam um maior investimento na saúde, consagrando-a especificamente no objectivo 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.

Até 2030, os Estados, e é importante sublinhar que todos comprometem-se, entre outros objectivos e respectivas metas, a:

- Reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos;
- Acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos;
- Reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis através da prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar;
- Assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planeamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais;
- Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a protecção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos;
- Investir na formação dos profissionais de saúde.

Todos somos chamados a contribuir para a implementação e boa execução dos ODS, havendo exemplos de projectos/iniciativas que, com toda a certeza, serão um importante contributo. É o caso do Caderno sobre Políticas de Saúde em Angola – Formação Permanente de Recursos Humanos de Saúde, que decorre

do Projecto FORVIDA - Formação para a Vida, que envolveu o MINSA, a Comissão Episcopal da Saúde da Igreja Católica, a Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias, a Caritas de Angola, a Fundação Fé e Cooperação, a Direção-geral da Saúde de Portugal, a Fundação Calouste Gulbenkian e o Camões – Instituto da Cooperação e da Língua. A Formação dos recursos de saúde é um meio, mas também um fim, para um sistema de saúde mais eficaz, capacitado e humanizado, capaz de responder às necessidades dos doentes, mas também de suas famílias e comunidades. Angola celebra este ano os 40 anos de independência e é importante referir o longo mas tantas vezes difícil caminho percorrido pela Saúde, até hoje: temos assistido a uma expansão do Sistema Nacional de Saúde graças quer ao elevado investimento em infra-estruturas de saúde públicas, quer pela adopção de uma política de gestão descentralizada, com atenção prioritária aos cuidados primários. Esse aumento da cobertura e da oferta de serviços é também uma realidade no sector privado.

A Saúde é, conforme o artigo 77.º da Constituição da República de Angola, um direito fundamental de todos os angolanos e um dever inalienável do Estado. A sua concretização passa por instrumentos de políticas públicas enquadradoras, como o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário de 2012-2025, o Plano Nacional de Formação de Quadros 2013-2020 do Executivo angolano ou o Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde 2013-2025, todos importantes contributos para ao alcance dos ODS por Angola.

O Caderno sobre Políticas de Saúde em Angola agora publicado é um importante instrumento para a ajudar na reflexão sobre o trabalho que tem sido desenvolvido na área da formação permanente dos Recursos Humanos, área que para o MINSA se reveste de crucial importância, para fazermos sempre mais e melhor, com competência e de forma humanizada, no serviço às populações.

Fernanda Cardoso, *Enfermeira e Consultora do Ministro da Saúde de Angola para a área da enfermagem*

Notas de abertura | Fundação Fé e Cooperação (FEC)

A saúde constitui um direito humano fundamental e um dos principais indicadores de desenvolvimento e da qualidade de vida das populações, tendo consequências diretas no presente e no futuro de pessoas, comunidades e países.

Os recursos humanos de saúde constituem a linha da frente na prestação de cuidados de saúde sendo a interface direta entre os sistemas de saúde e as pessoas. De facto, o número, a distribuição geográfica e as competências dos recursos humanos de saúde são reconhecidos como fatores determinantes para a qualidade e acesso à saúde das populações. Recursos humanos de saúde competentes e motivados são fundamentais para um sistema de saúde com uma *performance* de qualidade, integrado e resiliente, humanizado e centrado nas pessoas.

Os recém-lançados Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) reconhecem esta centralidade dos profissionais de saúde constituindo uma das metas à *escala global* do ODS 3 “Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento”. Por seu lado, a Organização Mundial de Saúde tem dado também prioridade a esta temática estando atualmente em curso, o processo de elaboração da Estratégia Global de Recursos Humanos de Saúde 2030.

Na sua intervenção em Angola, a Fundação Fé e Cooperação (FEC) elegeram, nos últimos seis anos, a saúde como um dos seus sectores prioritários, tendo-a inserido no seu Plano Estratégico de 2010-2015. Neste âmbito, a qualificação de recursos humanos de saúde com uma atenção centrada na melhoria da saúde materno-infantil constituiu um ponto de convergência com a

Conferência Episcopal de Angola (CEAST), a Caritas de Angola e a Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias (ESESFM) que conduziu à implementação do **Projeto FORVIDA - Formação para a Vida** - numa estreita articulação e parceria com o MINSA. Este projeto, para além de qualificar 329 enfermeiros, parteiras e gestores de 141 unidades de saúde em várias províncias, conduziu ainda à produção do **Manual FORVIDA de Apoio à Formação Permanente em Saúde Materno-Infantil para Enfermeiros e Parteiras** que, como ferramenta importante e de referência para o sector, visa apoiar profissionais de saúde da sua prática quotidiana.

Conscientes que muitos desafios se colocam ainda hoje em Angola no âmbito dos cuidados de saúde mas reconhecendo também que um importante investimento nesta área teve lugar nos últimos anos e que existem boas práticas e iniciativas por vezes pouco conhecidas e partilhadas; a FEC, numa iniciativa conjunta com o MINSA e a Caritas Angola promoveu em Junho de 2015 a realização de um **Seminário em Luanda sobre “Políticas de Saúde em Angola: Formação Permanente de Recursos Humanos de Saúde - partilha de experiências, boas práticas e recomendações sobre a formação permanente de recursos humanos de saúde”**. Neste seminário participaram vários atores do setor da saúde (ONG, sociedade civil, instituições académicas e de ensino, organismos do Estado e do setor privado), tendo sido apresentadas experiências diversificadas e promovido um debate rico e participativo sobre a importância da formação permanente de profissionais de saúde em Angola.

O CAPSA - Caderno sobre Políticas de Saúde em Angola, que agora com muita satisfação vemos publicado, nasce assim da necessidade sentida pelas organizações que participaram no grupo de trabalho constituído no

MINSa, sob coordenação da Direcção Nacional de Recursos Humanos, para a discussão de formação de recursos humanos em saúde, entre 2013 e 2014; quer ainda da vontade e expectativa expressa pelos participantes no Seminário.

Necessidade de partilha de conhecimento e boas práticas que têm lugar no contexto do sistema de saúde em Angola. **Vontade da criação de publicações angolanas dirigidas aos profissionais de saúde** que permitam melhorar o conhecimento do setor e das práticas. **Expectativa de um maior diálogo entre atores** (públicos, sem fins lucrativos e privados) do setor de saúde em Angola e de mais sinergias e colaborações entre profissionais de saúde.

Assim este primeiro número do CAPSA apresenta por um lado o enquadramento legislativo/orgânico do setor de recursos humanos de saúde assim como as políticas e orientações estratégicas relativas aos recursos humanos de saúde preconizados/liderados pelo MINSa/DNRH. Por outro lado, apresenta uma diversidade de experiências que, tendo em comum a formação e qualificação de recursos humanos em saúde, abrangem vários domínios nomeadamente: i) a saúde materno infantil (retratados nos artigos que se referem ao Projeto FORVIDA e Projeto PROFORSA; ii) a simulação médica como metodologia formativa desenvolvida pela Clínica Multiperfil; iii) o cruzamento entre investigação e formação realizada pelo CISA ou ainda iv) a supervisão formativa como abordagem à formação permanente no trabalho de Medicusmundi.

Acreditamos que este CAPSA irá chegar aos profissionais de saúde em Angola e cumprirá o seu propósito de partilhar conhecimento e boas práticas. Esperamos que possa constituir também um motivo de estímulo e motivação para os recursos humanos de saúde em Angola num sentido de uma prestação de cuidados de saúde de qualidade e humanizada.

Enquanto FEC, encontramos no quotidiano do nosso trabalho em Angola

a necessidade de continuar a investir ainda mais na qualificação dos profissionais de saúde e das entidades prestadoras de cuidados de saúde. Manifestamos a nossa **vontade e disponibilidade de poder continuar a contribuir para a reforço de competências dos recursos humanos de saúde em Angola** em articulação com o MINSa e reforçar parcerias com outros atores do setor. **Na expectativa que, após este primeiro número do CAPSA, possam surgir muitos mais criando um espaço para partilhas e aprendizagens entre profissionais de saúde angolanos!**

Susana Réfega, *Diretora Executiva da FEC*

Enquadramento | Política de Recursos Humanos de Saúde

POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS DE SAÚDE EVOLUÇÃO, PERSPECTIVAS E DESAFIOS

Autor: António Alves da Costa¹

1 - Ministério da Saúde de Angola, Director Nacional de Recursos Humanos; Especialista em Saúde Pública

Palavras-chave: política, plano, formação, recursos humanos

A política do Executivo relativa à saúde no país, está a cargo do departamento ministerial da saúde que a conduz, executa e controla, visando a cobertura sanitária e o desenvolvimento social e humano.

Para a materialização da política de saúde no país foram produzidos vários instrumentos como a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde, a Política Nacional de Saúde, o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS); a nível dos recursos humanos da saúde foi elaborada a Política de Recursos Humanos da Saúde e o Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH). Estes dois últimos instrumentos cuja visão é a de que em 2025 Angola tenha uma força de trabalho na saúde maioritariamente nacional, tecnicamente diferenciada e diversificada, orientada por valores de ética profissional e de serviço público; permitem orientar, organizar e estruturar as acções nas instituições de saúde.

As acções de gestão dos recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde, no que respeita aos quadros, às carreiras do pessoal, à formação e ao exercício profissional, competem à Direcção Nacional de Recursos Humanos (DNRH),

que é o serviço de execução central encarregue pela orientação e avaliação das mesmas (art.º 22º do Dec. Presidencial nº 34/11). Um aspecto importante e transcendental na gestão de unidades e serviços de saúde é a formação permanente que traz vantagens no desenvolvimento organizacional.

EVOLUÇÃO

De acordo com a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde, o Estado deve promover e garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis; a formação e o aperfeiçoamento profissional, incluindo a formação permanente de saúde, que constituem um objectivo fundamental a prosseguir; a formação do pessoal que deve garantir uma qualificação técnico-científica tão elevada quanto possível tendo em conta o ramo e o nível do pessoal em causa, despertar nos profissionais o sentido de responsabilidade profissional, de incutir o respeito pela vida e pelos direitos das pessoas e dos doentes como o primeiro dever que lhes cumpre observar (Lei nº 21-B/92, de 28 de Agosto, art.º 1º e art.º 15º).

É reconhecido pela Política Nacional de Saúde a escassez de recursos humanos, compensada pelos profissionais recrutados com recurso a cooperação internacional; o desequilíbrio na distribuição dos recursos humanos em saúde no país, em detrimento das zonas rurais; a reduzida força de trabalho especializada; a existência de uma massa crítica de recursos humanos. Está assegurado que os profissionais de saúde, depois de inseridos no Sistema Nacional de Saúde (SNS), continuam a aperfeiçoar a sua formação via programas de formação permanente e de pós-graduação, permitindo

aprimorar os saberes, as habilidades e adequar os recursos humanos às novas tecnologias de saúde. Constituem princípios e valores da política de saúde a universalidade, a qualidade, a humanização, a responsabilidade individual e colectiva, a liberdade de escolha, a prestação de contas e a intersectorialidade. Reconhece-se a importância dos recursos humanos para a execução de qualquer intervenção, cuja qualidade dos serviços depende dos conhecimentos e das habilidades humanas. É notório salientar que a formação permanente dos recursos humanos em saúde deve continuar como ferramenta principal para a adequação constante dos profissionais de saúde à evolução das ciências e tecnologias de saúde. Uma nota de realce deve ser dada ao papel dos agentes de desenvolvimento comunitário e do voluntariado na saúde para a criação de um ambiente propício à saúde.

A política de recursos humanos da saúde é aplicável a todas as instituições de saúde e técnicos de saúde prestando serviços de saúde em instituições públicas quanto privadas e que operam no território nacional. Esta tem por objectivo promover o desenvolvimento integral da força de trabalho de saúde; tem como visão, no horizonte até 2025 que Angola seja servida por uma força de trabalho maioritariamente nacional, tecnicamente diferenciada e diversificada.

A força de trabalho de saúde deve ser motivada, imbuída de valores éticos assentes na deontologia profissional e no espírito de bom servidor público; deve ser técnica e cientificamente diferenciada, capaz de prosseguir com os objectivos a que se propõe o Sistema Nacional de Saúde.

A elaboração da política de recursos humanos teve como referências principais as orientações estratégicas do “Angola 2025”, do Plano Nacional de Formação de Quadros (PNFQ), do Plano Nacional de Desenvolvimento 2013-2017, e do Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos

(PDRH) 2013-2025 em fase de elaboração; teve como suporte e justificação a componente de Promoção do Emprego, Capacitação e Valorização dos Recursos Humanos Nacionais.

O Plano Nacional de Formação de Quadros aponta algumas debilidades relativas ao sector saúde como “a existência de défices muito acentuados, em termos absolutos, em domínios específicos da Medicina, Medicina Dentária e farmacêutico”; e “...sem oferta formativa em Angola: as Emergências Médicas, as Técnicas de Obstetrícia, a Higiene Buco-oral, as Tecnologias de Diagnóstico, as Terapias Complementares, as Técnicas de Laboratório, a Saúde e Segurança no Trabalho, o Desenvolvimento Comunitário e a Animação Sociocultural.”

A política de recursos humanos da saúde descreve como pontos críticos, as debilidades no conhecimento, nas competências técnicas e nas qualidades humanas da força de trabalho; e a forte dependência de técnicos expatriados, particularmente para os quadros especializados. Reconhece dois níveis de responsabilidade para a sua aplicação que são nomeadamente o central e o local. O nível central cabendo a responsabilidade do planeamento estratégico, consubstanciado na elaboração de instrutivos metodológicos, de normas e procedimentos que facilitem a administração, gestão e desenvolvimento dos recursos humanos a todos os níveis do complexo económico da saúde. O nível local responsabilizado pelo planeamento operacional compatível com a cobertura universal na oferta de serviços de saúde e sanitários de qualidade, tendo como expressão os planos, os programas e os projectos de execução.

PRIORIDADES

As grandes prioridades da política de recursos humanos da saúde são a regulação e o observatório de recursos humanos.

A regulação é um dos pilares da reforma do SNS, deve normalizar a coordenação e o controlo das parcerias nos domínios da produção, contratação, administração e gestão dos recursos humanos e das economias paralelas e ilegais que minam o sector público e os valores de serviço público da sua força de trabalho.

A criação do Observatório Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em rede com todas as províncias e com os departamentos ministeriais relevantes e integrado num observatório de saúde nacional, garantirá uma gestão baseada na evidência cuja base de dados integrará o sistema de informação sanitária nacional. As evidências do observatório de recursos humanos devem ser complementadas por uma agenda científica sobre recursos humanos a definir pelo Ministério da Saúde e executada com a colaboração formalizada das instituições académicas e de investigação do país. Estão presentemente criados os observatórios piloto nas províncias de Benguela e Huambo, cuja experiência permitirá desenvolver os observatórios das demais províncias e das grandes unidades (centrais).

PERSPECTIVAS

A parceria com as Ordens, Associações e Sindicatos dos profissionais de saúde, e outras organizações da sociedade civil deve ser privilegiada e reforçada no sentido de obtenção de vantagens mútuas com relação à motivação, ao desempenho dos profissionais e no respeito estrito aos códigos de ética e deontologia profissional.

Os agentes de desenvolvimento comunitário jogam um papel preponderante na promoção das competências familiares e na criação de um ambiente propício e responsável entre os serviços de saúde, as famílias e as comunidades.

Em termos de perspectivas, a política de recursos humanos dá realce ao seguinte:

- Reforço das parcerias com os Serviços de Saúde das Forças Armadas e do Ministério do Interior;
- Manutenção das parcerias com as ordens, associações e sindicatos profissionais de saúde, bem como outras instituições da sociedade civil;
- Reconhecimento do papel dos Agentes de Desenvolvimento Comunitário e Sanitário.

DESAFIOS

A política de recursos humanos da saúde apresenta como desafios a formulação de uma estratégia de educação e formação de quadros da saúde; estabelecer parceria com outros departamentos ministeriais relevantes para a definição de uma política salarial e de incentivos que valorize a força de trabalho, e para a definição de uma política de ingresso à função pública de recursos humanos da saúde, com particular realce para o primeiro emprego; a criação da Escola Nacional de Saúde Pública; a promoção de um programa de formação de formadores; a promoção do uso das tecnologias de informação e comunicação para difundir o conhecimento, e a revitalização da estratégia de formação permanente nas unidades de saúde e serviços.

A estratégia de educação e formação de quadros da saúde deve contribuir para a sustentabilidade e a satisfação das necessidades da rede de unidades de saúde do SNS tendo em conta a procura desses quadros pelos outros sectores do Sistema Nacional de Saúde.

A Escola Nacional de Saúde Pública deve contribuir com a especialização dos quadros da saúde, a sua capacitação e dirigir o seu programa formativo as necessidades e aos objectivos que se propõe o SNS. Deve ser uma escola de governo, de nível de pós-graduação, vocacionada fundamentalmente a especialização profissionalizante.

As tecnologias de informação e comunicação em saúde e a telemedicina são instrumentos de fazer chegar competências mais escassas às zonas mais remotas do país. Servem para a modernização e desenvolvimento dos RHS e de formação nas instituições de saúde (PDRH 2013-2025).

CONCLUSÕES

Em termos práticos podemos dizer que a chave do desenvolvimento dos recursos humanos está na formação, na capacitação e treinamento continuado, na partilha de conhecimentos e de boas práticas em saúde. A introdução das tecnologias da informação e a telemedicina ajudarão na disseminação do conhecimento ao maior número de profissionais e às zonas longínquas. Os cadernos de boas práticas de formação permanente será um veículo privilegiado para a partilha do conhecimento e da informação em saúde no seio dos utentes do Sistema Nacional de Saúde.

BIBLIOGRAFIA

MINSA, Direcção Nacional de Recursos Humanos. Projecto de Relatório das Actividades do Ano de 2014. Luanda, Dezembro de 2014.

MINSA, Direcção Nacional de Recursos Humanos. Consultoria para elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a saúde

– PDRH 2013-2025. Luanda, Junho 2014.

MINSA, Direcção Nacional de Recursos Humanos. Workshop Nacional de Consenso da Política de Recursos Humanos da Saúde e para elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a saúde – PDRH 2013-2025. Luanda, Março 2014.

INA, Lei nº. 21-B/92, de 28 de Agosto. Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde. D.R. nº 34, I série. Luanda, Agosto de 1992.

INA, Decreto Presidencial nº. 262/10, de 24 de Novembro. Aprova a Política Nacional de Saúde. D.R. nº 222, I série. Luanda, Novembro de 2010.

Enquadramento | Formação Permanente em Saúde

FORMAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Autor: Óscar Isalino¹

1 – Ministério da Saúde de Angola, Chefe de Departamento de Desenvolvimento dos Recursos Humanos

Palavras-chave: política, formação permanente, recursos humanos

Em 1997, a Direcção Nacional dos Recursos Humanos (DNRH), elaborou o seu Primeiro Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde-PDRH 1997-2007. O mesmo evidenciou a necessidade e a importância de requalificação e actualização dos trabalhadores de saúde em serviço, seja por intermédio de cursos de promoção, seja por acções de Formação Permanente (FP).

Foi a partir do ano 2000, que a Direcção Nacional dos Recursos Humanos iniciou a organização do sector e da Secção de FP e através da Nota nº 258/DNRH/GD/2002, que orienta a constituição dos Núcleos de Formação Permanente (NFP) nas Direcções Provinciais de Saúde (DPS), nos Hospitais Provinciais e nas, então, Escolas Técnicas de Profissionais de Saúde (ETPS).

Cada NFP funcionaria com três membros: Coordenador, Pedagogo e Administrador/secretário. Porém devido a falta de um quadro de referência legal e normativo, a constituição e inserção institucional dos NFP nas DPS se deu de várias formas, de acordo a especificidade provincial, ou não chegou a ser efetivada, o mesmo acontecendo nos Hospitais.

A criação dos Núcleos tinha como objectivo o apoio aos directores (provincial, dos hospitais e das ETPS), actuando como um subsistema de gestão de recursos humanos e dos serviços prestados com vista a eficiência e eficácia.

Em 2008, é disponibilizada à DNRH, uma assistência técnica, pelo Programa de Apoio ao Sector da Saúde, via Fundo Europeu de Desenvolvimento (8ºFED) que, em parceria com técnicos da Secção de FP do Departamento de Desenvolvimento dos Recursos Humanos (DDRH/DNRH), produzem os seguintes instrumentos: Proposta de Decreto Executivo sobre a FP, Regulamento da FP e Manual da FP, para uso nos NFP, Departamentos ou Pontos Focais municipais da FP.

Em Novembro de 2008, é realizado em Luanda o Encontro Nacional sobre Formação Permanente, em que participam representantes das DPS, Hospitais Gerais de 16 províncias, DPS, ETPS e Hospitais gerais de Luanda, com a ausência do representante da província do Kuando Kubango.

O encontro teve como objectivo introduzir em todas as províncias a nova metodologia de trabalho para reforço da organização da FP, ao nível provincial e municipal, hospitais e escolas de formação em saúde, assim como, apresentar e divulgar os documentos normativos e metodológicos para uniformização do funcionamento do subsistema de FP em saúde no País.

Tendo no final, os participantes ao Encontro, recomendado de entre vários aspectos, a necessidade de constituição de uma equipa de coordenação da FP em todas as DPS e hospitais gerais, a alocação de recursos necessários para a extensão progressiva da coordenação da FP a nível das Repartições Municipais de Saúde, que todas acções de FP a serem realizadas tivessem o

parecer técnico do respectivo Núcleo ou Departamento, devendo os NFP participar nos exercícios anuais de planificação e orçamentação, assim como a integração e colaboração dos Programas de Saúde Pública, com os NFP.

Até 2014, uma equipa composta por técnicos da DDRH, orientou metodologicamente os coordenadores dos NFP, o que permitiu constituir 16 NFP e Pontos Focais no País, assim como foi elaborado o plano de necessidades formativas nas áreas de chefias intermédia, apoio hospitalar, enfermagem, bloco operatório, banco de urgência, consultas externas, vigilantes e maqueiros.

A reorganização e consolidação da FP no País, passa por:

- Criação e funcionamento do órgão de coordenação da FP, nas DPS, Hospitais centrais, Gerais, EFTS e municípios;
- Aprovação, distribuição e utilização dos documentos normativos e metodológicos sobre FP (regulamento e manual da FP);
- Criação nos órgãos de coordenação da FP aos vários níveis com um Arquivo e um Banco de Dados da FP;
- As províncias contarem com formadores locais, formados para FP.

Podemos concluir que foi feito bastante trabalho. Porém, muito ainda há a fazer para que possamos ter um subsistema de FP a funcionar como tal em todo o País. Torna-se, então, necessária uma grande articulação e coordenação entre os vários actores da FP e as múltiplas acções formativas a serem realizadas ao nível nacional e provincial, para podermos melhorar a eficiência e eficácia da FP.

ARTIGOS | 1 - FORMAÇÃO PERMANENTE DE ENFERMEIROS, PARTEIRAS E GESTORES DE UNIDADES DE SAÚDE EM ANGOLA - PROJECTO FORVIDA

FORMAÇÃO PERMANENTE DE ENFERMEIROS, PARTEIRAS E GESTORES DE UNIDADES DE SAÚDE EM ANGOLA - PROJECTO FORVIDA

Autores: Ana Isa Paiva das Neves¹, Ana Maria Santos², João Paulo Nunes³, Nuno Macedo⁴

1 - Ana Isa Paiva das Neves | Mestre em Desenvolvimento, Diversidades Locais e Desafios Mundiais; Gestora de Projecto | Fundação Fé e Cooperação

2 - Ana Maria Santos - Assistente Social; Assistente de Coordenação dos Projectos de Saúde | Caritas de Angola

3 - João Paulo Nunes – Mestre em Desenvolvimento da Criança; Enfermeiro Director | Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias

4 - Nuno Macedo – Mestre em Desenvolvimento Internacional; Coordenador de Programa País | Fundação Fé e Cooperação

(Para além dos autores, a equipa de projeto gostaria de agradecer a colaboração de Irene Mafalda, Helena Magalhães, Raquel Rodrigues, Padre Pakissi, D. Albertina e Fortes.)

Palavras-chave: formação permanente, saúde materno-infantil, pedagogia indutiva, competências

INTRODUÇÃO

O nascimento de um filho continua a representar um elevado risco para as mulheres angolanas, uma vez que o país continua a apresentar taxas de mor-

talidade e morbidade maternas e infantis elevadas, apesar dos esforços e do compromisso do Governo Angolano de reverter estes indicadores e melhorar progressivamente as condições de saúde dos angolanos.

No sentido de melhor compreender a causa destes indicadores, em 2009, com o apoio de parceiros em Portugal - Alto Comissariado da Saúde, Fundação Calouste Gulbenkian, Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento (IPAD), Santa Casa de Misericórdia de Lisboa e Positive Benefits – e juntamente com parceiros locais de elevada fiabilidade e capacidade de operacionalização como a Caritas Nacional de Angola e a ACGD - Associação Cristã de Gestores e Dirigentes, foi realizado um **Diagnóstico e Estudo Estratégico das Infraestruturas, Recursos Humanos (RH) e serviços de saúde existentes na rede de serviços da Igreja Católica** (fase I do Programa Integrado de Saúde Materno-Infantil em Angola). O diagnóstico realizou-se numa primeira fase nas Dioceses de Benguela, Bié, Huambo, Luanda e Moxico, tendo sido, até 2014, finalizado em todas as Dioceses do país.

Tendo por base este estudo, cientificamente validado, foi constituída uma base de dados que permitiu, de forma fundamentada, realizar o processo de decisão, estabelecimento de prioridades e desenho de uma fase subsequente de acção. As principais conclusões do Diagnóstico revelaram que os enfermeiros, que aparecem como os principais agentes nos cuidados de saúde primários, têm acesso a poucas formações em serviço e acções de reciclagem e que têm um fraco acesso a livros e bibliografia de referência que permita uma atualização dos conhecimentos, principalmente fora dos meios urbanos.

O mesmo se aplica a outros Recursos Humanos de Saúde (RHS), nomeadamente parteiras. Os dados do Diagnóstico mostraram também que continuam a existir constrangimentos ao nível da gestão racional e eficiente das Unidades de Saúde (US) da Igreja Católica nas várias componentes – administrativa, con-

tabilística-financeira, recursos humanos e sistemas de informação. Esta situação não é muito diferente da situação geral das unidades de saúde públicas, com desafios semelhantes.

No sentido de promover uma melhoria das competências dos RHS, foi desenvolvida a fase II do Programa Integrado de Saúde Materno-Infantil em Angola, concretizada no **Projecto FORVIDA – Formação para a Vida**¹, o qual teve como objetivo **contribuir para a diminuição da mortalidade materna e infantil na população de utentes das unidades de saúde** alvo, através do reforço, ampliação e maximização dos serviços de saúde materno-infantis, apoiando-se na rede de infra-estruturas e de técnicos de saúde já presentes no terreno. Assim, foram elaborados planos de formação adaptados às necessidades efetivas de três públicos-alvo distintos: enfermeiros, parteiras e gestores/responsáveis de unidades de saúde, através de uma opção pedagógica baseada na pedagogia indutiva, com base na riqueza do levantamento inicial.

Ao longo de 2 anos de projecto foram **formados 329 Recursos Humanos de Saúde (136 enfermeiros, 98 parteiras e 95 gestores das US)** nas províncias de **Luanda, Benguela, Huambo e Bié**, provenientes de **141 US**, quer do subsistema da Igreja Católica de Angola (56%), quer do subsistema Público (44%). O projecto foi promovido e coordenado pela FEC em parceria com a Caritas de Angola e a Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias (ESESFM) foi responsável pela coordenação científica da formação. Realce para a participação do Ministério da Saúde de Angola (MINSa) na acreditação e certificação da formação.

METODOLOGIA

Toda a metodologia do projecto assentou em constatações resultantes do Diagnóstico e Estudo Estratégico das infraestruturas, recursos humanos e

¹ - Implementado com o apoio dos seguintes parceiros: Camões - Instituto da Cooperação e da Língua, I.P.; Caritas de Angola; Conferência Episcopal de Angola e de S. Tomé (CEAST), Direção-Geral da Saúde de Portugal; Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias; Fundação Calouste Gulbenkian; Fundação Fé e Cooperação; Ministério da Saúde de Angola.

tipologia de serviços de saúde existentes na rede de serviços da Igreja Católica, realizado em 2009, cujos dados recolhidos evidenciaram a existência de um importante défice transversal na qualidade dos cuidados de saúde primários em Angola muitas vezes devido a fragilidades na formação dos RHS. De facto, os enfermeiros em serviço revelam dificuldades e inseguranças no diagnóstico e terapêutica de situações clínicas relacionadas com gravidez e parto, assim como na aplicação de protocolos e *guidelines* atuais do MINSa, nomeadamente no âmbito da saúde materno-infantil, uma vez que, em muitos casos, não receberam formação específica nessas matérias. Esta ausência de formação tem um grande impacto no serviço prestado ao utente.

Assim, como o objetivo de caracterizar o nível de competências dos grupos-alvo de enfermeiros, parteiras e gestores, **foram usados questionários de avaliação inicial** (levantamento da realidade dos formandos), em matéria de conhecimentos técnico-científicos, que serviram, igualmente para a comparação com os **questionários de avaliação final**. Cada curso de formação permanente foi ministrado na Província de Luanda, de Benguela e do Huambo (nesta última, para US do Huambo e do Bié), em sessões formativas específicas para cada um dos formandos (enfermeiros, parteiras e gestores) e esteve dividido em **quatro Módulos**, os quais decorriam num **horizonte temporal de 35 horas, cada, perfazendo 140 horas de formação por formando**.

Tabela 1: Conteúdos das formações de enfermeiros, parteiras e gestores das US

Grupo de Formandos	Módulos
Enfermeiros	A - Período Pré-Natal
	C - Período do Parto e Período Pós-Parto
	D - Saúde da Criança
	E - Saúde Materno-Infantil e VIH-SIDA

Parteiras	A - Período Pré-Natal
	B – O Parto
	D - Saúde da Criança
	E - Saúde Materno-Infantil e VIH-SIDA
Gestores	A - Fundamentos da Gestão
	B - Mecanismos da Gestão
	C - Da Teoria à Acção na Unidade de Saúde
	D - Gestão de Saúde: Construção Manual Procedimentos

Simultaneamente foram aplicadas estratégias pedagógicas que privilegiaram a constante participação dos formandos em função da realidade onde desenvolvem a sua actividade de saúde (**Estudos de Caso e Resolução de Problemas-Tipo**, numa opção de **Pedagogia Indutiva**). Foi reforçada a importância da participação em acções de formação permanente, como mecanismo que aumenta a segurança e eficácia do profissional e da organização em que este se enquadra. Por fim, foi realizada **supervisão pedagógica**, por amostragem, nas US onde os formandos trabalhavam.

Partindo do diagnóstico efetuado, a **metodologia de aplicação do processo formativo, no terreno, assentou em dois pilares fundamentais: A - A adequação da formação ao estado real dos conhecimentos e práticas dos formandos**, nas diferentes províncias. **B - A Provisoriedade**, ou seja, os conteúdos e materiais pedagógico-didáticos, bem como as práticas pedagógicas foram sempre provisórios, ou seja, podiam ser, e foram em alguns casos, adequados ao evidenciado nas diferentes avaliações (prévia e final), bem como aos **questionários de reacção** (realizados depois de cada Módulo a cada um dos formandos, de forma individual e anónima, permitindo recolher a sua opinião sobre várias áreas da formação – logística, condições, conteúdos, pertinência, entre outros). Tal opção visou acentuar que a centralidade do processo formativo residia nos próprios formandos, bem como responsabilizar quanto à

formação permanente, globalmente.

No início de cada Módulo, foi aplicado um questionário formativo inicial, o qual versava as temáticas a abordar nesse mesmo Módulo. O questionário era composto por 40 questões de escolha múltipla, e classificado numa escala de 0 a 20 valores. Em termos de registo comparativo, a nota obtida era transformada em percentagem de respostas corretas, em que cada valor correspondia a 5% do total. No final do Módulo, foi aplicado um novo questionário, desta vez com carácter de avaliação formal e final, o qual tinha a mesma constituição em termos do número de questões. Foram realizadas, neste segundo questionário, algumas alterações na ordem das questões e reformuladas outras, em função do desenvolvimento da formação nesse Módulo. A análise da avaliação inicial e final de cada Módulo permitiu inferir acerca da evolução das aprendizagens dos formandos.

Em cada sessão formativa, e em termos de estratégia pedagógica, privilegiou-se a exposição das realidades em que os profissionais desenvolvem as suas atividades profissionais, para, a partir dessa consideração, dar uma perspectiva de integração de novos saberes e novas práticas, nessas mesmas realidades. Como forma de dar efetiva continuidade ao trabalho, cada formando teria de apresentar, formalmente, um **projecto de integração de uma nova prática ou de alteração de uma prática habitual na sua US**. Esta condição visou acentuar a ideia de uma **Pedagogia Indutiva**, por, (1) partir da realidade, (2) iluminar essa realidade com novos conhecimentos e (3) integrar na realidade, fatores de estímulo ao desenvolvimento, em matéria de prestação ou de organização de cuidados de saúde na área materno-infantil.

Uma questão pedagógica que cumpre destacar é a de se optar por que os facilitadores da formação fossem profissionais angolanos ou, pelo menos, com residência e conhecimento da realidade profissional dos formandos. Entendeu-se assim evitar dissonâncias culturais que pudessem por em causa a essência da Pedagogia Indutiva.

Por fim, deve destacar-se a **participação das autoridades angolanas**, para uma estratégia pedagógica eficaz: 1) participação dos **núcleos de formação permanente** do MINSA nas formações; 2) materiais e conteúdos programáticos aferidos, na sua fase final, por destacados elementos da estrutura do **Ministério da Saúde de Angola (MINSA)**, quer da **Direcção Nacional de Recursos Humanos (DNRH)** como da **Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP)**; e 3) **certificação da formação pelo MINSA**. Este fator reforçou de forma inequívoca, a adequação do que era proposto e trabalhado com os formandos, assim como assume para a concepção dos programas, uma inequívoca ideia de subsidiariedade. De resto, esta estratégia foi ao encontro de um dos resultados que o projecto pretendia atingir: iniciar a testagem de um processo de certificação de formação permanente em saúde, a radicar no MINSA.

RESULTADOS

Ao longo dos dois anos do projecto FORVIDA foram **formados 329 RHS** (136 enfermeiros, 98 parteiras e 95 gestores) nos três polos de formação do projecto, Luanda, Benguela e Huambo-Bié. O número de US abrangidas pelo projecto foi significativamente superior ao inicialmente estimado, alcançando um total de **141 US**, quer do **subsistema da Igreja Católica de Angola** (56%), quer do **subsistema Público** (44%).

Relativamente ao grupo de formandos de **enfermeiros e parteiras**, na sua **maioria eram do sexo feminino**, com 80% e 95% de mulheres e cada um dos grupos, respectivamente, tendo existido uma **maior homogeneidade, relativamente ao género no grupo de gestores** (56% formandos do sexo feminino e 44% masculino).

Quer a maioria dos formandos **enfermeiros como parteiras**, ao nível das **habilitações literárias detinham entre o 10º e o 12º ano de escolarização**. Uma característica geral transversal a todas as províncias foi o eleva-

do número de enfermeiros médios e técnicos de saúde médios, sendo que ambos constituem o principal corpo clínico das US, assumindo funções de diagnóstico, terapêutica e prescrição médica. Este dado é muitas vezes negligenciado nos programas de capacitação e formação. Como já referido, os enfermeiros diplomados são ainda em número muito reduzido em Angola e os dados recolhidos apontam que poucos trabalham em unidades de cuidados primários. Embora se verifique um aumento importante no número de faculdades de medicina e escolas de enfermagem (públicas e privadas), serão necessários vários anos para que este investimento comece a ter um real impacto no número de RH presentes no Sistema Nacional de Saúde.

Analisando, desta feita, a **proveniência geográfica** dos formandos, constata-se que os enfermeiros vieram maioritariamente de Luanda (36%), de Benguela (30%), do Huambo (28%), de Kuito-Bié (6%) e de Viana (1%). Relativamente às parteiras, verifica-se que participaram 37% de Luanda, 26% de Benguela, 31% do Huambo e 6% de Kuito-Bié.

Em média participaram **20 enfermeiros e 18 parteiras em cada seminário ministrado**, sendo que, em média, ambos os grupos apresentaram uma **assiduidade de 86%** nos seminários. A **média de idade** dos enfermeiros e parteiras rondou na globalidade o intervalo **entre os 35 e os 54 anos**.

Atendendo à análise da **evolução da avaliação inicial/diagnóstica para a avaliação final** (gráficos nº1 e nº2) constata-se que em ambos os grupos, de **enfermeiros e parteiras**, se regista uma **evolução positiva** com uma média da classificações do teste de diagnóstico (67% em ambos os grupos) para a média de classificação dos testes finais (78% para enfermeiros e 80% para parteiras) e inclusive, de forma sucessiva, na avaliação diagnóstica inicial nos diferentes Módulos. Com base nestes resultados, afiguram-se bastante positivas as evoluções nas aprendizagens.

Gráfico 1: Análise da evolução da avaliação inicial e final dos Módulos de formação de **enfermeiros**

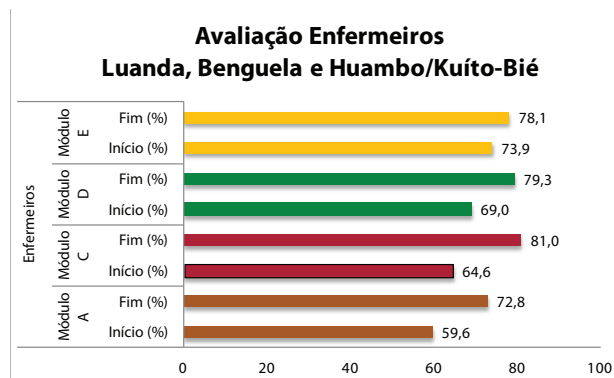
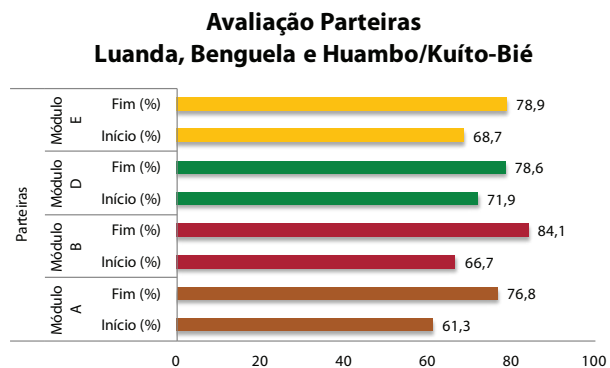
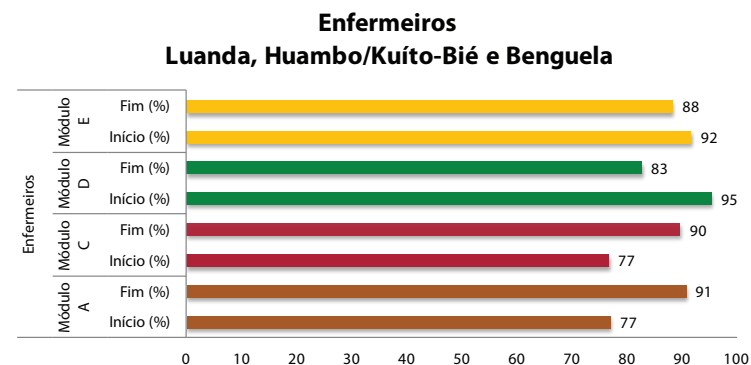


Gráfico 2: Análise da evolução da avaliação inicial e final dos Módulos de formação de **parteiras**



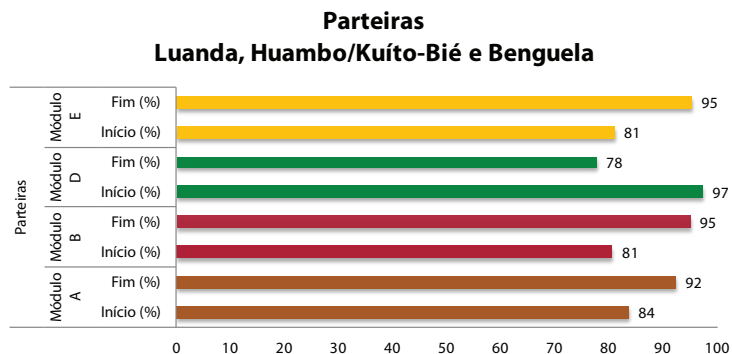
Os dados referentes à **taxa de aprovação**² (gráficos nº 3 e nº4) revelam que **88% dos enfermeiros e 90% das parteiras** (média de todos os Módulos) tiveram uma taxa de aprovação positiva e progressivamente melhor nos diferentes Módulos. Considera-se que a taxa de aprovação final poderia ser ainda mais elevada do que o constatado, mas foram contabilizados os formandos que não realizaram a avaliação final como não aprovados. Assim, caso não tivessem sido considerados estes casos, praticamente todos os formandos que realizaram as provas finais dos Módulos de formação teriam uma taxa de aprovação positiva.

Gráfico 3: Análise da taxa de aprovação dos Módulos de formação de **enfermeiros**



2 - Número de formandos que obteve uma nota positiva (igual ou superior a 50%), na avaliação final.

Gráfico 4: Análise da taxa de aprovação dos Módulos de formação de parteiras



Ao longo do período de implementação do projecto, foram elaboradas **342 fichas de procedimentos** em 35 US (15 US do Huambo, 3 do Kuito-Bié e 17 de Luanda), sobre os vários temas constantes do programa de formação. Estas fichas de procedimentos preconizavam a organização de procedimentos clínicos a serem aplicados/melhorados nas US de origem dos formandos

Dos **95 formandos gestores** que participaram nos seminários, das três províncias, **56% eram mulheres e 44% homens**, sendo que **71% tinha uma idade compreendida entre os 35 e os 54 anos**, apresentando uma média de idade semelhante ao grupo dos enfermeiros e das parteiras. É de salientar a forte presença de mulheres em responsabilidades de gestão e de coordenação nas US. Um factor explicativo relevante é a presença de religiosas como responsáveis das US do subsistema da ICA, mas também no setor público se verifica uma taxa significativa de envolvimento de mulheres em responsabilidades de gestão.

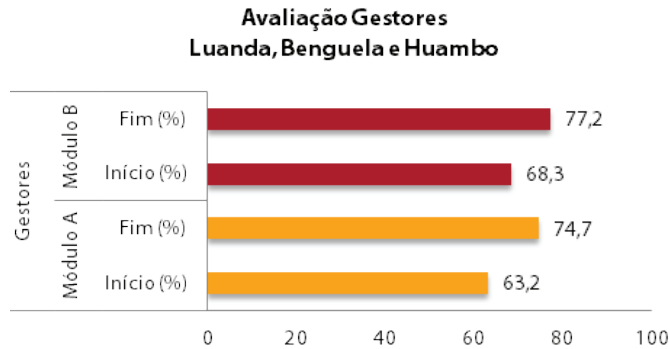
Denotou-se um ligeiro aumento da percentagem de participantes com **habilitações literárias mais elevadas neste grupo do que nos grupos de enfermeiros e parteiras**, apresentando, mais concretamente, mais formandos com licenciatura e bacharelato. Através da análise da **assiduidade** verificou-se que, de uma forma geral, foi ao encontro do nível pretendido, **rondando os 84%**.

Ao longo dos dois anos de projecto, houve uma **média de 17 participantes em cada sessão de formação de gestores**, os quais participaram, também em média em 84% das formações ministradas. Em termos de avaliação houve um **aumento do nível dos resultados entre o teste de diagnóstico inicial e o teste final** (aumento de 66% para 76%), sendo que **96% dos participantes obtiveram aprovação no final do curso**.

Analisando o gráfico nº5, tal como no grupo de enfermeiros e parteiras, houve sempre um aumento significativo entre os testes de diagnóstico inicial e de avaliação final e também, o aumento dos valores percentuais entre os testes de diagnóstico dos Módulos A e B e os testes finais. Ou seja, denota-se uma melhoria de conhecimentos dos formandos, progressiva e cumulativa, de Módulo para Módulo.

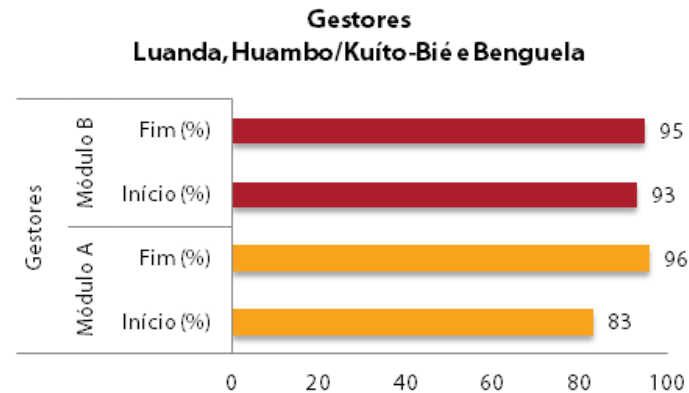
Os Módulos C e D não foram sujeitos a uma avaliação em formato de teste, uma vez que foram direccionados para a elaboração de trabalhos de grupo e elaboração de Manuais de Procedimentos para serem aplicados nas US, tendo sido analisados pelos formadores e avaliados de forma qualitativa. Os **Manuais de Procedimentos** foram direccionados para cinco grandes áreas e respetivos procedimentos: Processo de Formalização da Unidade de Saúde; Planificação das Actividades; Recursos Humanos; Recursos Financeiros; e Aprovisionamento e Logística.

Gráfico 5: Análise das avaliações dos Módulos de gestores das US



A mesma evolução positiva foi verificada nas taxas de aprovação dos formandos, como se pode constatar no gráfico seguinte.

Gráfico 6: Análise da taxa de aprovação dos seminários de formação de gestores



Dado o exposto, **todas as atividades de formação do projecto FORVIDA tiveram uma taxa média de assiduidade de 85,33%³ e uma taxa média de aprovação de 91,33%⁴. A média ponderada de melhoria de conhecimentos entre o teste de diagnóstico inicial e teste final foi de 16.42%, entre todos os grupos de formandos, em todas as províncias** (aumento percentual, em média, de 67% para 78%).

Um elemento a destacar no âmbito da sustentabilidade e efeitos multiplicadores do projecto é o desenvolvimento e a publicação do **FORVIDA: Manual de Formação Permanente em Saúde Materno-Infantil para Enfermeiros e Parteiras**. Este Manual, desenvolvido a partir dos meios de ensino usados no curso de formação permanente de enfermeiros e parteiras, validados pelo MINSA, procura ser um meio de aprofundamento de conhecimentos e práticas no domínio da saúde materno-infantil e fazer eco de boas práticas internacionais, assim como de protocolos nacionais em vigor, promovendo o rigor necessário e respeitando o contexto social, económico e sanitário.

CONCLUSÕES

A análise dos dados recolhidos permitem retirar algumas lições e recomendações, que poderão servir para futuras intervenções neste domínio em Angola. Neste sentido, e para facilitar a leitura e sistematização, são apresentados os pontos fortes e pontos a melhorar em intervenções futuras semelhantes.

Pontos fortes:

- Materiais formativos produzidos pelo MINSA e OMS em utilização em Angola identificados, recolhidos e utilizados na construção dos materiais do projecto;
- Necessidades específicas de formação analisadas;
- Atualização e adaptação dos programas de formação e elaboração dos su-

³ - Taxa média de assiduidade de todos os grupos de formandos: enfermeiros: 86%; parteiras: 86%; gestores das US: 84%
⁴ - Taxa média de aprovação de todos os grupos de formandos: enfermeiros: 88%; parteiras: 90%; gestores das US: 96%

portes teóricos da formação coordenados pela ESESFM e com a colaboração da DNRH (Direcção Nacional de Recursos Humanos do MINSA) e da DNSP (Direcção Nacional de Saúde Pública);

- Bom trabalho de organização e logística dos seminários por parte das dioceses;

- Boa taxa de aprovação e melhoria da avaliação de conhecimentos adquiridos;

- Taxas de assiduidade elevadas;

- Satisfação dos formandos face aos conteúdos e metodologias utilizadas nas formações;

- Adequação dos formadores em termos científicos e pedagógicos;

- Articulação e envolvimento dos Núcleos de Formação Permanente nas acções de formação dos vários atores;

- Formação integrada que envolve diversas áreas funcionais das US (prestação de cuidados de saúde e gestão) e diversos RHS;

- Estratégias pedagógicas que privilegiam a constante participação dos formandos em função da realidade onde desenvolvem a sua actividade de saúde (Estudos de Caso e Resolução de Problemas-Tipo, numa opção de Pedagogia Indutiva);

- Conteúdos, práticas e materiais pedagógico-didáticos em adaptação contínua, ou seja, adequados ao evidenciado nas diferentes avaliações (inicial e final), bem como aos questionários de reacção;

- Produção de materiais didáticos de suporte aos Módulos em formato digital facilmente utilizável e multiplicável, devidamente validados pelas autoridades sanitárias;

- Apresentação de projectos de integração de uma nova prática/procedimento ou de alteração de uma habitual na sua US e supervisão da sua implementação;

- Práticas da formação permanente associada à prática de supervisão utilizada como método de aprendizagem e não de fiscalização;

- Elaboração e publicação do FORVIDA: Manual de Formação Permanente em Saúde Materno-Infantil para Enfermeiros e Parteiras.

Pontos a melhorar em intervenções futuras:

- Demasiada concentração das formações nos meses de abril e maio, no 1º ano, com repercussões na adesão dos formandos às formações e com alguns atrasos nas actividades subsequentes, nomeadamente de supervisão;

- Partilha dos materiais de apoio à formação não só em formato digital, mas também em papel, antes das formações;

- Realizadas poucas visitas de supervisão devido à morosidade do processo, custo e atraso no calendário das formações realizadas.

RECOMENDAÇÕES

- Obrigatoriedade de diagnóstico de situação com visitas ao terreno para conhecer a realidade antes de elaboração de conteúdos formativos;

- Definir objetivos e metas concretas a atingir no que respeita à formação permanente e envolver os vários formandos alvo na sua definição;

- Necessidade de certificar as organizações que dão formação de RHS (permanente ou inicial) por parte do MINSA;

- Validar os conteúdos programáticos pelo departamento de formação do MINSA;

- Criar uma bolsa nacional de formadores especializados e certificados pelas autoridades sanitárias (integráveis em formações dinamizadas por serviços públicos ou privados);
- Estabelecer parcerias com centros de investigação e instituições de ensino superior especializados;
- Apostar na formação permanente por áreas transversais e funcionais (mais do que por programas verticais) visando melhorias qualitativas sustentáveis;
- Maior investimento de recursos humanos e recursos financeiros na formação permanente e na supervisão integrada;
- Elaborar e normalizar os procedimentos e rotinas promovendo o trabalho coeso da equipa e a revisão destes materiais devido à constante mudança dentro da área de saúde;
- Investir na formação de profissionais que atuam nas áreas de apoio, administrativa e gestão para favorecer a integração dos serviços;
- Participação ativa de membros de todos os níveis de governabilidade, permitindo que aspectos organizacionais, administrativos e técnicos sejam levados em consideração para a implementação das acções e acompanhamento de cada etapa;
- Potenciar o impacto do Manual FORVIDA através da sua reedição e difusão nos canais e dinâmicas de formação permanente oficiais de enfermeiros e parteiras.

BIBLIOGRAFIA

- Caritas de Angola (2013), Plano Estratégico 2013-2016, Luanda: Caritas de Angola.
- Comissão Europeia (2004), Aid Delivery Methods – Project Cycle Management

Guidelines, volume 1, Bruxelas: Comissão Europeia.

European Commission (2008), Country Strategy Paper for Angola - 2008-2013, Brussels: EuropeAid Development and Cooperation.

Fundação Fé e Cooperação, FEC (2010), Plano Estratégico 2010-2015, Lisboa: FEC.

Fundação Fé e Cooperação, FEC (2010), Relatório de Resultados Fase I - Programa de Saúde Materno Infantil da Conferência Episcopal Angolana (CEAST) versão 1.0, Lisboa: FEC.

Fundação Fé e Cooperação, FEC (2011), Projecto FORVIDA – Formação para a Vida - Reforço de Competências de Recursos Humanos de Saúde em Angola, Lisboa: FEC.

Instituto Nacional de Estatística (2010), Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População em Angola (IBEP), Luanda: Instituto Nacional de Estatística de Angola.

Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento, IPAD (2010), Desenvolvimento de Capacidades – Linhas de Orientação para a Cooperação Portuguesa, Lisboa: IPAD.

Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento, IPAD (2008), Programa Indicativo de Cooperação Portugal – Angola: 2007 – 2010, Lisboa: IPAD.

Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento, IPAD (2011), Avaliação Conjunta do Programa Indicativo de Cooperação Portugal – Angola (2007-2010), Lisboa: IPAD.

Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento, IPAD (s/d), Estratégia da Cooperação Portuguesa para a Saúde, Lisboa: IPAD.

Ministério do Planeamento de Angola (2010), Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População – IBEP, Luanda: Instituto Nacional de Estatística.

Ministério do Planeamento de Angola, Direcção de Estudos e Planeamento (2005), Estratégia de Combate à Pobreza: Reinserção Social, Reabilitação e Reconstrução e Estabilização Económica, Edição Revista, Luanda.

Ministério do Planeamento de Angola e PNUD (2005), Angola – Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, Luanda.

Ministério da Saúde de Angola (2012), Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025, Luanda, Angola: MINSA (2 vols.).

Ministério da Saúde – Direcção Nacional de Saúde Pública (2011), Roteiro Nacional para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Luanda: MINSA – DNSP.

Ministério da Saúde – Direcção Nacional de Saúde Pública (2008), Regulamento da Formação Permanente em Saúde, Luanda: MINSA – DNSP.

Ministério da Saúde de Angola (2008), Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde, Uma estratégia chave para atingir os objetivos do sector para o quadriénio, Luanda: MINSA.

Ministério da Saúde de Angola – Direcção Nacional de Saúde Pública (2004), Plano Estratégico para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Infantil 2004-2008, Luanda: MINSA – DNSP.

Ministério da Saúde de Angola – Direcção Nacional de Saúde Pública (2008), Plano Estratégico Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva 2008 -2015, Luanda: MINSA – DNSP.

Organização Mundial de Saúde, OMS (2010), Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP), Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde, OMS (2009), Estratégia de Cooperação da Organização Mundial da Saúde com os Países, 2009-2013, Angola: OMS Escritório Regional Africano.

USAID (2010), Avaliação do Sistema de Saúde em Angola 2010, USAID.

World Health Organization and UNICEF (2010), Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn and child survival, WHO Press, World Health Organization, Geneva, Switzerland: WHO/UNICEF. (disponível em: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241599573).

ARTIGOS | 2 - A CONTRIBUIÇÃO DO PROJECTO CISA NA FORMAÇÃO PERMANENTE DE TÉCNICOS DE SAÚDE NO HOSPITAL GERAL DO BENGO

A CONTRIBUIÇÃO DO PROJECTO CISA NA FORMAÇÃO PERMANENTE DE TÉCNICOS DE SAÚDE NO HOSPITAL GERAL DO BENGO

Autores: António Martins¹, Ana Oliveira², Sandra Ferreira³ Miguel Brito⁴

1 - Director Provincial de Saúde de Bengo

2 - Investigadora do Projecto CISA

3 - Backoffice do Projecto CISA

4 - Investigador coordenador do Projecto CISA

Palavras-chave: investigação, cooperação, formação, ciência

INTRODUÇÃO

A importância da investigação na área da saúde e da formação especializada para o desenvolvimento do país levou ao estabelecimento, em finais de 2007, de uma parceria entre o Ministério da Saúde de Angola, o Governo Provincial do Bengo, a Cooperação Portuguesa e a Fundação Calouste Gulbenkian, para criar um Centro de Investigação em Saúde em Angola (CISA).

O Projecto CISA está sediado no Caxito, município do Dande, na província do Bengo e tem vindo a criar um conjunto de sinergias, de forma a criar um Centro de Investigação que contribua para a resolução dos principais problemas de saúde que afectam o país e esta região de África. Essa contribuição é *reflectida* através de investigação epidemiológica e clínica nas doenças mais prevalentes ou relevantes para a saúde pública em Angola, como sejam a malária, tuberculose, doenças tropicais negligenciadas e, também, doenças não transmissíveis. É, ainda, objectivo do Projecto CISA, potenciar

a participação de Angola a nível internacional na área da investigação em saúde, investindo na formação de quadros angolanos, designadamente de nível médio, viabilizando doutoramentos ou outra formação pós-graduada e melhorando as condições de saúde da população do município, através do fortalecimento assistencial dos seus serviços de saúde.

O Projecto CISA assenta numa abordagem transversal e interativa entre quatro vertentes: formação técnica e científica; investigação em saúde; apoio assistencial e desenvolvimento comunitário; e, também o fortalecimento de redes e de parcerias locais, nacionais e internacionais. O projecto tem vindo a potenciar o desenvolvimento da investigação na área da saúde e das ciências biomédicas em Angola, a apoiar a formação de investigadores, médicos e técnicos de saúde e de áreas correlacionadas - nomeadamente estatística, ciências sociais, geografia e biologia – e, deste modo, a contribuir para a melhoria do estado de saúde da população.

O objectivo deste artigo é apresentar, de forma sucinta, as actividades formativas desenvolvidas pelo Projecto CISA nos últimos seis anos, em prol da melhoria da prestação de cuidados de saúde, e avaliar o seu potencial impacto.

DESENVOLVIMENTO

O fomento da atividade científica pelo Projecto CISA implica o apoio ao fortalecimento dos serviços de saúde que passa pelo reforço das competências e formação dos profissionais de saúde e pelo apoio às estruturas locais parceiras. As acções de formação do Projecto CISA estão estruturadas da seguinte forma:

i) formação contínua no âmbito das actividades de apoio aos serviços de saúde;

- ii) formação técnico-científica integrada nos estudos científicos em desenvolvimento e nas áreas de trabalho do CISA;
- iii) apoio à viabilização de doutoramentos e de mestrados em ciências da saúde.

É, ainda, de salientar a colaboração directa com instituições de ensino de Angola, nomeadamente a Escola de Formação de Técnicos de Saúde do Bengo e as Faculdades de Medicina e de Ciências, na promoção e realização de acções de formação em domínios da competência do CISA, como a epidemiologia, a estatística e o diagnóstico laboratorial.

Desde meados de 2008, o Projecto CISA tem vindo a colaborar com a Direcção Provincial de Saúde no sentido de melhorar a qualidade da prestação de serviços do município, concretamente ao nível do Hospital Geral do Bengo (HGB). Esse apoio traduz-se na integração de uma assessoria técnica especializada nos serviços, com vista a apoiar os responsáveis nos procedimentos necessários à melhoria organizativa e assistencial dos serviços prestados. No que respeita à capacitação e reciclagem em áreas específicas, à formação permanente e à formação em serviço, constituem-se como componentes indispensáveis dos processos de melhoria das capacidades e do serviço prestado. Desta forma, priorizou-se o apoio às áreas afectas à enfermagem e laboratório, pelo seu impacto previsível na melhoria da prestação dos cuidados de saúde no HGB.

No que se refere à formação contínua no quadro das actividades de apoio aos serviços de saúde e após uma avaliação conjunta das necessidades, salientam-se as seguintes acções realizadas no HGB:

- 1.** Reforço do sistema de informação clínica, através do incremento ao sucessivo aperfeiçoamento dos registos; apoio este que tem sido efectuado através do acompanhamento dos técnicos no preenchimento, em todos os serviços do Hospital, dos novos impressos de registo clínico por meio da formação em ambiente de trabalho.
- 2.** Colaboração com a direcção de enfermagem na reorganização das con-

sultas externas, no regulamento do serviço de urgência, na implementação de impressos de registo vários (ao nível da gestão de recursos humanos e de materiais); na elaboração de um documento orientador de actividades de gestão de responsabilidades dos enfermeiros-chefe e do manual de procedimentos de enfermagem; implementação da triagem de enfermagem na urgência pediátrica; melhoria dos processos clínicos e apoio na actualização dos técnicos, através de formação em serviço, teórica e prática, dos enfermeiros de vários serviços do hospital; elaboração de regulamento relacionado com os óbitos.

3. Realização de sessões de formação que envolveram uma média, em cada, de cerca de 50 formandos, nomeadamente: i) sessões teórico-práticas sobre “gestão por objectivos” para chefes de serviço e enfermeiros; ii) cuidados de enfermagem a doentes poli-traumatizados; iii) cuidados de enfermagem ao doente hospitalizado - intervenções do enfermeiro; iv) cuidados de enfermagem à pessoa com diabetes mellitus; v) cuidados de enfermagem em pessoas com úlceras de pressão; vi) cuidados de enfermagem na colocação de cateterismos vesicais; vii) procedimentos de biossegurança; viii) aplicação da farmacologia nos cuidados de enfermagem; ix) cuidados de enfermagem na pessoa com febre tifóide e salmonelas; x) cuidados de enfermagem na pessoa com diabetes e insulino-terapia; xi) apoio na reciclagem das enfermeiras da maternidade e Centro Materno Infantil das Mabubas ao nível dos cuidados obstétricos, pré e pós natal.

4. Apoio na reorganização do Bloco Operatório, através da alocação de um especialista por um período de seis meses que desenvolveu acções de formação em diferentes áreas: i) funções do enfermeiro na unidade de cuidados pós-anestésicos; ii) funções do enfermeiro circundante; iii) funções do enfermeiro de anestesia; iv) procedimentos no âmbito da esterilização.

5. Apoio na estruturação de uma comissão de controlo da infecção hospitalar, para criação e monitorização de normas e procedimentos, elaboração do manual de boas práticas e apoio ao estabelecimento de protocolo sobre incineração de lixo contaminado.

6. Apoio ao nível dos estágios clínicos dos estudantes de enfermagem da Escola de Formação de Técnicos de Saúde do Bengo e no HGB, através da elaboração de um plano de estágios adequado às necessidades da Instituição de formação e adaptado ao real funcionamento dos Serviços, para além da estruturação de uma grelha de avaliação do desempenho dos estudantes.

7. Criação de melhores condições de diagnóstico laboratorial nas unidades de saúde do município. Neste âmbito, contou-se, igualmente, com uma assessoria técnica para apoio à operacionalização do laboratório de análises clínicas do HGB ao nível da reorganização, metodologias e formação de todos os técnicos, em particular nos seguintes domínios: i) segurança no laboratório; ii) controlo de qualidade em análises clínicas; iii) diagnóstico e análises laboratoriais em parasitologia; iv) diagnóstico laboratorial de parasitas intestinais; v) diagnóstico laboratorial de malária; vi) análise de urina tipo II.

Apesar da dificuldade em avaliar o impacto direto das formações e da intervenção no HGB, devido, por um lado, à sua lata abrangência e, por outro, à falta de um diagnóstico prévio quantificado, constatou-se, em finais de 2013, melhorias significativas ao nível da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente, melhorias do sistema de informação (actualmente todos os serviços utilizam o impresso de terapêutica; o preenchimento dos registos de observação dos doentes é mais frequente e com melhor qualidade essencialmente nos cuidados intensivos, maternidade, pediatria e ortopedia) e melhorias ao nível assistencial e organizativo no HGB, em particular ao nível do funcionamento da maternidade que conta agora com dois enfermeiros especialistas. Sublinha-se, também, que todos os registos se efectuam de uma forma satisfatória e **há uma crescente atenção relativamente à questão da assepsia** em todo hospital, apesar de serem reconhecidas muitas dificuldades no fornecimento de antissépticos e desinfetantes.

Após seis anos de formação, são evidentes as melhorias em vários procedimentos, nomeadamente, na técnica de execução de pensos, na administração de oxigénio, nos cuidados de enfermagem na administração de sangue, na avaliação nutricional, nos procedimentos de enfermagem em

relação à determinação da glicemia capilar (no quadro da Diabetes Mellitus) e na aplicação da farmacologia nos cuidados de enfermagem (determinação de dosagens a administrar).

São, também, visíveis melhorias ao nível da gestão de recursos humanos, em especial ao nível da implementação de modelos para escalas de horários tipo para os serviços, escalas para “rondas”, planos de férias e criação de processos com fichas individuais de enfermeiros.

A formação no âmbito de projectos de investigação tem sido feita a vários níveis. No laboratório de biologia molecular do Hospital Pediátrico David Bernardino, foi dado apoio à operacionalização de técnicas específicas, nomeadamente na laboração do equipamento de PCR em tempo real, utilizado no estudo de “*Avaliação do impacto da formação dos técnicos de saúde na qualidade do diagnóstico laboratorial da malária, em crianças com menos de 5 anos em Angola*” e na análise genética do “*estudo dos agentes causais de diarreias*” e “*estudo de intervenção no controlo da schistosomíase*”. Foi ainda realizado o curso prático de genética e bioquímica envolvendo biólogos, técnicos, médicos de vários hospitais do país. Com estas formações foi possível a capacitação de técnicos superiores especializados que continuaram a sua actividade, inseridos em projectos de investigação do CISA ou nas instituições de ensino superior de onde eram oriundos.

Ainda no que respeita à formação integrada em projectos de investigação, tem sido possível a realização de estágios por estudantes finalistas de cursos superiores, nomeadamente biologia, sistemas de informação geográfica, análises clínicas, entre outros, integrando-os nos trabalhos de campo ou de laboratório dos projectos. Refira-se, ainda, que um dos grandes investimentos do CISA tem sido o apoio à realização de doutoramentos através de projectos de investigação, integrando as suas teses em projectos de investigação a decorrer. Até à data o CISA integrou já quatro estudantes angolanos de doutoramento em projetos de investigação nos domínios da intervenção em schistosomíase, da malnutrição crónica, da etiologia das anemias e das hemoglobinopatias.

Por último, com o objetivo de se perceber o impacto da formação na melhoria da prestação dos cuidados de saúde, o CISA desenvolveu em 2013 o estudo "Avaliação do impacto da formação dos técnicos de saúde na qualidade do diagnóstico laboratorial da malária, em crianças com menos de 5 anos em Angola". Este estudo envolveu os técnicos de diagnóstico e terapêutica de três hospitais de Angola, nomeadamente Benguela, Luanda e Bengo. O estudo teve como objectivo avaliar o impacto de um curso de reciclagem de três dias sobre os conhecimentos dos técnicos, a qualidade da preparação de esfregaços de sangue e a precisão do diagnóstico de malária. Observou-se um aumento significativo na prova escrita, aumentando a classificação média de 52,5% para 65,0%, após a formação. Considerando todos os laboratórios analisados, observou-se um aumento significativo na qualidade das preparações, não se tendo no entanto, observado aumento significativo na sensibilidade e especificidade.

CONCLUSÕES

Apesar das dificuldades em avaliar o impacto da intervenção e das acções de formação, quer pela falta de diagnóstico prévio mensurado, quer pela lata abrangência das acções realizadas, julga-se poder realçar o seguinte:

- A pertinência de uma assessoria técnica integrada nos serviços e que colabora com a direcção do hospital, no sentido de apoiar a reorganização dos serviços e de capacitar os técnicos. Esta assessoria técnica actua como agente facilitador que estimula a identificação conjunta de procedimentos e de medidas a desenvolver no âmbito do processo de reorganização;
- A relevância de uma abordagem horizontal da formação, envolvendo, sempre que existam meios para tal, todos os serviços do hospital;
- A importância da existência de quadros em formação de nível superior - mestrados e doutoramentos - uma vez que esta, por si só, promove a

melhoria das qualificações e das competências dos formadores e permite, num futuro próximo melhorias internas na qualidade da formação e capacitação; por outro lado, a **interacção entre diferentes graus de qualificação de técnicos de saúde** permite trazer para o ambiente hospitalar clínico, desenvolvimento técnico e científico, outras exigências cognitivas e instrumentais e, ainda novas competências complementares para outras áreas das ciências da saúde que não são prestadores de cuidados;

- A importância de envolver estudantes/estagiários em projectos de investigação, que é, sem dúvida, uma oportunidade única de formação em "ambiente real".

RECOMENDAÇÕES

Tendo por base a experiência adquirida pelo Projecto CISA, na formação permanente e na assessoria de técnicos de saúde, considera-se que as recomendações passam por:

- Aumentar e sistematizar as horas de formação continua ao nível hospitalar e laboratorial;
- Definir objetivos e metas concretas a atingir no que respeita à formação permanente e envolver os vários formandos alvo na sua definição;
- Promover a qualificação académica dos formadores, apoiando a realização da formação ao nível de mestrados e doutoramentos;
- Estabelecer parcerias com centros de investigação e instituições de ensino superior, nomeadamente com universidades;
- Considerar, quando possível, o apoio ao nível da capacitação dos serviços através de assessorias técnicas especializadas.

ARTIGOS | 3 - EXPERIÊNCIA DE MEDICUSMUNDI NO ÂMBITO DE SUPERVISÕES INTEGRADAS E FORMAÇÃO EM SERVIÇO NOS MUNICÍPIOS DE CAMACUPA E CATABOLA, PROVÍNCIA DE BIÉ.

EXPERIÊNCIA DE MEDICUSMUNDI NO ÂMBITO DE SUPERVISÕES INTEGRADAS E FORMAÇÃO EM SERVIÇO NOS MUNICÍPIOS DE CAMACUPA E CATABOLA, PROVÍNCIA DE BIÉ.

Autor: Neus Peracula Pueyo¹

1 - Representante da medicusmundi em Angola

Palavras-chave: formação permanente, formação em serviço, supervisão integrada, guião de supervisão

INTRODUÇÃO

A formação permanente é um processo educativo continuado que deve ser disponibilizado a todo o profissional de saúde ao longo da sua vida profissional. Tem como objetivo actualizar e melhorar os conhecimentos, atitudes e práticas, permitindo a sua constante adaptação à realidade existente. A formação permanente do pessoal sanitário pode ser realizada de diversas maneiras, através de cursos, seminários, sessões clínicas ou formação em serviço, ou seja, formação realizada de forma individualizada, no local de trabalho e que acompanha a prática clínica.

A supervisão é uma actividade do sistema de saúde orientada para resolver problemas na execução da função. É uma actividade desenvolvida para observar as actividades de um sistema, assim como para monitorizar as mudanças no seu funcionamento. Promove o aperfeiçoamento contínuo dos serviços e o desempenho profissional dos trabalhadores da saúde. Para além disso, é um instrumento de participação e de envolvimento dos trabalhadores,

fortalecendo a sua capacidade analítica e estimulando a procura conjunta de soluções para os problemas detectados. Também deve ser um instrumento de formação contínua que permita comprovar as mudanças na qualidade da prestação do serviço após o período de formação e que permita apoiar na melhoria do desempenho dos técnicos das Unidades Sanitárias (US).

Angola está a impulsionar um processo de descentralização político-administrativa que de forma progressiva transfere mais competências e recursos aos níveis administrativos mais próximos da população. Neste contexto, as administrações locais assumem uma função capital para melhorar os serviços de saúde a nível municipal. No âmbito da saúde, o Ministério de Saúde de Angola (MINSa) tem dado passos no sentido de definir estratégias, metodologias, ferramentas e outras normas, para operacionalizar o processo confirmado como modelo de referência na municipalização do documento "Sistema Nacional de Saúde a Nível Municipal".

Neste contexto, a **medicusmundi** está a executar, desde Janeiro de 2011, o Convénio de cooperação "**Fortalecimento dos serviços públicos de Saúde nas zonas de intervenção da cooperação espanhola. Angola e Moçambique**", com uma duração de quatro anos e financiado pela Agência Espanhola de Cooperação para o Desenvolvimento (AECID). A intervenção tem como um dos seus objetivos específicos contribuir para o desenvolvimento de recursos humanos suficientes e motivados através de acções que contribuam para a sua formação, seja como formação inicial ou formação permanente, através da melhoria dos mecanismos de acompanhamento e avaliação da prestação de cuidados.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) de Angola apresenta algumas fragilidades como a **falta de técnicos e a fraca formação dos mesmos**, o que se traduz

numa **baixa qualidade na prestação** dos serviços de atenção sanitária. Estas fraquezas constituem uma importante **barreira para a expansão dos avanços** em saúde.

O presente artigo apresenta a experiência da **medicumundi** no âmbito da formação permanente no nível municipal, concretamente no que se refere à metodologia de supervisão integrada e formação em serviço nas Unidades Sanitárias periféricas nos municípios de Camacupa e Catabola, na província de Bié durante 2012 e 2013.

DESENVOLVIMENTO

A formação permanente constitui parte integrante da política de gestão e desenvolvimento dos Recursos Humanos do MINSA. A lei de bases do Sistema Nacional de Saúde de 1992, considera no artigo nº 15, que a formação permanente dos recursos humanos do SNS é um objectivo fundamental para o fortalecimento do sistema. Da mesma maneira o Regulamento Geral das Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde (REGUSAP) estabelece que os Centros de Saúde de Referência ou Hospitais Municipais devem garantir a supervisão das unidades mais periféricas, acompanhamento da formação contínua e a actualização dos trabalhadores.

Alinhada com estas prioridades do MINSA a intervenção da **medicumundi** no âmbito de reforço das capacidades dos técnicos de saúde a nível municipal tem implementado uma metodologia de **supervisão integrada e formação em serviço** baseada principalmente em aspectos: os conhecimentos, as atitudes e as práticas (CAP) que são os elementos que determinam a qualidade do desempenho e do serviço prestado.

A supervisão pode ser definida como a metodologia para a monitorização da prestação de serviços deve contemplar os seguintes objectivos:

- Servir como **instrumento de base para planificação** de actividades

baseando-se na observação e avaliação das necessidades.

- **Melhorar o fluxo de informação e a comunicação entre os distintos níveis** dos serviços sanitários e utilizar a informação **para a tomada de decisões**.
- Envolver e **comprometer aos trabalhadores na tomada de decisões** e na melhoria da qualidade dos serviços, identificando os problemas e propondo soluções conjuntamente.
- **Monitorizar os serviços através de indicadores** recolhidos no terreno durante a observação das actividades.
- **Conhecer a realidade do desempenho dos serviços das distintas US**.
- **Comprovar “in situ” o grau de adequação dos recursos e actividades dos distintos serviços comparando-os com standards e normas pre-definidos como critérios básicos de qualidade**.
- **Comprovar as mudanças implementadas nos serviços desde a última supervisão**.
- **Melhorar a qualidade da execução das tarefas dos distintos serviços, corrigindo as práticas não adequadas**.

Em muitas ocasiões, as visitas de supervisão às diferentes US do município são realizadas sem a prévia elaboração de um plano de visitas nem com objectivos claramente definidos. Além disto, na execução da própria supervisão foram identificadas algumas fraquezas no que refere à metodologia utilizada, especialmente nos aspectos a ser avaliados. Com o objectivo de melhorar o processo de supervisão e os resultados obtidos, foi elaborado em colaboração com a Direcção Provincial de Saúde (DPS) de Bié e as Direcções Municipais de Saúde (DMS) de Camacupa e Catabola um **guião de supervisão** para abranger todos os aspectos do processo de prestação de serviços de saúde. O guião de supervisão é uma ferramenta que permite avaliar de forma qualitativa diferentes critérios de qualidade na prestação

de serviços, quantificar o grau de cumprimento de desempenho dos profissionais da Unidade Sanitária e identificar problemas concretos para a posterior planificação de actividades de formação em serviço personalizadas para cada situação.

Gráfico 1. Esquema da supervisão



Fonte: Elaboração própria

O guião de supervisão apresenta um total de 113 critérios relacionados com diferentes aspectos do processo de prestação de serviços para ser avaliados, foi dividido em diferentes áreas para os principais programas de saúde pública. Para cada uma das áreas foram estabelecidos uns critérios de avaliação determinados:

1. Operacionalidade da Unidade Sanitária. 26 critérios.
2. Programa Alargado de Vacinação (PAV). 12 critérios
3. Saúde Sexual e Reprodutiva. 16 critérios.
4. Atenção Integrada as Doenças Infantis (AIDI+). 9 critérios.

5. Participação Comunitária. 9 critérios.
6. Nutrição. 7 critérios.
7. Saúde ambiental. 9 critérios.
8. Grandes Endemias. 25 critérios.

A supervisão deve ser entendida não apenas como uma actividade pontual, mas sim como um elemento chave dentro do processo de formação permanente do pessoal sanitário. Numa primeira fase são realizadas visitas de supervisão para avaliar o ponto de situação de cada US e determinar as necessidades formativas concretas. Posteriormente é desenhado um plano de visitas de formação em serviço para reforçar aquelas áreas identificadas como fraquezas em cada uma das US e outras actividades de formação permanente como sessões clínicas ou seminários. Finalmente é realizada outra visita de supervisão integrada para avaliar o grau de cumprimento das recomendações deixadas na supervisão anterior e o impacto das actividades de formação em serviço e até que ponto as mesmas tem contribuído para a melhoria da prestação de serviços em cada US.

RESULTADOS

A **medicusmundi** trabalha em Angola, no apoio ao fortalecimento dos recursos humanos mediante a formação contínua em serviço e no desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde, com o apoio da AECID, desde 1991. Tem portanto **ampla** experiência no desenvolvimento e no funcionamento do sector da saúde. Neste contexto, foram elaboradas, testadas e estão a ser utilizadas desde há dois anos nos municípios de Camacupa e Catabola na província de Bié, **ferramentas para a supervisão integrada, concretamente o guião de supervisão** assim como materiais para a formação “em serviço” dos técnicos de saúde. Este trabalho é realizado periodicamente por equipas integradas por técnicos da **medicusmundi** e do SNS.

EXPERIÊNCIA DE MEDICUSMUNDI NO ÂMBITO DE SUPERVISÕES INTEGRADAS E FORMAÇÃO EM SERVIÇO NOS MUNICÍPIOS DE CAMACUPA E CATABOLA, PROVÍNCIA DE BIÉ.

Foram realizadas desde o início do processo um total de 103 visitas às US, 64 visitas de Supervisão Integrada (SI) que abrangeram o 100% das US de ambos os municípios (10 em Camacupa e 11 em Catabola) e 39 visitas de Formação em Serviço (FS) que priorizaram o 50% das US, onde foram detectadas mais necessidades.

Tabela 1. Visitas de supervisão integrada realizadas

CAMACUPA				CATABOLA			
UNIDADE SANITARIA	SI 2012	SI 2013	FS 2013	UNIDADE SANITARIA	SI 2012	SI 2013	FS 2013
H. MUNICIPAL	1	2		H. MUNICIPAL	1	2	
CS. UMPULU	1	1	3	H. CHISSAMBA	1	2	
CS. RINGOMA	2	2	3	CS. CAIUERA	1	2	3
CS. MUINHA	2	2	3	CS. SANADE	1	2	
CS. KWANZA	1	2	4	CS. CHIUCA	2	1	3
PS. AIFENA II	2	2	1	CS. MUQUINDA	2	2	3
PS CHINGUI	1	1	3	CS. CHIPETA	1	2	
PS. CANJUNGO	1	2	1	PS CANJUNGO	1	2	
PS. CAMICUNDO	1	2	3	PS. CHISSENDE	1	2	2
PS CHISSAPA	1	1	1	PS. UYUE	1	2	3
				PS SACHISSICA	1	2	3
TOTAL VISITAS	13	17	22	TOTAL VISITAS	13	21	17

Fonte: Relatórios das supervisões integradas e formativas dos municípios

Em cada SI foi realizada o seu correspondente relatório indicando constatações e recomendações concretas. Posteriormente foram discutidas em reuniões da equipa de supervisores para eleição das US onde realizar as visitas de FS e a identificação dos temas a tratar segundo as constatações realizadas. As US que não foram priorizadas para as visitas de FS, igualmente se beneficiaram de outras actividades formativas nos municípios como seminários sobre PAV, gestão de medicamentos e técnicas de comunicação, assim como de sessões clínicas bimensais onde participaram a totalidade de Unidades Sanitárias Periféricas.

Tabela 2. Formações realizadas

TEMAS DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO	Nº
Diagnóstico diferencial da febre	6
Gestão da farmácia	10
Realização de palestras	4
Realização de consulta e exploração física	7
CPN	3
Diagnóstico diferencial IRA	3
PAV	6
Desnutrição/Puericultura	7
Biossegurança	7
Vigilância Epidemiológica	10
TOTAL FORMAÇÕES REALIZADAS	63

Fonte: Relatórios das formações em serviço dos municípios

O facto de poder contar em algumas visitas com mais de um supervisor, facilitou poder trabalhar em diferentes áreas em cada US personalizando as vistas de formação em serviço a cada técnico e podendo fazer mais de uma

formação por visita. O registo de dados foi tratado como um tema transversal em todas as visitas realizadas, fazendo revisão dos diferentes livros e orientando em cada caso o seu correcto preenchimento.

Uma análise da evolução geral de cada US, tendo como referência a primeira supervisão realizada em 2012 e a última realizada em 2013, indica (tabela 3) que das 21 US, 15 delas melhoraram o seu desempenho, 4 mostraram uma diminuição do desempenho e em 2 US não foi possível realizar a última volta de SI.

Tabela 3. Evolução do desempenho nas Unidades Sanitárias (US) dos municípios de intervenção

Nº	CAMACUPA			CATABOLA		
	NOME US	2012	2013	NOME US	2012	2013
1	HOSPITAL MUNICIPAL	80%	82%	HOSPITAL MUNICIPAL	84%	81%
2	CS UMPULO	39%	34%	H.CHISSAMBA	58%	55%
3	CS RINGOMA	45%	57%	CS. CAIUERA	N/A	69%
4	CS MUIPHA	74%	77%	CS. SANADE	38%	79%
5	CS KWANZA	62%	72%	CS. CHIUCA	59%	72%
6	PS AIFENA II	56%	61%	CS. MUQUINDA	51%	67%
7	PS CHINGI	32%	N/A	CS. CHIPETA	57%	74%
8	PS CANJUNGO	49,49%	64,65%	PS CANJUNGO	60%	48%
9	CS CAMICUNDO	47%	63%	PS. CHISSENDE	N/A	59%
10	PS CHISSAPA	54%	N/A	PS. UYUE	49%	63%
11				PS SACHISSICA	46%	34%

Fonte: Relatórios das supervisões integradas dos municípios

A utilização do guião de supervisão também permitiu avaliar os programas de saúde pública e conhecer a nível global o funcionamento de cada um dos programas no município.

Catabola melhorou em geral o seu desempenho em todas as áreas com especial ênfase na melhoria do programa de AIDI+, participação comunitária e Nutrição. No entanto, a área de saúde ambiental não apresentou uma evolução positiva. No município de Camacupa se evidenciou uma evolução positiva em todas as áreas, com especial destaque no AIDI+, nutrição e saúde ambiental.

Tabela 4. Evolução das diferentes áreas/programas em cada município

Nº	ÁREA OU PROGRAMA AVALIADO	CAMACUPA		CATABOLA	
		2012	2013	2012	2013
1	Operacionalidade da Unidade Sanitária	61%	75%	67%	74%
2	Programa Alargado de Vacinação	59%	67%	56%	63%
3	Saúde Reprodutiva	72%	83%	73%	76%
4	Atenção Integrada das Doenças Infantis	39%	74%	37%	51%
5	Participação Comunitária	51%	56%	28%	56%
6	Nutrição	55%	70%	42%	56%
7	Saúde Ambiental	47%	73%	65%	63%
8	Grandes Endemias	28%	56%	44%	49%

Fonte: Relatórios das supervisões integradas dos municípios

CONCLUSÕES

O guião utilizado para as visitas de supervisão e formação em serviço tem permitido melhorar os aspectos relacionados com: **(1)** a planificação das supervisões, **(2)** o estabelecimento de objectivos e metas de acordo com os achados do SIS para cada US, **(3)** a monitorização das recomendações feitas em anteriores supervisões evitando que as visitas sejam actividades feitas de forma rotineira e sem um seguimento sistemático.

Não obstante, o próprio desenho da ferramenta de acompanhamento pode ter tido um efeito nos resultados obtidos. O facto de dividir o guião em diferentes áreas tem dado um peso assimétrico aos diferentes sectores avaliados, sendo que a operacionalidade da US representou 23% dos critérios de avaliação. Isto tem direccionando grande parte das recomendações para a aquisição de equipamentos em detrimento das recomendações que foram direccionadas para a própria prestação de serviços, sendo que estas recomendações não podem ser solucionadas pela US por ser da responsabilidade das Administrações Municipais. Também foi constatado que os critérios de avaliação não podiam ser aplicados de forma uniforme aos centros e postos de saúde dadas as diferenças existentes no que se refere à oferta de serviços prestados.

Podemos considerar que esta intervenção teve uma alta **eficácia**, sendo que houve um aumento significativo do grau de cumprimento das visitas planificadas passando de 61% em 2012 até 92% em 2013, o que nos indica que as visitas de supervisão têm-se consolidado como uma rotina de trabalho nos municípios.

Analisando a **eficiência** temos de considerar que os factores ligados à planificação e orçamentação anual das actividades assim como as dinâmicas e rotinas de trabalho dos municípios influem no desenvolvimento das actividades de supervisão e formação em serviço. A sua realização, depende da

disponibilidade de recursos materiais e humanos e da prioridade que município lhes outorga, mas constata-se que o custo-benefício deste tipo de actividades formativas é muito menor que os custos derivados da realização de seminários, e facilita também o acompanhamento da aplicação prática dos conhecimentos adquiridos.

Numa análise preliminar do **impacto** podemos constatar também uma melhoria no desempenho da maioria das US em quase todas as áreas avaliadas, mas esta deve ser acompanhada também de uma melhoria dos indicadores sanitários de serviços prestados e cobertura. A evolução destes indicadores é influenciada por outros factores como a disponibilidade de recursos humanos ou o acesso da população aos serviços de saúde. O pouco tempo desde que esta metodologia de trabalho se implementou (18 meses) não oferece ainda um horizonte temporal suficientemente amplo para fazer uma análise profunda.

Finalmente analisando a **sustentabilidade**, a medida em que as Direcções Municipais de Saúde poderão manter vigentes as mudanças atingidas pelas visitas de supervisão e formação em serviço dependerá do impacto positivo obtido no fim da intervenção, justificando assim a alocação dos recursos necessários para a continuação desta actividade na planificação e orçamento das Direcções Municipais de Saúde. Assim que for atingido um maior grau de apropriação do guião de supervisão, assegurar-se-á também a consolidação das vistas de supervisão e a sua metodologia como rotina para a monitorização da qualidade de prestação de serviços e o desempenho dos profissionais de saúde nos municípios.

RECOMENDAÇÕES

A supervisão, como elemento importante da gestão do processo de oferta de serviços de saúde com qualidade, **deve formar fazer das prioridades políticas sanitárias assim como da vontade política e institucional** e a

sua execução deve ser contínua, periódica, estabelecendo o número de supervisões segundo as necessidades e as prioridades estabelecidas e garantindo o orçamento e os recursos humanos e materiais necessários para a sua realização.

O objectivo principal das visitas de supervisão é detectar lacunas na qualidade da prestação de serviços assim como as suas causas. Porém, também permite realizar outro tipo de constatações relacionadas com a situação de recursos humanos, os equipamentos existentes nas US ou os indicadores sanitários, pelo que **a informação obtida deve ser a base para a tomada de decisões no processo de gestão e planificação municipal** e possibilitar a tomada de decisões baseada na evidência. Para tornar isto possível, é fundamental sistematizar os achados das visitas e discuti-los de forma periódica na equipa de direcção municipal possibilitando, desta maneira a melhoria na gestão dos cuidados primários de saúde.

Embora na exposição realizada se tenha diferenciado claramente entre visitas de supervisão e visitas de formação em serviço, as primeiras também **devem ter um carácter formativo e não apenas fiscalizador**, orientadas para a melhoria do desempenho da equipa local e técnicos de atenção para garantir o cumprimento das suas competências e funções específicas. **A elaboração de perfis de trabalho e o estabelecimento de rotinas nas US são elementos fundamentais para poder avaliar as competências dos profissionais.**

O guião de supervisão tem oferecido uma metodologia uniforme para permitir avaliar de forma qualitativa e quantitativa a prestação de serviços. Não obstante e tratando-se de uma experiência piloto foram feitas algumas modificações ao guião tendo em conta os resultados da primeira fase de utilização:

- Os critérios relacionados com a operacionalidade da US foram eliminados do guião. A capacidade instalada das US forma parte do mapa sanitário do município, que deve ser actualizado periodicamente e deve ser uma

informação conhecida e analisada na fase de preparação da supervisão. **Desta maneira facilitar-se-á o direccionamento das recomendações à prestação de serviços.**

- A nova versão do guião **oferece um enfoque mais integral por áreas funcionais** e não por programas. Embora o Sistema Nacional de Saúde esteja organizado de forma vertical em programas de saúde, nas Unidades Sanitárias Periféricas a prestação de serviços é feita de forma integral sendo que existem aspectos como biossegurança ou o registo de dados que devem ser tratados de forma transversal.
- As unidades mais periféricas precisam de um **sistema eficaz de referência e contra referência** que permita melhorar o fluxo de informação e a comunicação entre os distintos níveis dos serviços sanitários e utilizar a informação para a tomada de decisões. **Para tal efeito, propõe-se a realização de um guião de supervisão que permita o decalcamento para se obter uma cópia, assim, uma vez realizado o relatório da visita "in situ", quer os supervisores como os supervisionados ficam com a mesma informação, facilitando também o posterior seguimento das recomendações.**

BIBLIOGRAFIA

Sistema Nacional de saúde a Nível Municipal. MINSA, Outubro 2009.

Lei nº 21-B/92 de 28 de Agosto. Lei de Bases do SNS.

Decreto presidencial nº 34711 de 14 de Fevereiro. Estatuto orgânico do Ministério da Saúde (MINSA).

Decreto n.º54/03, de 5 de Agosto. I Série n.º 61 Regulamento Geral das Unidades Sanitárias do Serviço Nacional de Saúde.

Guião de Supervisão. **Medicusmundi**, Draft Maio 2012.

IMPORTÂNCIA DO LABORATÓRIO DE SIMULAÇÃO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Autores: Manuel Filipe Dias dos Santos¹, Helena José², Marta Assunção³

1 -Presidente do Conselho de Administração da Clínica Multiperfil

2 - Coordenadora do Centro de Formação Multiperfil

3 - Professora no Centro de Formação Multiperfil

Palavras-chave: simulação, saúde, aprendizagem, competências, laboratório

INTRODUÇÃO

As técnicas de simulação na aprendizagem em saúde surgiram com base no treino militar e simuladores de voo. A metodologia expandiu-se rapidamente em todo mundo e hoje, equipamentos de última geração reproduzem perfeitamente os mais diversos cenários e comportamentos do corpo humano, que podem simular situações de emergência, entre outras.

A necessidade da utilização de modelos e equipamentos, para o ensino na área de saúde, é incontestavelmente reconhecida, assumindo a comunidade científica internacional que o ensino por simulação facilita o desenvolvimento de competências e atitudes, frente à pessoa em situação de doença crítica ou aguda, aprimora a prática de procedimentos invasivos e possibilita uma aprendizagem sólida das competências passíveis de desenvolver através do

treino simulado.

A simulação, na área da saúde, permite a replicação da realidade possibilitando a exploração de possíveis alterações, experimentando situações que, caso contrário, não seria possível, facto que tem levado a Clínica Multiperfil, através do seu Centro de Formação, a desenvolver o ensino com base em práticas simuladas.

PRÁTICA SIMULADA E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A simulação é o “*acto ou efeito de imitar*”; significa imitação do funcionamento de um processo ou sistema do mundo real ao longo do tempo e envolve a criação e observação de uma história artificial do sistema, de forma a poder-se concluir sobre as características do sistema real representado (Banks, 1998). No caso concreto da Saúde a simulação tem incidência nas áreas clínica, operacional, da gestão e da educação:

- Simulação Clínica: Simulação é principalmente usada para estudar, analisar e replicar o comportamento de certas doenças, incluindo processos biológicos no corpo humano.
- Simulação Operacional: Simulação é usada principalmente para a captura, análise e estudo de intervenções no âmbito da prestação de serviços, programação, negócio de saúde, processos e fluxo de pacientes.
- Simulação em Gestão: Simulação é principalmente usada como uma ferramenta para fins de gestão e administração, tomada de decisão, a implementação de políticas e planeamento estratégico.

IMPORTÂNCIA DO LABORATÓRIO DE SIMULAÇÃO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

- Simulação Educacional: Simulação é usada para a formação e para fins educacionais, onde ambientes virtuais e físicos, bem como objetos virtuais, são amplamente utilizados para aumentar e enriquecer a experiência.



Os “simuladores humanos” podem caracterizar-se pelo grau de fidelidade: baixa fidelidade - manequins estáticos; média - permitem alguma proximidade com a realidade; e alta fidelidade - representam o corpo humano, com semelhanças na aparência, sentimentos e respostas aos cuidados, inclusive ao oxigênio e às medicações, contribuindo para estimular o pensamento clínico. Estes últimos são ferramentas altamente fiáveis, de ajuda à tomada de decisão e que permitem implementar políticas de aprendizagem efetiva e de poupança.

A capacitação de profissionais de saúde é dispendiosa, consome tempo, e implica compromisso e dedicação, no entanto é indubitável que a formação

adequada dos profissionais de saúde tem impacto direto sobre a qualidade do serviço (redução de erros/melhores práticas); capacitação essa que se pode conseguir através da simulação já que esta pode aumentar e melhorar a experiência dos profissionais de saúde, familiarizá-los com novos procedimentos e processos, bem como evitar erros causados pela falta de formação e experiência prática (Barjis, 2011).

Para Ziv, Wolpe, Small e Glick (2003) o treino, baseado em simulação, tem sido institucionalizado em profissões de alto risco sobretudo porque elimina questões éticas de manipulação do paciente.

Para os mesmos autores, o laboratório permite aos estudantes experimentar, testar, repetir, errar e corrigir, ao configurar-se como um cenário estratégico e valioso no desenvolvimento das práticas de ensino em cenários de prática de cuidados de enfermagem e médicos. Na realidade, assume-se ser necessário que o processo ensino-aprendizagem crie as oportunidades que permitam vivenciar as situações que levem estudantes e profissionais a adquirir as necessárias competências para o exercício da profissão.

A simulação surge, ainda, como o caminho para evitar a exposição desnecessária do paciente a erros iatrogénicos, melhorando o aproveitamento do tempo de contacto entre o paciente e o estudante, e deixando para o campo clínico a aprendizagem das habilidades impossíveis de ser trabalhadas com modelos, tais como detetar reações fisiológicas complexas, estabelecer comunicação terapêutica e recolher dados acerca da história de saúde-doença.

O ensino baseado em simulação é, na realidade, uma importante vertente na Educação em Saúde, permitindo a qualificação dos profissionais e situando-se entre as mais eficazes formas de melhoria do atendimento assistencial. Efetivamente, o laboratório de simulação realista constitui-se como um meio facilitador para o ensino-aprendizagem, ao nível dos cuidados de saúde em geral, e dos cuidados de enfermagem em particular, apresentando-se como um importante recurso pedagógico e didático.

A Unesco, em 1991, considerou que a aprendizagem assenta em quatro pila-

res fundamentais: *Aprender a aprender; aprender a fazer; aprender a viver juntos e aprender a ser.* Neste sentido, em laboratório de prática simulada pode, também, treinar-se cada um destes pilares, o que culmina numa aprendizagem consistente e refletida. A reflexão sobre as práticas, o permitir-se errar e corrigir, sem o ónus do malefício que ocorreria no paciente, ou seja, sem o dilema ético que daí resultaria, elimina grande parte do stress inerente ao treino de uma técnica ou procedimento, facilitando, por si só, a aprendizagem.



Neste sentido podemos, de facto, afirmar que a simulação oferece uma aprendizagem segura e ética, sem danos para o cliente; possibilita treino direcionado à situação-problema colocada academicamente; permite a repetição de procedimentos, tornando possível ter uma segunda opinião e diminuindo o custo do atendimento, quer do ponto de vista económico quer, daquele que, efetivamente, não tem preço: o sofrimento do paciente por má prática. Para Jeffries (2007), a experiência de simulação promove o pensamento crítico dos estudantes, contemplando cinco fatores: *objetivos, fidelidade, solução do problema, apoio e feedback.* Os *objetivos* indicam as orientações para a aprendizagem. A *fidelidade* representa o grau de aproximação à realidade, cujo ambiente apresenta características singulares do cenário em causa: clínica, quarto de hospital, enfermaria, ambulatório ou domicílio. O problema apresentado

academicamente deve ser *passível de resolução*, os modelos representam e apresentam-se como se fossem humanos, devendo estar programados para perguntar e responder a questões concretas, o que permite ao estudante *apoiar-se* nisso e tomar decisões. O *feedback* deve ser dado logo no final da situação para que possam existir as devidas correções (Rothgeb, 2008; Beckman & Lee, 2009).

Conscientes do atrás exposto, no Centro de Formação de Saúde Multiperfil (CFS), dá-se primazia à pedagogia inovadora, ambicionando constantemente a excelência na formação dos estudantes. Por tal facto, e concretizando no caso do laboratório de prática simulada, deste Centro de Formação, afirma-se que este permite aos profissionais da Clínica Multiperfil e aos estudantes dos Cursos de Especialização – para Técnicos de Enfermagem e para Licenciados em Enfermagem e em Medicina - o treino adequado ao desenvolvimento das competências específicas de cada área de atuação, já que se encontra dotado com modelos; material de consumo clínico, mapas, modelos anatómicos e equipamento de alta tecnologia, como por exemplo: monitor/desfibrilhador; carro de urgência, entre outros.



IMPORTÂNCIA DO LABORATÓRIO DE SIMULAÇÃO NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

As aulas práticas e a prestação de cuidados aos pacientes são experiências que, geralmente, geram grandes níveis de ansiedade nos estudantes, por inexperiência, por confronto com a falta de perícia, por medo de errar e/ou de ser avaliado.

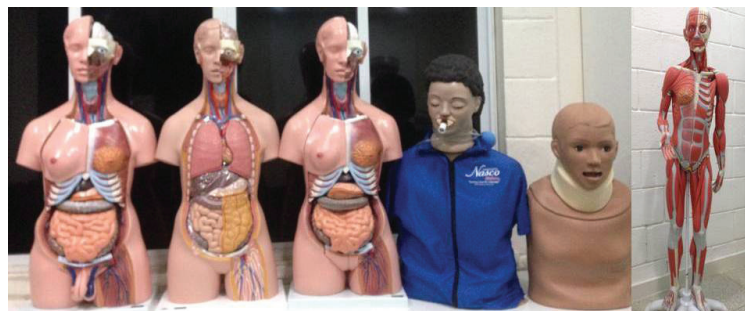
A simulação é uma estratégia bastante utilizada nas unidades curriculares dos cursos ministrados no CFS, para o ensino-aprendizagem de técnicas e procedimentos necessários à prestação de cuidados. As estratégias, que colocamos ao dispor dos estudantes, passam pela multiplicação da disponibilização de meios informáticos que permitem, quer a pesquisa em bases de dados internacionais, quer o treino dos registos informatizados, bem como passa pela prática em manequins, em cenários o mais reais possível e que permitem reproduzir a grande maioria das situações com que os estudantes lidam em contexto clínico.

Preocupados com a segurança do paciente, a Direcção da Clínica Multiperfil e o corpo docente do CFS, têm-se empenhado fortemente no apetrechamento e utilização do laboratório de práticas, fazendo com que este seja um espaço para treino e simulação, para o desenvolvimento de habilidades e competências, sobretudo da prática de procedimentos invasivos, o que capacita para a realização de acções passíveis de causar sofrimento, com o menor dano possível.

CONCLUSÕES

A literatura internacional e a experiências das instituições académicas mais avançadas, em todo o mundo, têm dado realce à relevância da simulação, no processo ensino-aprendizagem na área da saúde. A Clínica Multiperfil e o seu Centro de Formação, tudo fazem para acompanhar esta orientação mundial e por isso, no decurso da formação que tem sido ministrada no CFS, dão preferência à prática simulada como estratégia de ensino e que inclui a demonstração de técnicas, apresentação de material e equipamentos e o desenvolvimento da prática "com o estudante fazendo". Constatase

que a simulação possibilitou que a aprendizagem dos estudantes melhorasse fortemente, possibilitou que estes adquirissem mais segurança, mais confiança, mais habilidade e destreza motora, conseguindo melhor relação teoria/prática "pela visualização da situação" em cenário muito próximo do real. Considera-se que este método pode contribuir para um ensino bem sucedido, com grande repercussão na qualidade dos cuidados prestados e consequentes ganhos em saúde.



BIBLIOGRAFIA

- Bancks, J. (1998). *Handbook of simulation: principles, methodology, advances, applications and practice*. Atlanta: John Wiley & Sons, Inc.
- Banks, J. (2000). *Introduction to simulation*, in Proceedings of 2000 Winter Simulation Conference, Joines, J.A.; Barton, R. R.; Kang, K.; & Fishwick, P. A. (eds).
- Barjis, J. (2011). *Healthcare simulation and its potential areas and future trends*. SCS M&S Magazine, 1, 1-6.
- Beckman, T.J & Lee, M. (2009). Proposal for a collaborative approach to clinical teaching. *Mayo Clinic Proceedings*, 84(4)339-344.

Ingalls, R.G. (2001). *Introduction to simulation*, in Proceedings of 2001 Winter Simulation Conference, Peters, B.A.; Smith, J.S.; Medeiros, D.J.; & Rohrer, M. W. (eds).

Jeffries, P. (2007). Clinical simulations in nursing education: valuing and adopting an experiential clinical model. *Create Future*, 4 (7) 2-3, Disponível em: <http://www.nursingsociety.org/Publications/Newsletter/Documents/CTF_V4_7.pdf>. Acedido a 10 Abril de 2014.

Pazin Filho, A. & Sandro Scarpelini, S. (2007). Simulação: definição. *Medicina*, Ribeirão Preto, Simpósio: Didática II – Simulação, 40 (2) 162-166.

Rothgeb, M.K. (2008). Creating a nursing simulation laboratory: a literature review. *Journal of Nursing Education*, 47(11) 489-494.

Sousa J.F.R.A.; Assaf P.L.; Antunes T.P.; & Melo M.C.B. (s.d.) (2014). Laboratório de simulação: uma evolução no treinamento médico. Actas do *IV Congresso de Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde (2009)*. Acedido a 14, Fevereiro, 2014 in <http://www.cbtms.org.br/congresso/trabalhos/083.pdf>.

Teixeira, I.N.D.O. & Félix, J.V.C. (2011.) Simulation as a teaching strategy in nursing education: *interface - comunicação, saúde, educação*. 15 (39)1173-1183. Acedido a 14, Fevereiro, 2014 in <http://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=14143283&AN=71721698&h=0CbOZbrUiYlkQ65ECRrOg%2bUrK9fZtpWhERBuT6VpMoYUleiwuOJqymSb1xDcfmHh3e4OFMM2fvAzAhBgn9Phfg%3d%3d&crl=f>

Ziv, A.; Wolpe P.R.; Small S.D. & Glick S.(2003). Simulation-based medical education: an ethical imperative. *Academic Medicine*, 78(8)783-788.

ARTIGOS | 5 - PROFORSA - PROJECTO DE FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE POR MEIO DO DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS NO HOSPITAL JOSINA MACHEL E EM OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE E REVITALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE EM ANGOLA

PROFORSA - PROJECTO DE FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE POR MEIO DO DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS NO HOSPITAL JOSINA MACHEL E EM OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE E REVITALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE EM ANGOLA

Autor: Paula Risa Tomaru¹

1 - Projecto de Cooperação Triangular (ProFORSA), Representante da Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA)

Palavras-chave: cooperação triangular em Angola, revitalização dos cuidados em saúde, gestão em saúde

Entidades

Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA)

Agência de Cooperação Brasileira (ABC) e Ministério da Saúde de Angola (MINSÁ)

Entidades formadoras

Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Universidade Estadual de Campinas e Hospital Estadual de Sumaré (HES)

Peritos vindos do Japão e Brasil em áreas específicas

INTRODUÇÃO

O *“Projecto para o Fortalecimento do Sistema de Saúde através do Desenvolvimento de Recursos Humanos no Hospital Josina Machel e Outras Unidades de Saúde e Revitalização da Atenção Primária de Saúde em Angola”* nasceu da de-

manda de Angola em fortalecer o Sistema de Saúde e melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes de acordo com normas e directrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Angola, oficialmente denominada República de Angola, ex-colónia portuguesa, alcançou a independência após longa luta em 1975 e depois viveu uma vasta luta interna que perdurou até 2002, tornando essencial a reconstrução do país.

O país possui uma população estimada em 20 milhões e 820 mil habitantes (Banco Mundial, 2012), sendo 49% concentrada em grandes centros urbanos especialmente em Luanda, capital administrativa do país, e conta com 18 províncias administrativas.

Dentro deste contexto, a Agência de Cooperação Internacional do Japão (denominada JICA) iniciou sua actuação em um projecto realizado de 2002 a 2005, como resultado de solicitação por parte do Governo de Angola para a reestruturação do Hospital Maria Pia/Josina Machel, referência a nível nacional, e da Maternidade Lucrecia Paim.

Após esta fase foi verificada a necessidade de investir em treinamento e capacitação técnica dos profissionais inclusos no Sistema de Saúde e, para que a efectividade fosse alcançada, iniciou-se uma parceria com a Agência Brasileira de Cooperação no sentido de facilitar a troca de informações e, conscientes da facilidade pela partilha da Língua Portuguesa, seria possível alcançar mais facilmente, os técnicos de saúde, pelo que se iniciou a Cooperação Triangular entre Angola, Brasil e Japão. Como resultado deste acordo foram conceptualizados, organizados e realizados cursos, permitindo que 750 profissionais pudessem usufruir de formações nas áreas de Administração Hospitalar, Im-

giologia, Enfermagem, Laboratório Clínico e outros.

Após esta fase inicial, a avaliação final sugeriu a necessidade de dar continuidade às formações e capacitações, sendo proposto e assinado novo projecto de Cooperação Triangular com ênfase no fortalecimento dos recursos humanos e tendo como foco a formação, capacitação e qualificação dos recursos humanos em atenção terciária e a revitalização dos cuidados primários denominado ProFORS.

O citado projecto com duração de três anos de execução foi iniciado em 2012 e conta com coordenação local no apoio a todas as acções realizadas internamente ou externamente e a condução das acções juntamente com Comité de Coordenação Conjunta, de Implementação Conjunta e com os pontos focais indicados pelo Ministério da Saúde de Angola.

DESENVOLVIMENTO

As linhas de desenvolvimento do Plano de Acção do projecto foram baseadas no fortalecimento dos recursos humanos por meio de formações e qualificação em áreas denominadas prioritárias de acordo com as necessidades levantadas no diagnóstico de necessidades, levando em consideração o actual contexto, e envolveram profissionais do Sistema de Saúde em parceria com o Ministério da Saúde, através de cooperação dos recursos humanos qualificados e recursos financeiros de Angola, Brasil e Japão.

Com o intuito de alcançar o objectivo esperado, ou seja, impacto na qualidade da assistência, iniciou-se o levantamento de dados e informações a respeito do Sistema de Saúde de Angola, bem como da situação das unidades e dos recursos humanos nomeadamente de quatro centros de saúde de referência de Luanda (Ilha, Samba, Terra Nova e Cassequel) e dos hospitais centrais (Maternidade Lucrecia Paim e Hospital Josina Machel), a fim

de que as instituições responsáveis pelas formações, capacitações e desenvolvimento de competências pudessem obter uma visão mais concreta da situação.

Entre as constatações foi verificado que, na atenção terciária, há necessidade de rever a base organizacional de funcionamento das unidades visto que os processos referentes a normas e procedimentos não estão claramente implementados, que existe falta de uniformização da informação e padronização de saberes de uma mesma unidade, ocasionando visões e condutas diferentes entre os sectores que integram essa unidade, com riscos acrescidos da ocorrência de eventos adversos e erros durante a condução do tratamento do utente com consequências evidentes e directas na qualidade da assistência prestada. E por outro lado, em outros serviços que utilizam este manual de funcionamento para uniformização dos procedimentos foram detectadas carências de actualizações e integração dos mesmos na rotina diária, promovendo o aumento de custo e desperdício de recursos humanos e financeiro.

Com relação aos recursos humanos foi encontrado uma grande variedade de profissionais, clínicos e administrativos, com diferentes níveis de qualificação, sendo na sua maioria de nível médio ou básico, de diferentes nacionalidades e, conseqüentemente, diferentes tipos de condutas profissionais que não são devidamente registados ou padronizados. Outro ponto observado é a escassez de técnicos em saúde, seja em número ou em qualificação, gerando a desmotivação dos mesmos devido a maior carga de trabalho ou divisão diferenciada das responsabilidades. O trabalho é organizado por sistema de turnos, sendo que há muitos profissionais faltosos ou com redução da carga horária (licença saúde, reforma por tempo de serviço e estudantes) e o sistema de contratação de recursos humanos é através de concurso público o que dificulta a reposição dos mesmos na velocidade necessária para repor o quadro.

A situação é muito parecida com a encontrada nas unidades básicas de saúde (como as trabalhadas dentro do projecto) que atuam com algumas fragilidades, concretamente:

- Ocupam locais com infra-estruturas físicas não adequadas para o funcionamento de uma unidade de saúde com a acessibilidade respeitada, devido ao tipo de utentes que recebe;
- Grande fluxo de pessoas somente no período da manhã;
- Consultas e acompanhamentos ao utente com informações anotadas no Livro de Registo por dia de funcionamento do sector, sem levar em consideração o processo clínico do utente;
- Não há processo de acompanhamento da saúde de cada utente;
- Distribuição aleatória sem obedecer a critérios de relevância dos serviços com grande confusão no fluxo de utentes e informação;
- Carência de manutenção adequada dos equipamentos ocasionando roturas de funcionamento, *stock* de consumíveis/insumos sem a definição de planeamento anual ou mesmo de conhecimento geral da unidade;

Apesar do investimento contínuo, por parte do executivo, e das formações em cada entidade, foram detectados diversos aspectos que reduzem o impacto real, como: dificuldade em cumprir ou elaborar o Planeamento Estratégico obedecendo aos indicadores e metas estabelecidas, falta de Manual de cada serviço, falhas na monitorização contínua, avaliação das acções e acções correctivas de processo, descrição escrita, divulgada e treinada das rotinas e procedimentos internos dos serviços e o encaminhamento do feedback de todas as informações das unidades por parte das instituições superiores. Dentro deste contexto, o profissional de cada serviço não possui uma definição clara das suas funções, obrigações, direitos e deveres no cumprimento das

suas funções, proporcionando uma maior ocorrência de eventos adversos, e reflectindo-se na qualidade e eficácia do tratamento prestado, assim como, na regulação do próprio sistema.

Dentro do contexto nacional diversas unidades foram inauguradas, contudo, a formação, o número de técnicos em saúde e a contratação dos mesmos, ainda é insuficiente para acompanhar este ritmo ocasionando a contratação de profissionais pouco qualificados e/ou com pouca experiência para assumir a gestão de determinadas áreas com especificações técnicas elevadas e níveis de intervenção muito elevados, colocando em risco o utente e, consequentemente aumentando o índice de mortalidade e morbidade dentro dos serviços de saúde.

Considerando esta realidade de contexto, a Universidade Estadual de Campinas, responsável pela atenção terciária dentro do projecto, direccionou as formações a fim de capacitar os gestores a elaborar, aprovar, treinar e monitorar a descrição e implementação das normas e rotinas estabelecidas dentro de cada área do serviço hospitalar e, mais importante, proporcionar a integração dos diferentes sectores internos no sentido de promover a fluidez das informações e do tratamento de cada utente. Todas as informações e documentos gerados servirão de base para a elaboração do Manual de funcionamento do serviço, constituindo um meio fácil e actualizado de acesso as informações aos profissionais actuantes e a integração dos mesmos em suas unidades.

Para que o planeamento fosse estabelecido e cumprido, foram nomeadas comissões responsáveis pela gestão deste processo, juntamente com o Corpo Director de cada entidade. Dependendo do perfil de cada entidade (seja paciente crítico-Hospital Josina Machel ou gestante-Maternidade Lucrecia Paim) foram elaboradas formações com o intuito de direccionar e promover a integração dos diferentes sectores que necessitam do funcionamento pleno e coordenado para prover o suporte necessário dentro da linha de cuidado

PROFORS - PROJECTO DE FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE POR MEIO DO DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS NO HOSPITAL JOSINA MACHEL E EM OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE E REVITALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE EM ANGOLA

com o utente. As formações foram realizadas dentro das unidades com o levantamento dos processos, análises internas, avaliação do fluxo de informações e utentes, levantamento de dados disponíveis, visitas e discussões com responsáveis e técnicos de área, discussões em sala de aula, dinâmicas em grupo, actividades práticas, reuniões técnicas, videoconferência e emissão de relatórios.

Com a evolução das formações foi possível promover a integração de gestores de unidades de nível primário ou secundário com o intuito de multiplicar estas acções favorecendo a troca de informações e a integração entre as diferentes unidades para promover o fortalecimento do sistema de referência e contra referência.

Durante as formações iniciadas em Setembro de 2012, foram seleccionados os gestores dos serviços responsáveis por eleger uma comissão e, posteriormente aprovar um modelo padrão para as normas e rotinas de procedimentos, seja clínico ou administrativo, detalhando cada procedimento considerado essencial no funcionamento a de cada sector. Em cada encontro foram apresentadas e discutidas diversas situações e os documentos aprovados foram apresentados ao Corpo Director, representantes da cooperação e do Ministério da Saúde. As formações foram intercaladas com períodos de dispersão com o intuito de colocar em prática os assuntos abordados e orientar aos outros membros como elaborar as rotinas para a padronização e melhor entendimento dos outros sectores envolvidos neste fluxo.

No total foram planeados sete encontros presenciais intercalados entre os dois hospitais com actividade presencial junto com formadores da instituição parceira (Universidade Estadual de Campinas/Hospital Estadual de Sumaré) com duração de duas a três semanas intercaladas com actividades acompanhadas pela coordenação do projecto e o Colegial Gestor de cada serviço. Todas as actividades desenvolvidas foram acompanhadas por re-

presentantes do Ministério da Saúde e outros reflectindo a participação e interacção dos diferentes níveis de governabilidade com o intuito de dar continuidade às actividades e integração dos serviços.

Para as unidades pertencentes a atenção primária foi desenvolvido um trabalho com os gestores das unidades para o diagnóstico da situação, territorialização da área de abrangência de cada unidade, discussões para a elaboração conjunta do Planeamento Estratégico e os passos para a implementação em todos os níveis de governabilidade.

Foram no total 10 módulos intercalados entre formações e monitoramentos que acompanharam a reabilitação e reestruturação das unidades e denominado Curso de Especialização de Gestão em Unidades Básicas desenvolvido por docentes da Fundação Oswaldo Cruz.

No total participaram 32 alunos fixos com acréscimo em módulos temáticos de mais 20 técnicos, especialmente das unidades seleccionadas, Direcção Provincial de Saúde de Luanda, Escola Técnica de Saúde de Luanda, Comissão Administrativa da Cidade de Luanda e outras unidades.

Através desta formação foi possível seleccionar alguns itens prioritários que foram apresentados e implementados durante o desenvolvimento dos módulos, especialmente voltados para cuidado materno infantil, como:

- Modelo de Processo Clínico: com as directrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde de Angola no decreto executivo 02/11 de 28 do 06, elaborou-se um documento adaptado às necessidades das unidades básicas de saúde, discutido e organizado com as autoridades e dirigentes mas que levou em consideração a sua aplicabilidade nas unidades com a participação dos técnicos inseridos neste processo de elaboração final;
- Arquivo e recepção: na implementação das recomendações houve a ne-

cessidade de reorganizar as recepções, arquivo e os recursos humanos a fim de armazenar os documentos relativos ao acompanhamento de cada tratamento e cuidado dispensado ao utente;

- Organização dos serviços em cada unidade de saúde: com o estudo do fluxo de informações e utentes foi elaborado um modelo a ser introduzido nas unidades no sentido de facilitar o acesso aos serviços e otimizar recursos, seja humano ou financeiro ou tempo;
- Melhoria dos instrumentos de acompanhamento da saúde materno infantil: através de uma avaliação feita por peritos do Japão, foi possível realizar a colecta de dados, discussão e adaptação de um novo modelo de Caderno de Saúde Materno Infantil que vai acompanhar a gestante e a criança até a idade de cinco anos com as novas políticas designadas pelo Executivo, metas do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário e Programas Nacionais de Saúde Pública. Foi feito a partir da integração do modelo de Caderno de Pré Natal e o Cartão de Saúde Infantil, sendo responsável pela identificação de áreas que deveriam passar por actualizações e reforços em suas formações para habilitar os formadores nos treinamentos da implementação em unidades piloto testando a aceitação e adequação do mesmo e depois expandir a outras províncias auxiliando na melhora do controlo da mortalidade e morbidade materno infantil. Outro detalhe importante foi o trabalho conjunto feito com vários parceiros envolvidos em saúde do Ministério da Saúde formando uma comissão, responsável pela revisão, elaboração monitorização e avaliação dos materiais;
- Actuação das principais autoridades no sentido de planear e efectivar junto com o assistencial as recomendações feitas em cada formação no sentido de melhorar as unidades e investir na melhora das unidades envolvidas no projecto;

- Apoio do Ministério da Saúde no sentido de orientar as acções e resultados concretos dentro de todas as unidades;
- Engajamento de todos os membros e formação de uma comissão de alunos e representantes de todos os níveis, tanto para a atenção terciária quanto para a primária, que serão responsáveis pela finalização do processo e difusão do modelo implementado.

Com a participação de todos os membros foi possível dar seguimento às recomendações e conclusões das formações, sendo que no actual momento as unidades estão sendo reabilitadas para o favorecimento de todas as recomendações e o apoio em outras unidades a fim de aumentar as unidades modelos e propagar para outras localidades.

Quanto aos outros níveis, este trabalho propiciou a melhoria da comunicação e cumprimento das directrizes e normativas estabelecidas, com a participação dos membros do cuidado assistencial tornando as sugestões e recomendações viáveis.

Dentro das formações executadas, foram desenvolvidas palestras e *workshop* por peritos vindos do Japão e Brasil em temas considerados relevantes para a melhora das acções, bem como formações oferecidas pelo Japão e Brasil no exterior.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

No sentido de dar maior evidência às actividades desenvolvidas em Luanda, foram realizados módulos presenciais aproximadamente de duas a três semanas intercalados com períodos de actividades de dispersão relacionadas com as recomendações do módulo anterior e, posteriormente, no sentido de promover um maior estreitamento entre as equipas, foram feitas reuniões,

discussões e integração entre as autoridades e representantes de diferentes níveis para apoiar a sustentabilidade e auxiliar no processo de implementação das recomendações finais. Outra estratégia utilizada foi o trabalho com comissões de representantes/alunos de cada nível de atenção, responsáveis pela divulgação, discussão e apresentação dos resultados colhidos nas formações. Através deste tipo de intervenções foi possível construir uma via de comunicação entre os responsáveis pela elaboração dos programas de saúde e os técnicos de diferentes níveis de atenção à saúde.

Durante as formações locais houve a preocupação de integrar os pontos focais e alunos no processo de construção do Planeamento Estratégico e na implementação do mesmo, o que poderá ser replicado em cada uma das áreas que envolvem o centro de saúde de referência e os hospitais centrais. Com este processo foram agregados representantes de outros serviços, seja no nível primário quanto terciário de acordo com a relevância do tema desenvolvido.

Todo este processo foi discutido junto a uma Comissão de Coordenação e outra de Implementação que foi nomeada e formada com o intuito de facilitar as acções sugeridas.

Com a participação de profissionais qualificados do Brasil e Japão foi possível desenvolver formações e trocas de experiências nos diferentes grupos de representantes da área de saúde e dar continuidade ao suporte político das acções a serem desenvolvidas durante a execução do projecto. Outro ponto trabalhado foi o fortalecimento da comunicação interna e de diferentes serviços a fim de normatizar as acções e promover a divulgação das acções.

Durante a formação foram identificadas outros temas desenvolvidos por meio de formações em Luanda com peritos seleccionados de acordo com a temática solicitada, vindos especialmente do Japão e Brasil, como: Hu-

manização de Parto, Programa de Melhoria da Vida para a Comunidade e Autoridades Locais, Emergência em Grandes Catástrofes e Manutenção de Equipamentos Hospitalares.

Outra oportunidade foi a formação no exterior, tanto para o Japão quanto para o Brasil em áreas como: Planeamento de Política em Saúde, Gestão de Cuidados Materno Infantil, Gestão de Enfermagem, Saúde Pública, Controle de Infecções, Tuberculose, Promoção da Saúde e Municípios Saudáveis, Manutenção de Equipamentos, Atenção Humanizada, e outros.

Outra oportunidade efectivada foi o encaminhamento de gestores de serviços, seja em atenção terciária e primária, ao Brasil com o objectivo de acompanhar e visualizar o modus operante das áreas trabalhadas em Angola e poder auxiliar no processo de implementação das recomendações e conclusões de cada unidade.

RECOMENDAÇÕES

No âmbito da atenção terciária foram feitas as seguintes recomendações:

- Elaboração do Manual de funcionamento de acordo com os termos estabelecidos juntamente aos alunos e Corpo Director dos serviços, priorizando a organização das áreas participantes e não participantes com o favorecimento da organização e a qualidade do serviço prestado;
- Elaboração e Normatização dos procedimentos e rotinas promovendo o trabalho coeso da equipa e a revisão destes materiais por causa da constante mudança dentro da área de saúde;
- Integração entre os serviços no sentido de elaborar os fluxos em comum das áreas e da responsabilização de cada membro da equipa em cada etapa do processo para a conclusão e melhora do atendimento;

- Distribuição dos utentes nas áreas de acordo com a complexidade de cada caso, a fim de evitar constrangimentos devido ao fluxo elevado de utentes que recorrem aos serviços de grande complexidade sem necessidade e vice-versa;
- Fortalecimento das unidades com a integração dos serviços e com o aumento da rede sanitária concretizará o fortalecimento do Sistema de Referência e Contra Referência da Saúde;
- Investir na formação de profissionais que atuam na área de apoio, administrativa para favorecer a integração dos serviços;
- Realizar acções correctivas do processo de acordo com o andamento do processo de implementação.

Com relação aos cuidados primários, no sentido geral:

- Organização das unidades para melhorar o fluxo de informações e utentes dentro dos serviços através da sectorização dos serviços internos de acordo com a relevância;
- Melhoria e actualização da comunicação visual interna e externa para a optimização do tempo gasto dentro das unidades facilitando o encaminhamento dos utentes e a localização das unidades dentro das cidades;
- Promover a acessibilidade de cada unidade garantindo o acesso universal e o respeito pelas pessoas portadoras de deficiências ou com dificuldade de mobilidade;
- Implementação do processo clínico padrão com integração de todos os detalhes do acompanhamento do utente em cada visita e tratamento realizado pelo mesmo (História Clínica);
- Implementação e organização do arquivo clínico actualizado com todos os processos de cada utente atendido;
- Implementação de Planeamento Estratégico e determinação de metas e indicadores de processo;
- Melhoria do acompanhamento da gestante e da criança menor de cinco anos com a implementação e utilização do Caderno de Saúde Materno Infantil em todas as unidades sanitárias, com as actualizações referentes a novos testes, vacinas, avaliação do desenvolvimento neuro pisco motor e detecção precoce de anormalidades;
- Melhoria da comunicação entre os diferentes níveis de governabilidade no sentido de facilitar a discussão entre as políticas propostas e o melhor modo de implementação por parte do assistencial e seus gestores;
- Actualização permanente das mudanças implementadas, seja em relação aos serviços, recursos humanos, aspectos administrativos, aspectos organizacionais e de infra-estrutura para todos os técnicos e utentes.

CONCLUSÕES

Durante o tempo em que se procedeu à colecta de dados, análise e elaboração das formações, discussão do desenvolvimento do processo e conclusões alcançadas em conjunto, acções correctivas e ajustes entre as equipas, considerou-se que o mais importante aspecto a valorizar foi a participação activa de membros de todos os níveis de governabilidade, permitindo que aspectos organizacionais, administrativos e técnicos fossem levados em consideração para a implementação das acções e acompanhamento de cada etapa.

Por isso é importante ressaltar o papel fundamental da comunicação para

PROFORSA - PROJECTO DE FORTALECIMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE POR MEIO DO DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS NO HOSPITAL JOSINA MACHEL E EM OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE E REVITALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE EM ANGOLA

que os processos sejam discutidos, aprovados, divulgados, treinados e disponibilizados ao conhecimento geral, e assim participar de modo activo e contínuo na regulação dos serviços. Outro aspecto relevante é a actualização dos processos, uma vez que a área da saúde é dinâmica e o acesso aos dados permite que possamos acompanhar todas as actualizações processuais e o utente aproveitar dos resultados positivos.

Concluiu-se também, que tanto a atenção primária quanto a terciária necessita de uma base organizacional bem estruturada uma vez que os recursos humanos e financeiros são limitados e o Sistema de Saúde encontra-se em constante mudança, por isso, as contribuições realizadas no âmbito das acções do Projecto ProFORSA permitiram que este aspecto fosse levado em consideração em todas as formações e os serviços que hoje participam já estão levando adiante as recomendações sugeridas em forma de trabalho conjunto e seguindo um planeamento em determinadas áreas tidas como estratégicas.

© FEC | *Fundação Fé e Cooperação 2016*

Quinta do Cabeço, Porta D | 1885-076 Moscavide

Tel. 21 886 17 10 | Fax. 21 886 17 08 | geral@fecong.org

www.fecong.org

Publicação apoiada pela DGS, no âmbito do Projeto FORVIDA – Formação para a Vida, uma parceria:

