

MIGUEL DOS SANTOS DE OLIVEIRA

Dissertação de Mestrado

Assistência Médica na Rede Pública de Cabinda / República de Angola: como melhorar a qualidade a partir da gestão de quadros médicos.

Orientadora: ELIZABETH ARTMANN

RIO DE JANEIRO, 2005.

## FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela biblioteca da  
Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro-Brasil.

Oliveira, Miguel dos Santos de

Assistência Médica na Rede Pública de Cabinda/República de Angola: Como melhorar a qualidade a partir da gestão de quadros médicos / Miguel dos Santos de Oliveira.-Rio de Janeiro, 2005.

Dissertação (Mestrado)- Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Planejamento e Gestão.

Área de concentração: Gestão e Planejamento de unidades e sistemas de saúde.

Orientadora: Elizabeth Artmann.

Palavra Chave - Recursos humanos em saúde, médicos, Gestão de Recursos humanos, Planejamento Estratégico Situacional, motivação.

Um Postal de Cabinda - República de Angola  
Oceano Atlântico: A Nossa Costa



Para chegar a lugares onde ainda não estivemos, é preciso  
passar por caminhos pelos quais ainda não passamos.

MAHATMA GHANDI

Dedicatória:

- À todos aqueles que acreditaram e acreditam em mim..., especialmente à minha orientadora, Elizabeth Artmann, pela compreensão, entusiasmo e todo auxílio prestado.
- À minha família, pelo apoio.
- Aos meus filhos, para os quais não tenho palavras, somente lágrimas de amor e ...
- Pela justiça, respeito, solidariedade, reciprocidade...e justiça (bis)....
- Finalmente, as pessoas que na minha vida foram tão hábeis me manipulando, torturando e me fazendo sofrer por muitos e longos anos, aos quais não guardo rancor mas agradeço-lhes por me terem dado determinação para o mestrado e inspiração para esta dissertação.

## **RESUMO**

Este trabalho apresenta um estudo sobre a assistência médica na rede pública de Cabinda / República de Angola e tem no seu epicentro a pergunta, “como melhorar a qualidade a partir da gestão de quadros médicos”. O estudo parte do pressuposto de que os gestores têm dificuldades para o recrutamento de profissionais para a província e a fixação destes nas suas zonas rurais e conseqüentemente, identificam-se dificuldades da população para ter acesso aos cuidados médicos.

O estudo abrange o período compreendido do ano 2001 a 2004 e tem como objetivo estudar o atual quadro de recursos humanos médicos da área pública da Província de Cabinda visando contribuir para o desenho de estratégias de melhorias de acesso e qualidade de assistência médica.

A pesquisa foi realizada através da aplicação de um questionário cujo roteiro buscou responder as questões sobre motivação, produtividade, rotatividade, condições de atendimento e capacidade de resposta no tocante à qualidade.

Para análise dos resultados das entrevistas utilizamos métodos de análise qualitativa e ferramentas do planejamento estratégico situacional. Algumas categorias previamente definidas como qualificação (especialização e educação continuada), motivação, condições de atendimento e remuneração nortearam a análise.

Constatamos ao longo do estudo que a qualidade da assistência médica em Cabinda é baixa considerando que os usuários, bem como os profissionais, não conseguem satisfazer as suas necessidades. O índice médico/ habitante por exemplo, é extremamente baixo sendo a média de 1 médico para 3.356 habitantes e em algumas localidades não existe nenhum sequer para atender uma comunidade de mais de 35.000 habitantes para além das deficientes condições de trabalho e a pouca motivação dos profissionais.

Foi construída uma rede de causalidade, a partir dos resultados dos questionários que aplicamos aos médicos e gestores, e apresentamos propostas de ações para o enfrentamento da situação como por exemplo, o recrutamento e admissão de novos médicos, financiamento de bolsas de estudo e reorganização dos serviços e reestruturação da rede de saúde.

O estudo conclui que é necessário aprofundar a pesquisa sobre o assunto em outros grupos profissionais e que a elaboração e implementação de políticas que visam o melhoramento da gestão dos profissionais do setor pode contribuir para o melhoramento da qualidade do atendimento médico na província.

Palavra Chave - Recursos humanos em saúde, médicos, Gestão de Recursos humanos, Planejamento Estratégico Situacional, motivação.

## **ABSTRACT**

This Work presents a study about public health care in Cabinda province, Republic of Angola, and has as its core question, “how to improve quality beginning with the management of medical personnel”. This study start from pressupposition that managers have difficulties in recruiting professionals for the province and assigning them to rural areas and, consequently difficulties are identified in enabling the population`s access to medical care.

This study covers the period from 2001 to 2004, and has as its goal to study the current scheme of Cabinda`s public medical human resources, aiming to contribute in designing of strategies to improve both access and health care quality.

The research was carried out through a questionnaire that attempted to answer questions on motivation, productivity, rotativity, work conditions and ability to respond qualitatively to health care issues.

To analyse the results of the survey, we employed methods of qualitative analysis and tools of strategic situational planning. Some categories previously defined as qualification (specialisation and continuing education), motivation, assistance conditions and remuneration, permeated the analysis.

We found out by this study that the quality of health assistance is low considering that health care users as well as medical professionals, can not satisfy their needs. The index doctor/citizen , for example, is extremely low reaching the average of one doctor per every 3.356 citizens, and in some locations there is not a single doctor to atend a community of over 35.000 citizens, beyond the poor work conditions and the weak motivation of the professionals.

A network of causality was built from the questionnaire results that we received from doctors and managers, and we have offered proposals to deal with the situation, as for example, recruiting e admission of new doctors, scholarships financing, reorganization of services, and the overall restructuring of Cabinda health care network.

This study concludes that further research is needed over this issue in other professional groups and that the designing and implementation of policies that aim to improve the tenure of the professionals in this area, may well contribute to the improvement of quality in the Cabinda province health assistance.

Key words-Human Resources for Health , Doctors, Management of Human Resources, Situational Strategic Planing, Motivation.

---

**ÍNDICE**

<b>RESUMO</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>LISTA DE SIGLAS</b> -----	<b>9</b>
<b>LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS</b> -----	<b>10</b>
<b>I. INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA</b> -----	<b>11</b>
<b>II. OBJETIVO GERAL</b> -----	<b>19</b>
<b>III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> -----	<b>19</b>
<b>III.1. Pressupostos</b> -----	<b>19</b>
<b>IV. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA</b> -----	<b>20</b>
<b>V. RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: ASPETOS CONCEITUAIS, ESTRATÉGICOS E POLÍTICO-INSTITUCIONAIS</b> -----	<b>23</b>
<b>V. 1. Recursos Humanos em Saúde. Principais Categorias</b> -----	<b>24</b>
<b>V.2. Formação em Saúde e de Médicos em Particular</b> -----	<b>25</b>
<b>V.2.1. Formação de Profissionais de Saúde</b> -----	<b>26</b>
<b>V.2.1.1. Formação Permanente</b> -----	<b>27</b>
<b>V.2.1.2. Especialização em Saúde</b> -----	<b>28</b>
<b>V. 3. Colocação, Rotatividade e Retenção de Profissionais</b> -----	<b>29</b>
<b>V.3.1. Colocação/Redistribuição do Pessoal</b> -----	<b>30</b>
<b>V.3.2. Rotatividade / Fixação (Retenção)</b> -----	<b>31</b>
<b>V.3.3. Saúde Rural</b> -----	<b>34</b>
<b>V.4. Fatores de Motivação dos Profissionais de Saúde</b> -----	<b>36</b>
<b>V.4.1. Motivação do Profissional e Humanização do Atendimento</b> -----	<b>36</b>
<b>V.4.2. Remuneração de Profissionais</b> -----	<b>40</b>
<b>V.5. Acessibilidade e Qualidade em Saúde</b> -----	<b>42</b>
<b>V.5.1. Acessibilidade</b> -----	<b>42</b>
<b>V.5.2. Qualidade em Saúde</b> -----	<b>44</b>

---

<b>V.6. Organizações de Saúde, Política e Planejamento de Recursos Humanos e Planejamento Estratégico Situacional</b> -----	<b>47</b>
<b>V.6.1 -Organizações de Saúde.</b> -----	<b>47</b>
<b>V.6.2. Política de Recursos Humanos</b> -----	<b>50</b>
<b>V.6.3. Planejamento de Recursos Humanos</b> -----	<b>52</b>
<b>V.6.4. Planejamento Estratégico Situacional (PES)</b> -----	<b>55</b>
<b>VI. RESULTADOS DO ESTUDO</b> -----	<b>60</b>
<b>VI.1. Profissionais Médicos</b> -----	<b>60</b>
<b>VI.2. Alunos em Formação</b> -----	<b>61</b>
<b>VI.3. Quadro Salarial dos Profissionais Médicos de Cabinda</b> -----	<b>62</b>
<b>VI.4. Rede Sanitária</b> -----	<b>63</b>
<b>VI.5. A Visão dos Médicos e Gestores Sobre a Saúde em Cabinda</b> -----	<b>66</b>
<b>VII. SITUAÇÃO DA SAÚDE EM CABINDA: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> -----	<b>80</b>
<b>VIII. NOVAS PERSPECTIVAS PARA A SAÚDE EM CABINDA</b> -----	<b>86</b>
<b>VIII. 2. Comentários e Desafios à Proposta</b> -----	<b>100</b>
<b>IX. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> -----	<b>103</b>
<b>X. REFRÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> -----	<b>105</b>
<b>IX. ANEXOS</b> -----	<b>111</b>

LISTA DE SIGLAS

- D.D.A.**-----Doenças Diarréicas Agudas
- D.R.A.**-----Doenças Respiratórias Agudas
- D.R.H.**-----Departamento de Recursos Humanos
- D.S.**-----Diretor da Saúde
- ENSP**-----Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
- GEPE**----- Gabinete de Estudos, Planeamento e Estatística do Governo de Cabinda
- H.C.C**-----Hospital Central de Cabinda
- KZS(Kwanzas)**-----Moeda Nacional de Angola
- O.M.S.**-----Organização Mundial da Saúde
- ONU**-----Organização das Nações Unidas
- OPAS**-----Organização Pan-Americana da Saúde
- PES**-----Planejamento Estratégico Situacional
- PEACOR.**-----Programa Especial de Apoio às Comunidades Rurais
- P.R.H.S**-----Planejamento de Recursos Humanos em Saúde
- PITS**-----Programa de Interiorização dos Trabalhadores da Saúde
- RH**-----Recursos Humanos
- RHS**-----Recursos Humanos da Saúde
- USD**-----Dólar dos Estados Unidos de América
- AIDS**-----Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

## LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

### Figuras

**Figura nº 1-Mapa de África e Angola.---11**

**Figura nº 2-Mapa da Província de Cabinda---13**

**Figura nº 3-Esquema do Estudo (de LUCENA M., 1995)---22**

### Quadros

**Quadro nº 1-Densidade Populacional da Província de Cabinda e seus**

**Municípios--14**

**Quadro nº 2-Médicos Colocados na Rede Pública de Cabinda---15**

**Quadro nº 3-Alunos em Formação em Saúde com o Apoio do Governo da**

**Província---62**

**Quadro nº 4-Tabela Salarial de algumas Categorias de Médicos---63**

**Quadro nº 5-Critérios de Classificação das Estruturas Sanitárias da Província---64**

**Quadro nº 6 a.--Unidades Sanitárias com Estrutura Física em Bom Estado---65**

**Quadro nº 6 b.- Unidades Sanitárias com Estrutura Física em Estado Regular---65**

**Quadro nº 6 c-Unidades Sanitárias com Estrutura Física em Estado Ruim---66**

**Quadro nº 7 -Resultado das Entrevistas---77**

**Quadro nº 8-Médicos das Redes Pública e Privada de Cabinda---112**

**Quadro nº 9-Perfil dos Profissionais Entrevistados---113**

**Quadro nº 10 - Consolidado de alguns Parâmetros Médico-assistenciais---114**

## I. INTRODUÇÃO/JUSTIFICATIVA

Dentre os múltiplos problemas que a saúde nos países em vias de desenvolvimento enfrenta está a escassez, má distribuição dos recursos humanos vinculados à saúde, nomeadamente os quadros médicos o que contribuí para a má qualidade de assistência médica e medicamentosa às populações, baixo impacto das ações preventivas, dificuldades de acesso aos cuidados de Saúde e a ausência de práticas permanentes de promoção da saúde. Na prática cotidiana, os médicos muitas vezes são substituídos por auxiliares ou técnicos médios de enfermagem.

A província de Cabinda, objeto deste estudo, situa-se no norte de Angola. O território de Angola, de 1.246.700 km<sup>2</sup>\*, localiza-se na região ocidental da África Austral, entre os paralelos 4°22' e 24°25'. O país está dividido político-administrativamente por 18 províncias, 193 municípios e 475 comunas\* (vide fig. 1).

**Fig.1.-Mapas de África e Angola**



Fonte do mapa :

<http://groups.msn.com/comunidadevirtualdebenguela/martinhokavayamapasdeangol.msnw?action=ShowPhoto&PhotoID=213-18/11/2005>

\* Fonte - Site oficial do consulado geral do governo de Angola no Estado Brasileiro do Rio de Janeiro

Angola é um país eminentemente jovem (47,5% população com menos de 15 anos) \*, com altos índices de natalidade (48,4%) \* e fertilidade, elevadas taxas de mortalidade infantil (260/1000 nascimentos) \*\* e mortalidade geral (18,8%) \*, com uma importante população rural (acima de 50%), majoritariamente concentrada temporariamente nos grandes centros urbanos como consequência da guerra que terminou há 3(três) anos no País. Persiste, ainda alguma instabilidade político-militar na província em causa, e com significativa proporção da população vivendo em comunidades espalhadas e com dificuldades de comunicação.

A situação epidemiológica da região caracteriza-se por elevadas taxas de incidência e prevalência de algumas endemias e epidemias bastante comuns na África subsareana, nomeadamente, a malária, D.R.A, AIDS, parasitoses intestinais, D.D.A, etc.

### **Caracterização da Província de Cabinda**

A província de Cabinda, rica em petróleo e madeira, com 7.270 km<sup>2</sup>, é a província situada mais ao norte de Angola, como referido acima, e encontra-se separada do resto do território nacional por uma faixa de território de cerca de 40 km pertencente a República Democrática do Congo.

Como se pode observar no mapa abaixo (fig. nº 2), 2 (dois) dos seus 4(quatro) municípios, Cabinda e Cacongo localizam-se na costa atlântica, enquanto que os outros dois, Buco-Zau e Belize, situam-se fora da costa, isto é, no interior. Os municípios Cacongo, Buco-zau e Belize encontram-se a uma distância de 50km, 120km e 180 km da cidade capital, respectivamente. Cabinda possui um clima tropical úmido em toda a sua extensão com precipitações anuais que rondam os 800 mm. A temperatura média anual oscila entre os 25 e os 30°C. No interior a semelhança de outras províncias do país, Cabinda tem uma população bastante dispersa, vivendo em comunidades espalhadas, em cerca de 400 aldeias\*\*\* e com dificuldades de comunicação, em alguns casos.

---

\*Fonte-Instituto Português de apoio ao desenvolvimento

\*\*Fonte-UNICEF 2002

\*\*\*Fonte- Site do governo de Cabinda

Figura nº 2-- Mapa de Cabinda



Fonte -1992 Magellon Geographic Santa Bárbara ca- (0800929-4627)

Cabinda possui uma população avaliada em 228.233\* (duzentos e vinte e oito mil, duzentos e trinta e três) habitantes e é caracterizada por um elevado número de jovens, cerca 40% com menos de 15 anos, estando 58% concentrada na cidade de Cabinda (segundo o *site* oficial do Governo de Cabinda).

A densidade populacional dos quatro municípios que compõem a província é: Cabinda com 69 hab./km<sup>2</sup>, Cacongo, com 10 hab./km<sup>2</sup>, Buco-Zau, com 16 hab./ Km<sup>2</sup> e Belize com 69 hab/km<sup>2</sup>. Mais dados estão no quadro nº 1, a seguir.

---

\* Fonte-Censo de 2001 do Gabinete de Estudos,Planeamento e Estatística do Governo da Província de Cabinda

**Quadro nº 1 --Densidade Populacional da Província de Cabinda e seus Municípios**

	Nº Habitantes	Área em Km2	Dens.hab/km2
<b>Província de Cabinda</b>	<b>228.233</b>	<b>7.283</b>	<b>31</b>
Município de Cabinda	160.380	2.340	69
Município de Cacongo	18.070	1.733	10
Município de Bucu-Zau	34.521	2.115	16
Município de Belize	15.262 *	1.096	14

Fonte-Mapa de dados demográficos da Província de Cabinda do Gabinete de Estudos Planeamento e Estatística (GEPE) do Governo de Cabinda.

(\*) Estimativa feita pelo GEPE, por inacessibilidade a algumas áreas do município.

Cada um dos municípios tem 2(duas) comunas perfazendo um total de 8 (oito), havendo já nalguns casos, incluindo nas comunas do interior, algumas estruturas sanitárias reabilitadas e reequipadas pelo governo da província após um longo período de destruição, saque e/ou abandono motivado pela guerra que assolou a região, cuja presença do médico ainda não é uma realidade conforme veremos mais adiante. Importa destacar que algumas das estruturas sanitárias têm sido construídas e/ ou reabilitadas com o apoio das empresas que exploram petróleo na província e do Fundo de Apoio Social que beneficia-se de um financiamento do Banco Mundial.

Dos 62 (sessenta e dois) médicos existentes na rede pública apenas 21(vinte e um) são nacionais e destes somente 4 (quatro) são especializados; um em cirurgia, dois em ginecologia – obstetrícia e um em cirurgia maxilo – facial. Parte importante dos nacionais, cerca de 28,5%, para além do seu papel clássico de diagnóstico e terapêutico, também se ocupa do gerenciamento das instituições e 19% encontra-se no exterior em formação.

Assim se considerarmos o referido por Rigoli e col.(1995), que as diferentes estimativas técnicas da dotação ideal de recursos médicos necessários para assistir eficazmente uma população variam entre 8 e 13 para cada 10.000 habitantes (SCHONFELD, OPAS, 1973), existe um grande *déficit* de médicos em Cabinda, com uma estimativa global de 1 médico para 3356 habitantes, verificando-se nalguns municípios, a proporção de 1

médico para 34.521 habitantes com as características já mencionadas (como é o caso do município de Buco-zau). No entanto, a estimativa global não corresponde com a prática, pois como referido acima, parte significativa dos médicos que compõem esta cifra exercem cargos de direção e chefia e outros ainda encontram-se no exterior do país em formação.

Quando se observa a sua colocação se constata que a grande maioria se concentra na cidade capital da província (município sede) nomeadamente no hospital central de Cabinda, unidade sanitária de referência na região e nos 5 (cinco) centros de saúde aí localizados (vide quadro2).

Quadro nº 2-Médicos colocados na Rede Pública da Província.

Médicos	Especializados		Não Especializados		
	a) HCC	b) mun. Interior	HCC	mun. sede	mun. interior
Nacionais	05	-	13	02	01
Estrangeiros	40	01	-	-	-

Fonte: Relatório da D.P. Saúde de Cabinda, 2003.

Legenda: a) -H.C.C – Hospital central de Cabinda

b) -3 Municípios do interior da Província

Para além da insuficiência de quadros médicos, fenómeno que se regista não só em Cabinda, particularmente nos seus municípios, mas também ao nível das diversas províncias do país, existem outros fatores que agravam a situação neste âmbito, como os motivacionais, destacando-se a problemática referente ao critério diferenciado na atribuição de salários, inclusive aos expatriados (estrangeiros não residentes) que funcionam na mesma unidade, má remuneração dos médicos nacionais o que faz com que estes adotem o regime de empregos múltiplos no intuito de aumentar a sua renda com uma série de empregos nos diversos subsistemas que compõem o ramo, dedicando como consequência tempo mínimo no subsistema público.

A adoção do regime de empregos múltiplos é impensável nos municípios do interior tendo em conta a incipiente organização de serviços, tanto públicos como privados, bem como a crise econômica e financeira vivenciada. As diversas estruturas de saúde não funcionam em rede como desejado levando os médicos a concentrarem-se no hospital local de referência, única estrutura com alguma formação *in job* e com possibilidade de

troca de experiência entre médicos inclusive de diferentes especialidades e onde os serviços internos de diagnóstico são mais diferenciados.

Observa-se de igual modo, indefinição de fluxos de capacitação e formação nos distintos níveis. Mesmo com iniciativa local, considerando a falta de descentralização financeira em alguns casos ou a insuficiência do orçamento, em outros, no nível municipal, os cursos de curta duração nas unidades sanitárias, no exterior da província e também os de pós – graduação não são extensivos aos profissionais colocados nas regiões do interior.

Constatam-se também dificuldades no tocante aos cursos de graduação em medicina, pois apesar da província dispor de 3 (três) núcleos de ensino superior, nenhum deles oferece este curso. Assim, todos os interessados são obrigados a recorrer às instituições universitárias localizadas na capital do país (Luanda), com recursos financeiros próprios considerando a indefinição da política de bolsas internas. Contudo, alguns alunos da província estão se graduando em medicina com o suporte financeiro parcial do governo da província (o governo custeia a matrícula e as mensalidades nas respectivas universidades ficando os demais gastos, por sinal a maior parte, a cargo dos próprios alunos) o que os obriga a retornarem à província no final da formação como contrapartida pelo apoio recebido.

As manifestações do apontado acima, segundo nossas observações como trabalhador e gestor da direção provincial da saúde, para o nível provincial são:

- Insuficiência de quadros médicos.
- Pouca motivação.
- Ausências freqüentes dos médicos do local de trabalho, particularmente quando de plantão.
- Visitas rápidas aos doentes internados considerando o multi-emprego.
- Pouca qualificação dos profissionais.
- Concentração dos médicos no hospital central de cabinda, unidade de referência da região.
- Pouco comprometimento dos médicos nacionais com os objetivos da instituição. O mesmo se verifica com os médicos estrangeiros. Estes encontram-se nas instituições por um período de tempo muito curto ou por vezes, com contrato de trabalho dependente de outras instituições.
- Atraso no pagamento de salários, quer aos estrangeiros com contrato direto com o ministério da saúde, quer aos nacionais.

- Baixos salários para os médicos nacionais.
- Como conseqüência do referido acima se verifica uma deficiente assistência médica.

Para o nível municipal, os reflexos intimamente inter-relacionados, seqüencialmente, são:

- Índice médico / habitante extremamente baixo.
- Dificuldades de fixação dos quadros que são aí colocados e que se consubstanciam no seguinte:
  - Recusa de alguns médicos em aceitarem a sua colocação.
  - Abandono dos profissionais aí colocados provocando a descontinuidade da assistência.
  - Não funcionamento dos programas de transferências temporários internos, previamente elaborados, e

conseqüentemente, a falta ou deficiente qualidade de assistência médica prestada.

Destacam-se também dificuldades na gestão de outros profissionais do setor cuja insuficiência é notória em todos os níveis da província com maior destaque no nível das comunas, sobretudo as do interior. Sublinha-se que, a província não dispõe de nenhum técnico graduado em saúde pública, gestão hospitalar e de sistemas de saúde, bem como de eletrotécnicos para equipamentos hospitalares.

É oportuno referir que a atenção médica eficaz não está limitada ao tratamento da enfermidade em si, mas deve considerar o contexto no qual a doença ocorre e no qual o paciente vive, destacando-se os danos ambientais, ambientes sociais mórbidos geradores de epidemias, sociopatias e psicopatias e o pouco impacto/ausência das ações preventivas.

A carta de Ottawa (1986) considera que os diferentes profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal da saúde no centro, têm a responsabilidade de contribuir para a mediação entre os diferentes interesses, em relação à saúde, existentes na sociedade com o objetivo de se elaborar e implementar políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde (BUSS P.M., 2000).

Portanto, a presença de um profissional de saúde em locais com elevadas taxas de analfabetismo e carência também de profissionais qualificados de outros setores, nomeadamente de saneamento básico, hidráulica, desporto, assistência social, entre outros, como se verifica no espaço territorial em análise, reveste-se de grande importância para implementação coordenada de uma ação intersetorial, sob o rótulo do

desenvolvimento local integrado e sustentável e a conseqüente dinamização das ações de caráter preventivo.

É neste contexto e, baseando-se na nossa experiência como profissional, gestor de saúde e de administração pública que nos levou ao interesse pela temática e pela introdução de melhorias na gerência do sistema e serviços de saúde, particularmente dos seus recursos humanos. O que se pretende com este trabalho é contribuir para pensar estratégias para melhor recrutamento, colocação, redistribuição, formação e motivação dos médicos que trabalham e/ou que venham a trabalhar na província de Cabinda, em particular.

Neste período de transição, pós-guerra no país e instabilidade político-militar residual no interior da província, é de se sublinhar alguma intencionalidade política de fortalecer a assistência através da rede pública de saúde, enfrentando-se, no entanto, com limitações de várias ordens, tanto para a alocação de recursos, como na capacidade técnica, que permitiria a implementação desta vontade de mudança. Portanto, será necessário estudar e elaborar uma política, para a região, de desenvolvimento de recursos humanos como principais ativos estratégicos de qualquer organização que contemple os aspetos de planeamento e programação não se descurando os fatores motivacionais com o objetivo de se tomar no devido momento as decisões necessárias para que a rede pública da saúde da província possa dispor de profissionais, com as devidas competências e habilidades nos distintos setores, instituições e níveis e na medida do possível, com o menor nível de custos.

Objetiva-se com este estudo, contribuir com sugestões para elaboração de uma estratégia de planeamento e gestão dos quadros médicos de Cabinda, fornecer subsídios para estudos posteriores sobre a temática, bem como criar as bases para discussões posteriores nos três níveis de governo (municipal, provincial e nacional). Pode também servir, provavelmente, de incentivo para estudos idênticos em outras províncias do país e noutros grupos de profissionais da saúde das diversas carreiras, nomeadamente de enfermagem, técnicos de diagnóstico, fisioterapeutas, farmacêuticos, entre outros e, sobretudo contribuir na melhoria da qualidade de assistência médica na região da incidência da pesquisa.

## II. OBJETIVO GERAL

Estudar o atual quadro de recursos humanos médicos da área pública da província de Cabinda, República de Angola, visando contribuir para o desenho de estratégias de melhorias de acesso e qualidade de assistência médica.

## III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Proceder o levantamento da situação atual no tocante a gestão de quadros médicos públicos (através da análise documental, entrevistas com gestores locais de Saúde e profissionais médicos do setor).
- 2.- Conhecer a estrutura física da rede sanitária.
- 3.- Discutir vias que permitam o aperfeiçoamento dos mecanismos de redistribuição do pessoal médico.
- 4.- Mensurar as necessidades de formação e áreas de especialização, a curto, médio e longo prazos de médicos por comunas e municípios.
- 5.- Discutir estratégias que facilitam a fixação dos profissionais médicos no interior.
- 6.- Contribuir para o desenho de um programa concreto e circunstanciado para uma melhor gestão e planejamento dos profissionais médicos.

### **III.1. Pressupostos**

Partimos do pressuposto de que em Cabinda há indefinição de fluxos de capacitação e formação de médicos, acesso à formação médica e em saúde pública limitado, dificuldades de fixação de médicos e de outros quadros do setor da saúde no interior, má remuneração e falta de outros incentivos, existência de um clima de tensão, em algumas áreas do interior da província, gerada pela instabilidade político – militar residual, regime de múltiplos empregos resultante dos baixos salários, insuficiente e/ou deficiente rede de estruturas sanitárias na região culminando tudo isso com a baixa qualidade de assistência médica.

#### IV. ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Este estudo abrange o período de 2001 à 2004 o que se justifica por alguma nossa participação como um dos gestores do sistema de saúde da província (até 2003) o que permitiu ter acesso aos dados e acompanhar de perto todo o processo referente à assistência médica e medicamentosa da província.

Apesar da província de Cabinda enfrentar dificuldades no tocante a todo universo dos recursos humanos do setor da saúde, a prioridade deste estudo foi dada aos médicos, pois é este grupo que no final acaba desempenhando papel preponderante no diagnóstico de doenças e cuja ausência em um determinado local provoca constrangimentos de várias ordens. Destacam-se neste domínio as transferências constantes para as unidades de referência, dispêndio pelo governo de avultados recursos financeiros com a contratação de médicos estrangeiros (expatriados) que nem sempre se adaptam as condições socioeconômicas e culturais locais e em algumas circunstâncias revelam dificuldades no exercício da medicina adaptada às condições epidêmicas e endêmicas da região.

Deste modo é importante um estudo sobre o assunto que apresente propostas técnicas e científicas que possam contribuir na reformulação da política de gestão de quadros médicos da Província.

Outro fator que pesou na escolha foi a inserção do pesquisador no cotidiano da situação relatada na introdução bem como a facilidade do acesso aos dados.

Os profissionais, alvos deste estudo, são em particular os do subsistema público onde funciona a grande maioria dos médicos da província num total de 62 médicos. Assim sendo, estão enquadrados no estudo, médicos nacionais e estrangeiros não residentes. O tempo de permanência dos médicos estrangeiros em Cabinda é de 1 a 3 anos, em média. Os dados mais detalhados sobre os médicos colocados na Província estão no capítulo referente ao resultado do estudo.

Assim, para a persecução dos objetivos propostos no estudo, recorreremos a vários métodos de pesquisa, como relatamos, a seguir:

-Para o alcance do primeiro objetivo, procedemos à análise documental (relatórios da direção local da saúde, do conselho de administração do hospital central de Cabinda e das secções municipais), bem como entrevistas com gestores da direção provincial da

saúde, como órgão que define as políticas e regras para o sistema da saúde da província, do hospital central de Cabinda, maior unidade sanitária e o único de referência da província. Entrevistamos, de igual modo, responsáveis municipais da saúde e profissionais médicos do setor, cujo roteiro do questionário encontra-se nos anexos.

O critério de escolha dos responsáveis foi o de maior responsabilidade, aqueles que exerciam os maiores cargos de direção e chefia e de representatividade, aqueles que tinham maior domínio da situação.

O roteiro da entrevista buscou responder as questões sobre motivação, produtividade, rotatividade, rotação (transferências temporárias para os municípios do interior, ciclicamente), condições de atendimento e capacidade de resposta no tocante à qualidade.

Para análise dos resultados das entrevistas utilizamos métodos de análise qualitativa e ferramentas do planejamento estratégico situacional. As seguintes categorias previamente definidas: qualificação (especialização e formação permanente), motivação, condições de atendimento e remuneração nortearam a análise. Outras categorias não previstas inicialmente foram incorporadas ao longo da pesquisa, como as sugestões para melhorar o quadro da saúde na Província.

Para complementar os dados das entrevistas recorreremos ao banco de dados do departamento dos recursos humanos da direção provincial da saúde para levantar dados sobre a colocação, rotação/rotatividade, regime salarial de médicos, número de alunos em formação com o apoio do governo da província.

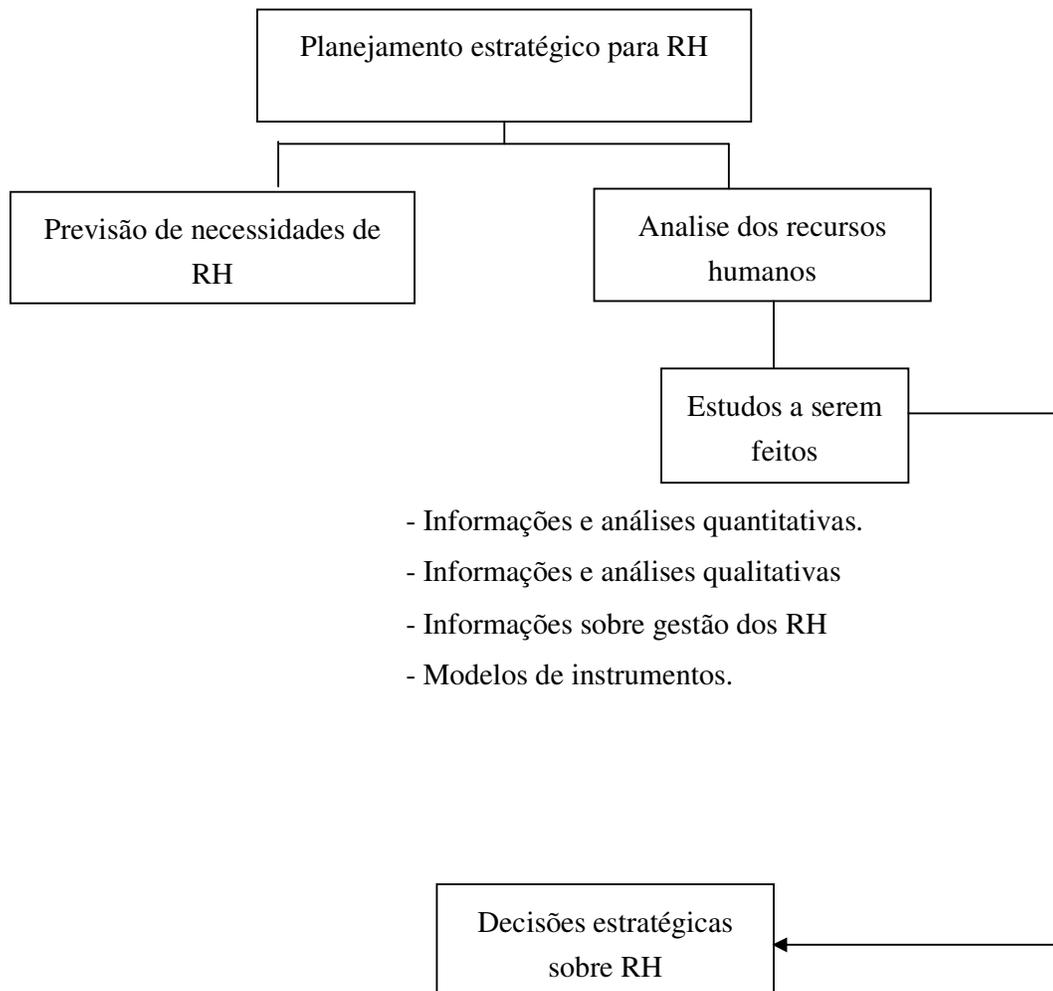
-Para o alcance dos objetivos 2, 3 e 4 baseamo-nos nas contribuições de vários autores, como Chiavenato, Pierantoni, Mintzberg, Matus, Artmann, Seixas, entre outros, no método do planejamento estratégico situacional e em parte nos resultados das entrevistas. De igual modo, utilizamos também a análise documental (relatórios anuais da direção da saúde da província, conselho de administração do hospital central de Cabinda e das secções municipais da saúde) para levantamento de dados sobre os recursos humanos, capacidade instalada no que tange a estrutura física.

Outros dados quantitativos sobre a população da província, tabela salarial praticada, situação epidemiológica, alunos em formação, foram obtidos junto do gabinete de estudos, planejamento e estatística do governo da província, do departamento dos recursos humanos da direção local da saúde, da administração do hospital central de Cabinda e do gabinete plano e estatística da direção da saúde de Cabinda.

Os *sites* da O.M.S e de outras instituições de apoio ao desenvolvimento da comunidade Européia e da O.N.U foram também fontes importantes de dados para o alcance dos mesmos objetivos.

Portanto para o alcance dos objetivos 5 e 6 recorreremos aos autores referidos acima e a partir do planejamento estratégico situacional de Carlos Matus (1996) construímos uma rede explicativa utilizando dados qualitativos e quantitativos, identificando os nós críticos da situação estudada. Foram consideradas ainda as seguintes variáveis apresentadas no esquema (fig.nº 3) abaixo (LUCENA M., 1995:240):

**Figura nº 3-Esquema do Estudo**



#### **IV.1. Considerações Éticas**

Tratando-se de uma pesquisa que envolve seres humanos, tivemos em consideração a resolução n° 196, de 16.10.96, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil que trata das diretrizes e normas reguladoras sobre este tipo de pesquisas.

Foram garantidos aos nossos entrevistados, profissionais médicos e responsáveis do setor da saúde na província, o total respeito ao anonimato e confidencialidade bem como o uso ético dos dados a serem divulgados apenas através de artigos científicos considerando os benefícios do estudo para a saúde da população. Esclareceremos antecipadamente todas as pessoas auscultadas, sobre o que se pretendia o que permitiu conseguir-se deles o pleno, prévio e livre consentimentos. Foi utilizado o termo de livre consentimento anexo, assinado por todos. Garantimos aos entrevistados o tratamento objetivo, cuidadoso, escrupuloso e responsável dos dados.

Em suma, esta pesquisa está assente em quatro referências básicas da (bio) ética expressas na mesma resolução ou seja: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

#### **V. RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE: ASPETOS CONCEITUAIS, ESTRATÉGICOS E POLÍTICO-INSTITUCIONAIS**

A abordagem que buscamos levar a cabo com este estudo tem, como referido atrás, no seu epicentro o médico, um dos principais componentes do quadro dos recursos em Saúde, ao lado dos técnicos dos distintos grupos profissionais do setor por desempenhar um papel preponderante no processo de diagnóstico e terapêutica. Assim, para além vários aspectos (conceitos, políticas, estratégias de gestão e fixação, etc), ligados à gestão dos recursos humanos em saúde, em geral, com as suas especificidades, analisamos a seguir, também e com alguma profundidade, aspetos inerentes especificamente ao ambiente onde os profissionais estão inseridos e mecanismos de gestão.

## V. 1. Recursos Humanos em Saúde. Principais Categorias

Uma noção ampla do conceito reconhece o recurso humano em saúde (RHS) como um conjunto de agentes capazes de desenvolverem ações de saúde, sejam as de promoção, proteção, recuperação ou reabilitação. Estes envolvem os profissionais, os técnicos e o pessoal de nível auxiliar e elementar, inclusive os agentes comunitários habilitados ou informais (PAIM, 1994: 3)

Os recursos humanos em saúde carregam em si a especificidade de produção dos serviços de saúde, que se caracteriza como trabalho coletivo, enquanto processo, e é centrado no ser humano e todas as suas acepções, enquanto objeto (IZUMINO e col. 1997).

No decorrer da década de 70, os estudos sobre os recursos humanos da área da saúde concentravam-se na análise e interpretação da prática médica; as preocupações teóricas que buscavam as relações saúde e sociedade giravam em torno do trabalho médico. Somente na década de 80 começa-se a superar os particularismos das categorias profissionais para pensar no trabalhador em saúde. O crescimento e a diversificação do emprego em saúde justificava a utilização de uma categoria abrangente da gama de funções e atividades que vinham se realizando nas instituições de saúde (CECCIM R.B.2002:377)

Ceccim (2002) refere que Médicos e colaboradores (1999: 100-102) tentam discernir quem são os profissionais, os trabalhadores e o pessoal da saúde.

Segundo Ceccim (2002), os referidos autores definem os profissionais da saúde como “aqueles que estando ou não ocupados no setor da saúde, detêm formação profissional específica ou capacitação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde” (p.377).

Os trabalhadores de saúde seriam “todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde ou em atividades de saúde”, independentemente de formação específica para o exercício das funções correspondentes ao setor (p.377).

Pessoal da saúde é definido “como o conjunto de trabalhadores que, tendo formação ou capacitação específica -prática ou acadêmica – trabalha exclusivamente nos serviços de saúde” (p.377-378). São os trabalhadores do setor com habilitação profissional na área específica. A principal distinção do profissional da saúde é a sua formação/capacitação, podendo estar ocupado ou não, atuando dentro ou fora do setor, atuando ou não na sua profissão.

Para Mishina e col.(2002: 140) “o recurso humano em saúde é gente; Gente que cuida de gente; Gente que trabalha para viver; Gente que tem seus próprios objetivos; Gente que se comunica para superar problemas; Gente que anseia por proporcionar e desfrutar de uma melhor qualidade de vida”. São nestas diversas vertentes de análise que se deve inserir o conceito de Recursos Humanos em saúde.

Entretanto, considerando que o enfoque do nosso estudo incide sobre o profissional médico importa referir que faz parte deste grupo, todo aquele profissional da saúde com formação específica (com graduação e/ou pós-graduação) para o exercício de medicina. De acordo com o Boletim Médico da SIMESC (Sindicato dos médicos do Estado de Santa Catarina) de Julho/Agosto/Setembro de 2004, tecnicamente, o médico pode ser definido como o ser humano pessoalmente apto, tecnicamente capacitado e legalmente habilitado para atuar na sociedade como agente profissional da medicina, o que lhe assegura o direito de praticar os atos que a legislação permite ou obriga.

Sublinha-se que não basta alguém se sentir apto para exercer um ato profissional, é preciso estar capacitado e habilitado para tal. A capacitação profissional possui características peculiares que a diferenciam e individualizam, como veremos mais adiante, no capítulo inerente à formação.

Considerando o que salienta Gary Dessler (2003) que, a gestão de recursos humanos refere-se às práticas e às políticas necessárias para conduzir os aspectos relacionados às pessoas no trabalho de gerenciamento, especificamente à contratação, ao treinamento, à avaliação, à motivação e ao oferecimento de um ambiente bom e seguro de trabalho aos empregados da instituição, a seguir fazemos uma abordagem sobre alguns destes conceitos. De todo modo, vale referir que entre essas práticas e políticas, destaca-se a previsão das necessidades de trabalho e o recrutamento de candidatos, a sua seleção, a orientação e formação de novo pessoal, o gerenciamento de recompensas e salários, ou seja, enquadra-se neste conjunto, a remuneração de trabalhadores, o oferecimento de incentivos e benefícios, a avaliação do desempenho, o treinamento e o desenvolvimento dos recursos humanos e a construção do comprometimento destes.

## **V.2. Formação em Saúde e de Médicos em Particular**

De acordo com Santana e Christóvão (2005) a cultura científica e o desenvolvimento tecnológico são dimensões constitutivas das sociedades contemporâneas. Os vetores da modernização e do desenvolvimento são os definidores das sociedades atuais - "sociedades da informação" ou "sociedades do conhecimento". Portanto são sociedades

que exigem do profissional profundos conhecimentos e o pleno domínio das suas respectivas profissões, permitindo assim que as organizações onde estejam inseridos alcancem os seus objetivos.

Isto é fundamental para as organizações de saúde que têm especificidades próprias, como veremos no capítulo respectivo, que as distinguem das outras organizações. A formação de profissionais para o setor também se reveste de particularidades. Tendo em conta o referido acima, é importante fazer uma abordagem sobre a formação de profissionais fazendo inicialmente análise dos aspectos gerais, e posteriormente cingir-se na formação em saúde.

### **V.2.1. Formação de Profissionais de Saúde**

A formação é um elemento crucial para o desenvolvimento dos recursos humanos, possibilita que a organização atinja o seu objetivo, que é de proporcionar uma resposta adequada e consentânea com as exigências externas. Por outro lado, permite que as pessoas desenvolvam competências para o pleno exercício de um dado ofício.

A rápida mutação que se tem registrado nas duas últimas décadas na estrutura das diversas organizações, nos métodos de trabalho e de tomada de decisões obrigam a preparar a força de trabalho para a mudança e para funcionar com um novo paradigma.

Camara e col.(2001:404) recordam que “se são os indivíduos que alimentam o processo organizativo de qualquer instituição e é através deles que se geram os resultados, então a eficácia organizacional depende da eficácia das pessoas que a compõe”. Esta eficácia só se atinge com pessoas altamente formadas.

A formação pode ser geral ou profissional, técnica ou comportamental, escolar-feita nas escolas de nível médio e superior ou no serviço (aprimoramento) -visa complementar a formação universitária, reciclar e especializar os profissionais na respectiva área de atuação.

A formação técnica é preponderante, pois garante a capacitação técnico-profissional ao indivíduo enquanto que a formação comportamental cria a motivação para a mudança (CAMARA e col., 2001).

Quanto ao sujeito a formação pode ter como alvo: o indivíduo, o grupo ou a instituição. Deste modo e em termos gerais se pode apontar os seguintes objetivos de formação (CAMARA e col., 2001:415):

- a) Desenvolver as capacidades profissionais dos formandos para que possam contribuir melhor no desempenho das suas tarefas.
- b) Desenvolver nos formandos comportamentos e atitudes que lhes permitam ter maior

eficiência, eficácia, e satisfação profissional no exercício da sua atual função.

c) Proporcionar a aquisição de conhecimentos necessários ao desenvolvimento de carreira prevista.

d) Possibilitar aos formandos o seu desenvolvimento como pessoa.

Como referimos acima, as articulações entre o processo de formação de profissionais e trabalhadores de saúde e a produção de serviços do setor expressam particularidades da relação geral entre educação e trabalho na sociedade. É na capacidade profissional, em sentido mais amplo, do trabalhador de saúde que está a possibilidade do atendimento das necessidades da população.

Assim, os programas de graduação em saúde e em medicina em particular, são desenvolvidos com base em planos acadêmicos elaborados conjuntamente entre o setor da saúde, hospital e a universidade e têm como objetivo buscar a integração dos conhecimentos do estudante e aplicá-los à prática relacionada com programas de saúde mais frequentes (LONDOÑO e col., 2003).

Nesta conformidade e tendo em conta o avanço da ciência e tecnologia médicas registradas todos os dias obrigando aos profissionais o aperfeiçoamento dos seus conhecimentos para corresponderem melhor no exercício das funções se considera imperioso analisar dois conceitos que visam este fim, nomeadamente, a formação permanente e a especialização.

Importa entretanto, de acordo com Ceccim (2002:404) distinguir dois conceitos fundamentais: formação e desenvolvimento de recursos humanos.

Formação – é a habilitação de quadro para a saúde em geral, ocorre nos espaços de educação formal / órgão formador e gera titulação oficial. Por sua vez, o desenvolvimento é a qualificação em serviço, educação permanente dos quadros profissionais ou em cada serviço em particular, pode ocorrer por núcleos de desenvolvimento junto às gerências de RH.

#### **V.2.1.1. Formação Permanente**

A formação permanente ou educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho respondendo as necessidades de qualificação, garantindo a aplicação e relevância em cada serviço dos conteúdos e tecnologias estabelecidas (MS, 2004:10).

A importância da formação permanente que objetiva o desenvolvimento dos recursos e que é a capacitação em serviço do profissional através de estudo de conteúdos

programáticos que favoreçam o pronto e adequado diagnóstico e tratamento de doenças é ressaltado por Dussault (1992) citado por Ceccim (2002) quando refere “que o trabalho em saúde se faz por seus operadores” e estes devem estar aptos para este trabalho dominando completamente as tecnologias específicas incluindo as novas.

Em saúde, como em educação, o trabalho só é possível com gente, salienta Ceccim (2002: 373) “Gente atendendo / ensinando gente”. O trabalho em saúde, ou em educação, só tem eficácia se o cuidador, como o professor, for capacitado para o seu ofício.

Pode-se dizer, concordando com este autor que a formação habilita trabalhadores (operadores) para determinado ofício em diferentes níveis do trabalho (generalistas, especialistas ou pesquisadores), mas ela não assegura a qualificação permanente para o enfrentamento da inovação tecnológica, superação de paradigmas, novas descobertas ou a multidimensionalidade das necessidades individuais e coletivas de saúde ou a abertura para novos perfis de atuação sócio-institucional. Deste modo, programas de desenvolvimento profissional são determinantes da manutenção e melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde. Isso mesmo também recorda Pereira (2001:178) quando afirma que “as competências da área de recursos humanos dependem, para sua operacionalização, de um componente extremamente importante: a educação”, citado por Ceccim (2002).

Nesta perspectiva já é prática em muitos países, para o desenvolvimento dos profissionais do setor, a criação de pólos de formação permanente que funcionam em hospitais ou em instituições de ensino como é o caso de Angola em geral e Cabinda, em particular, embora de forma incipiente nos hospitais de média e alta complexidade, com o intuito de garantir a satisfação desta necessidade. Estes pólos trabalham na perspectiva de construir, a capacidade de pensar e executar a formação profissional e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e dos parceiros intersetoriais. Consideramos ser importante para Cabinda o alargamento do programa aos quadros colocados no interior, devendo o mesmo funcionar nas estruturas mais diferenciadas. Assim, de forma rotativa e gradualmente seriam contemplados todos os profissionais da saúde da província incluindo os de enfermagem, diagnóstico e terapêutico, entre outros.

### **V.2.1.2. Especialização em Saúde**

A especialização enquadra-se no conjunto das ações que objetivam o desenvolvimento profissional.

Segundo Bevilacqua e Sampaio (2002) a especialização é um processo que ocorre após uma formação de caráter geral, portanto, alcançada após a graduação. Corresponde a um conhecimento aprofundado, de caráter vertical, sobre um determinado aspecto do trabalho do profissional, o que o torna mais eficiente na resolução dos complexos problemas colocados em determinado campo de estudo. No caso Brasileiro e na área médica, a condição de especialista pode ser alcançada de dois modos.

O primeiro mediante o mecanismo formal do sistema de ensino, em nível de pós-graduação *lato sensu*, conhecido como residência médica, e *stricto sensu*, através da obtenção dos graus de mestre e doutor; e o segundo, através do reconhecimento formal, por um órgão de certificação profissional, da apropriação de conhecimentos específicos em determinada especialidade.

Segundo ainda os mesmos autores a residência médica tem sido considerada, a melhor forma de aprimoramento profissional e de especialização em medicina. Sua característica básica de treinamento em serviço, sob supervisão, consolida o aprendizado de atitudes que regem a conduta médica.

Este mecanismo também é praticado em Angola, mas somente nos hospitais universitários ou naqueles com vínculo com a formação médica não sendo, portanto, extensivo aos médicos colocados nas províncias e muito menos nos municípios. Este acaba sendo um fator desmotivante para aqueles profissionais colocados no interior do país e é uma das razões dos médicos permanecerem em Luanda (capital do país) mesmo tendo, por vezes, possibilidades de mais rapidamente estabilizarem-se econômica e socialmente nas províncias.

### **V. 3. Colocação, Rotatividade e Retenção de Profissionais**

Os países que enfrentam dificuldades socioeconômicas, onde se enquadram a grande maioria dos países Africanos, têm dificuldades para atender as necessidades das suas populações particularmente nos principais domínios sociais, a saúde e educação. Os discursos nem sempre coincidem com prática. Frequentemente registra-se uma deficiente distribuição de recursos e assimetrias no processo de desenvolvimento. Essas assimetrias, ao lado da má distribuição da renda, faz com os técnicos graduados e sobretudo aqueles com melhor qualificação se concentrem nos grandes centros urbanos e nas áreas com melhores índices de desenvolvimento. É comum verificar-se alguns paradoxos, como a grande concentração de profissionais em algumas localidades e

elevados índices de desemprego de profissionais com a mesma formação nas áreas metropolitanas e em alguns pólos de desenvolvimento industrial. Nesta perspectiva vivenciam-se dificuldades não só para colocação de profissionais em algumas regiões mas também dificuldades para a sua retenção. Com base no exposto acima e tendo em conta a realidade de Cabinda importa fazer uma análise mais aprofundada sobre a colocação, redistribuição, retenção de profissionais nas organizações e sistemas de serviço bem como outros elementos comumente associados á estes conceitos.

### **V.3.1. Colocação/Redistribuição do Pessoal**

A colocação de recursos humanos é o processo que visa “atender às necessidades de recursos humanos da organização a longo/médio/curto prazos e manter todos os cargos/funções adequadamente preenchidas”. (LUCENA, 1995:248).

A redistribuição tem por finalidade tornar a organização ou no caso, o sistema, mais equilibrado no concernente a competências profissionais isto após verificação das posições preenchidas e vagas ou com déficit de quadros exigidos para aquela atividade, tomando-se deste modo providências para o aproveitamento interno de forma racional do pessoal, procedendo-se às movimentações, entenda-se internas, de alguns dos seus profissionais.

Nkomo (2003) refere que as lacunas podem refletir não apenas quantidades de funcionários, mas também sua qualidade, composto de habilidade e diversidade. Além disso, algumas partes de uma organização podem estar passando por uma fase de equilíbrio, enquanto outras estão enfrentando escassez ou excesso.

A escassez como a que verifica neste estudo, pode ser resolvido por meio do recrutamento, tanto interno quanto externo. Para Nkomo (2003) o recrutamento interno oferece a vantagem de maior conhecimento dos conhecimentos ao cargo, menores custos e menor necessidade de orientação. Um dos principais problemas do recrutamento externo, segundo o mesmo autor é identificar as fontes que fornecerão o número e a qualidade necessários de funcionários ao custo mais eficiente.

Do nosso ponto de vista, a fase que a província de Cabinda vive, de escassez generalizada dos profissionais médicos na sede da província e nos municípios, exige que se opte pelas duas vias de recrutamento, tanto interno como externo. Contudo, numa primeira fase considerando que a maioria dos prováveis candidatos são quadros

recém-formados, a prioridade deverá ser dada ao recrutamento externo permitindo que estes se beneficiem de uma fase de adaptação no hospital central de Cabinda passando posteriormente a fase de recrutamento interno com todas vantagens, como as referidas pela Nkomo (2003), nomeadamente, maior conhecimento dos profissionais ao cargo e tarefas e menor necessidade de acompanhamento e orientação.

### **V.3.2. Rotatividade / Fixação (Retenção)**

Um dos grandes desafios para os sistemas de saúde é garantir a equidade como um dos seus princípios organizacionais. A falta de incentivos funcionais e sociais para os profissionais de saúde colocados nas diversas estruturas dos sistemas saúde localizadas no interior dos distintos países se contrapondo as vantagens de toda ordem e benefícios financeiros vigentes nas grandes cidades, a gestão dos serviços de saúde tem encontrado dificuldades para alocar e manter profissionais em locais distantes dos centros urbanos, verificando-se neste caso altos níveis de rotatividade dos profissionais.

Rotatividade de profissionais é caracterizada por Anselmi (1988:14) citada por Borrelli (2004) como “desligamentos de um certo número de empregados e admissão de novos para preencher os claros deixados na organização, revelando a movimentação da força de trabalho entre o mercado de trabalho e a instituição”.

Os fatores que influenciam a rotatividade bem como a retenção rural foram classificados por Hays e Kamien (1998) citados por Borrelli (2004) em três categorias:

-Fatores profissionais - relacionados com a natureza do trabalho, satisfação profissional, condições de trabalho, remuneração, oportunidades de crescimento profissional, acomodações físicas, etc.

-Fatores sociais – relacionados a características pessoais e familiares.

-Fatores externos - relacionados com a comunidade e sua localização geográfica.

Diferentes estratégias têm sido implementadas pelos diferentes Países na tentativa de garantir acesso aos serviços de saúde às populações dos municípios do interior, das áreas rurais, áreas remotas ou regiões mais carentes com populações tão dispersas como é o caso de Cabinda e Angola no geral.

Castro e Alves (2002) descrevem os trabalhos de diversos especialistas apresentados em um seminário internacional sobre o tema “Desafios e Estratégias para a Interiorização dos Serviços de Saúde”, referindo que o problema da distribuição não equitativa de recursos humanos em saúde, ocasionando a baixa oferta de serviços em áreas mais

distantes das zonas urbanas é um fenômeno de ordem mundial, apesar das especificidades relacionadas às diferentes realidades. As apresentações destacaram a situação em cada país participante, enfocando as conseqüências no quadro sanitário e as políticas e estratégias voltadas para o incentivo do trabalho em saúde nas áreas desfavorecidas.

A Tailândia tem implementado várias estratégias integradas, na tentativa de diminuir o desequilíbrio entre o número de médicos das áreas urbanas e rurais, tais como:

- desenvolvimento da infra-estrutura do sistema de saúde rural;
- ações educativas direcionadas ao estímulo e à valorização do trabalho na área rural;
- incentivos financeiros;
- ações sociais;
- suporte logístico e gerenciamento de pessoal.

Não obstante as políticas indutoras em marcha, o problema ainda persiste. Os médicos atuam nas áreas rurais por curtos períodos e 50% deles ainda estão cumprindo contrato compulsório.

Na Austrália, onde 24% da sua população localiza-se em áreas rurais, com características de pobreza e precárias condições de saúde considera-se imprescindível que a rede de serviços de saúde se estenda até essa população.

As estratégias adotadas para alocar profissionais para essas regiões contemplam a atração de estudantes de origem rural, considerando que a origem das pessoas influencia na sua adaptação ao local de trabalho.

A ausência de médicos em zonas rurais continua a ser um problema a ser enfrentado mesmo em países com mais tempo de implantação de seus sistemas nacionais de saúde ou de seus programas de interiorização.

Segundo ainda Castro e Alves (2002) no Brasil, a experiência do programa saúde da família atinge cerca de 70% dos municípios brasileiros; possibilitando, dessa forma, o acesso à assistência básica de saúde de aproximadamente 50 milhões de habitantes, que representa 30% da população do País.

No entanto, apesar desses números, a distribuição sobretudo dos médicos, por Estados da Federação é muito desigual. Nos últimos anos, o Brasil vem formulando políticas no sentido de promover mudanças na formação e distribuição dos profissionais de saúde. Entre essas políticas de caráter indutor, destaca-se o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS), concebido para atender às populações de municípios desprovidos ou com precários serviços de atenção à saúde. Esse programa tem como um dos objetivos impulsionar a reorganização da atenção básica de saúde no país, tendo

como eixo estruturador a estratégia do programa saúde da família. Voltaremos a falar o PITS, posteriormente.

Entretanto existem outras estratégias ao nível das diversas regiões do mundo que visam à garantia de oferta de serviços de saúde a populações moradoras de áreas do interior, de difícil acesso ou mais carentes. Dois modelos, no entanto, têm sido mais frequentemente utilizados: a introdução do serviço civil obrigatório, como contraparte do recém-formado, ao gasto social comprometido com a sua graduação ou a distribuição quase compulsória de postos de trabalho em regiões mais distantes em sistemas de saúde com forte controle estatal sobre o mercado de trabalho.

Existem dificuldades para implementação destes dois métodos em sistemas cujos níveis de gestão são autônomos entre si. Assim, como referido acima, no Brasil, com adaptações locais tem sido implementado com relativo sucesso o programa de interiorização do trabalho de saúde (PITS), cujos detalhes desta experiência, faremos menção abaixo.

É um programa transitório que visa atender as populações de municípios desprovidos ou com precários serviços médico-sanitários, mediante a rotação de médicos e enfermeiros em seus territórios, aos quais se oferecem incentivos financeiros e de formação profissional e tem por objetivo impulsionar a reorganização da atenção básica de saúde e fortalecer o Programa de Saúde da Família. Os incentivos e benefícios do programa são:

- remuneração cujo valor depende da distância da capital e vias de acesso e com acréscimo de 10% como incentivo de permanência.
- tutoria presencial e a distância.
- curso de especialização em saúde de família, de forma presencial e a distância.
- educação continuada sob a forma de ensino em serviço.
- acesso à internet para o processo de tutoria e os módulos de ensino a distância do curso de especialização, bem como acesso à biblioteca virtual.
- fornecimento de kit básico de instrumental médico e de material didático.
- seguro de vida e acidentes pessoais durante a participação no Programa.
- residência e alimentação no município, sob responsabilidade da prefeitura.
- certificados de participação no programa e em curso de especialização.

Por outro lado, o programa prevê a formação e capacitação de equipes para melhorar o desempenho profissional destes em unidades básicas de saúde e beneficia-se de monitoramento e avaliação sistemáticos (SEIXAS e STELLA 2002)

Baseando-se no que refere Chiavenato (2003:179) que “cada organização desenvolve a

política de recursos humanos mais adequada à sua filosofia e às suas necessidades” consideramos que para o caso da província de Cabinda, a experiência Brasileira do PITS é o programa que mais se adapta a realidade local, pois concilia os aspectos da motivação intrínseca e extrínseca devendo, entretanto ser ajustado às dificuldades socioeconômicas vivenciadas. A propósito, já existe na Província experiência, embora não muito significativa com um programa que previa entre outros aspectos a construção de infra-estruturas escolares e sanitárias e a colocação e fixação de professores e médicos nas zonas rurais denominado PEACOR (Programa Especial de Apoio às Comunidades Rurais) encerrado há cerca de 5 anos por razões inerentes a sua deficiente concepção e gestão.

Para o sucesso deste tipo de projetos e programas, de colocação e fixação de profissionais deve-se considerar o que refere Borrelli (2004) baseada em Humphreys (1998) que o tempo mínimo de permanência em uma comunidade rural não pode ser definido de forma uniforme para todos os casos e pode variar de acordo com o profissional, comunidade, gestores da saúde e suas necessidades.

Assim, ao se pensar numa adaptação, do PITS brasileiro retirar-se-ia o curso de especialização em saúde da família e a educação continuada em serviço por ausência do programa de saúde de família em Cabinda e por dificuldades de implementação do curso de especialização. Entretanto ajustar-se-ia, eventualmente, com cursos de especialização à distância, direito à aquisição do meio de transporte subvencionado pelo governo da Província e residência na sede da província ou atribuição de bolsa de estudo para um curso de pós - graduação no final do período da comissão de serviço (tempo de permanência). Os apoios e incentivos a atribuir poderiam variar consoante a distância que separa o município da capital da província, de município para município e consoante o grau de obtenção ou não dos resultados inicialmente esperados. Denota-se com tudo isso que a gestão dos problemas da Saúde a nível rural tem aspectos muito particulares e deve merecer uma atenção especial, particularmente para o caso de Cabinda, onde dois municípios do interior com um considerável número de habitantes estão sem médicos. Esta constatação leva-nos a aprofundar a análise de aspetos inerentes à saúde rural.

### **V.3.3. Saúde Rural**

De acordo com Borrelli (2004), um morador rural como o caso de muitas populações de Cabinda é um cliente rural e necessita de um atendimento adequado às suas necessidades. As necessidades de uma pessoa que reside em um ambiente com menor

grau de artificialização dos meios rurais naturais, que divide seu território com menos 50 ou 70 habitantes/km<sup>2</sup> e que trabalha, quase sempre, em atividades agrícolas, devem ser consideradas para o planejamento das ações de saúde destinadas a essa comunidade. Assim, segundo ainda a mesma autora, países como os Estados Unidos, Canadá, Brasil e Austrália, adotam o termo saúde rural (*rural health*) para se referir a todas as ações destinadas ao provimento da saúde em áreas rurais e remotas.

Muitas universidades desses países possuem departamentos destinados ao ensino e à pesquisa na área da Saúde Rural. Em centros como estes as questões de rotatividade, retenção, educação a distância e outros assuntos referentes à permanência de recursos humanos e tecnologia em zona rural estão sendo analisados e várias soluções, certamente têm sido encontradas.

Jones (2004:2) citada por Borrelli (2004) reforça essa constatação quando afirma que: “Problemas associados com recrutamento e retenção de profissionais de saúde em regiões não metropolitanas têm sido reconhecidos por governantes na Austrália, Estados Unidos, Canadá e em outros Países como uma preocupação. São objeto de preocupação também de muitas organizações Internacionais. Austrália, por exemplo, para além do mencionado acima, no âmbito da sua estratégia regional efetua pagamentos a agentes colocados nestas regiões baseando-se no tempo de serviço e na distancia/ isolamento da localidade onde desenvolvem seu trabalho”.

Wakerman (1998) reforça a idéia da importância dos recursos humanos em saúde nestas localidades para garantir o atendimento das populações ao referir que a chave da saúde rural está justamente na provisão da força de trabalho, incluindo treinamento apropriado e educação, transporte e acesso a serviços apropriados. Para o autor, o recrutamento de profissionais de saúde para áreas rurais é sempre problemático, pois exige que estes se adaptem as novas de condições de vida e de trabalho.

Os profissionais e a comunidade em geral para Maclsaac (2000:32) citada Borrelli (2004) têm a percepção que a prática de assistência médica rural é um heróico médico lutando contra a natureza para servir uma população dispersa e primitiva, trabalhando muitas horas inclusive finais de semana e realizando vários procedimentos sem uma estrutura hospitalar adequada. Esta observação de Maclsaac coincide com a situação real dos vários municípios e até sedes províncias de Angola, agravado para o caso de Cabinda com alguma instabilidade político-militar residual. Isto só reforça a idéia de que é importante a adoção de medidas diferenciadas para cada caso no sentido de resolver-se a questão da falta de profissionais de Saúde nos quatro municípios de Cabinda que considerem os diversos aspetos já analisados incluindo os motivacionais, a

especificidade do trabalho médico e opiniões dos médicos envolvidos e/ou a envolver no processo.

#### **V.4. Fatores de Motivação dos Profissionais de Saúde**

Ao lado dos temas já analisados e tendo em conta as experiências dos diversos países estudados acima como Tailândia, Austrália, Brasil, consideramos ser importante debruçar-se sobre os diversos fatores ligados à motivação de profissionais e humanização do atendimento.

##### **V.4.1. Motivação do Profissional e Humanização do Atendimento**

Para Dubrin Andrew (2003) a motivação é o processo pelo qual o comportamento é mobilizado e sustentado no interesse da realização das metas organizacionais e acrescenta que “uma pessoa está motivada quando ela realmente despende esforço para o alcance da meta”(p. 110).

De acordo com Ferreira e Col.(2001) a motivação é um conjunto de forças energéticas que têm origem quer no indivíduo quer fora dele. É ainda um elemento de estimulação e pode ser definida como o estado de ânimo, percebido através do comportamento de um indivíduo ou grupo, que justifica o porquê de se realizar determinada atividade. É possível compreender a motivação como resultado da busca pela satisfação das necessidades e desejos naturais do Homem.

Os objetivos da organização serão melhores alcançados com funcionários motivados e satisfeitos. Quanto mais motivado estiver o funcionário mais empenho e entusiasmo aplica no trabalho, o que se vai refletir na satisfação do cliente externo, isto é, na qualidade do produto, ou na qualidade da prestação de serviços. Muitas organizações que pretendem satisfazer o cliente externo procuram, em primeiro lugar, motivar e satisfazer os seus trabalhadores, o seu cliente interno.

A partir da leitura de autores como, Maslow (1954), Herzberg (1966) e Cunha (2003) entendemos que cada ser humano motiva-se por razões diferentes. Alguns fatores que motivam e desmotivam são:

Fatores motivadores - desafios, integração, oportunidade de crescimento, estabilidade, oportunidade de desenvolvimento profissional, benefícios, valorização e reconhecimento, visão de futuro, salário e participação.

Fatores desmotivadores - falta de desafios, pouca oportunidade de crescimento e

desenvolvimento profissional, falta de clareza nos critérios utilizados para avaliação, falta de valorização e reconhecimento pela organização, relação com a liderança, falta de autonomia, falta de visão do todo – baixo sentimento de participação e salário.

Existem varias abordagens teóricas sobre a motivação consoante as escolas (teorias de conteúdo e de processo): os que se concentram no “objeto” da motivação, designados por teorias de conteúdo e os que abordam o “como” se exprime a motivação, que se denominam de teorias de processos (CUNHA, 2003) e (FERREIRA e col., 2001).

Cunha (2003) e Ferreira (2001) referem que a teoria da hierarquia das necessidades de Maslow (1954) é a primeira e a mais conhecida teoria de motivação apesar de não ser direcionada ao trabalho. Abraham Maslow (1954) baseou-se na teoria de X e Y de McGregor (1960) sobre o comportamento dos indivíduos face ao trabalho para dizer que as fontes da motivação são certas necessidades. À medida que elas vão sendo satisfeitas, o nível de motivação cresce proporcionalmente.

Maslow (1954) define a motivação humana organizando-a segundo uma hierarquia formando uma pirâmide com cinco níveis, a contar da base: fisiológicas, de segurança, consideradas primárias; as sociais, de auto-estima e de auto-realização, são secundárias.

O mesmo autor refere que o ser humano se comporta de forma a conseguir satisfazer suas necessidades e seus desejos, e que eles são insaciáveis. Tão logo satisfaça uma necessidade, aparece outra que ocupa seu lugar. Assim se explica a sua teoria universal de necessidades.

Ferreira e col. (2001) apud Cunha (2003) destaca que a teoria bi-fatorial de Herzberg (1966) diz que as pessoas têm dois grandes tipos de necessidades: necessidades motivadoras, de natureza intrínseca ao trabalho, tendem paralelo com as necessidades mais elevadas de Maslow; as necessidades higiênicas, de natureza extrínseca ao trabalho e se relacionam com os níveis inferiores da hierarquia de Maslow (1954).

A teoria da definição de objetivos, de Loccke (1983) e Latham (1990) –É uma das mais conhecidas e utilizadas teorias da motivação. Esta teoria é na sua essência, a definição de objetivos e Gestão de Objetivos cujo “pai” foi Peter Drucker.

A lógica desta teoria, decorre da constatação de que a nossa vida é de algum modo uma sucessão de objetivos.

As metas são mais eficazes quando usadas para avaliar a performance. Quando os trabalhadores sabem que sua performance será avaliada em termos de quanto atingiram de suas metas, o impacto das metas aumenta. A administração por objetivos é construída em torno desta importante idéia.

Os autores acrescentam que as metas deveriam estar associadas a feedback e recompensas. Os trabalhadores precisam receber feedback sobre seu progresso em direção às metas e ser recompensados por sua consecução. O *feedback* é a informação sobre quão bem uma pessoa está indo em direção à consecução de suas metas. Recompensar as pessoas por atingirem as metas é talvez o princípio administrativo mais bem aceito.

A gestão por objetivos pode definir-se como um sistema em que os objetivos são determinados em conjunto por chefes e subordinados.

Pela sua importância no aprofundamento da compreensão da motivação consideramos ser necessário destacar mais outras teorias de motivação, como as – de expectativa e de aprendizagem (ANDREW DURBIN, 2003). São teorias que dão ênfase à formação em geral e formação permanente em particular. Se os profissionais melhorarem os seus conhecimentos estarão em melhores condições para o desempenho das suas tarefas tendo em conta que o conhecimento e o aprendizado são fatores essenciais da motivação humana. De acordo com a primeira teoria, a da expectativa, a motivação resulta de escolhas deliberadas para se engajar em atividades a fim de atingir resultados que valem a pena. As pessoas serão bem motivadas se acreditarem que o esforço levará a um bom desempenho, o que por seu turno levará aos resultados preferidos enquanto que, a aprendizagem social é o processo de observação do comportamento de outros, reconhecendo sua consequência e alterando o comportamento como resultado.

Outra vertente de análise é a referida por Matos (1995) citado por Tachizawa e col. (2001), que considera que é preciso discutir melhor o amor nas relações humanas, inclusive no contexto das organizações. A valorização humana deve ser vista como o objetivo principal das organizações. A satisfação dos usuários só se torna possível com empregados satisfeitos. As organizações nascem para realizar projetos que visam a suprir necessidades humanas, e isso exige sentido de equipe, solidariedade e sinergia. A produtividade e o benefício são consequências naturais da redescoberta do prazer do trabalho, do resgate da essência humana das organizações. Busca-se com a satisfação dos empregados atingir uma assistência que seja mais humana e que vá de encontro com as necessidades dos usuários.

Falar de uma assistência mais humana implica debruçar-se sobre a humanização da assistência que para Deslandes (2004) é a forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento profissional.

A mesma autora aprofunda a análise da humanização do atendimento enfatizando que ela se expressa em três eixos fundamentais:

- como oposição a violência, seja física e psicológica que se expressa nos “maus tratos”, seja simbólica, que se apresenta pela dor de não ter a “compreensão de suas demandas e expectativas”.

- como capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento.

- como melhoria das condições do cuidador.

Boaretto (2004) destaca por vez, algumas medidas fundamentais para se atingir a humanização da assistência nomeadamente, como a publicação de normas e portarias, que dão suporte legal para que algumas práticas se concretizem, o investimento nas instituições de assistência, dotando-as de estruturas técnicas adequadas, criando ambientes mais acolhedores e propícios a uma assistência mais humanizada. A mesma autora acrescenta que para este fim é necessário também fazer uma abordagem de saúde pública baseada na combinação de um modelo médico e social e acrescenta que no espaço institucional é preciso assegurar caminhos que viabilizem mudanças na gestão dos serviços de saúde, com programas mais bem desenhados e políticas mais bem executadas visando não só a humanização da atenção mas também a inclusão social. Para a autora a humanização é um importante elemento da motivação na medida em que contribuirá para a satisfação das necessidades quer dos cuidadores quer dos usuários com a criação de condições de atendimento e melhoria do relacionamento médico/paciente.

Assim, se considerarmos os fatores motivadores e desmotivadores apontados acima se pode dizer que nos municípios da província de Cabinda e mesmo na sede da província o peso da balança, tende mais para a desmotivação dos profissionais médicos, o que influencia grandemente na qualidade de assistência médica prestada já que os salários são extremamente baixos, existe pouca possibilidade de desenvolvimento profissional, não há visão do futuro entre outros aspectos de interesse particular dos profissionais e do subsistema de saúde em análise. A humanização do atendimento deve ser um dos objetivos a ser alcançado estudando e implementando políticas que viabilizem mudanças na gestão dos serviços de saúde em Cabinda que considerem a diversidade

dos determinantes geográficos, econômicos, sociais, culturais e demográficos da saúde. Podemos concluir, por ora, que a motivação e a humanização da assistência são conceitos interligados considerando que a motivação do profissional é fundamental para se atingir um atendimento humanizado. Por outro lado ao se criar as condições para a humanização do atendimento, criam-se também algumas premissas para a motivação do profissional.

#### **V.4.2. Remuneração de Profissionais**

A remuneração de profissionais é segundo vários autores, um dos principais fatores de motivação e varia de acordo com as competências, habilidades, localização, responsabilidades, objetivos, etc. No espaço geográfico objeto deste estudo, os salários para os profissionais locais são extremamente baixos e uniformes independentemente da localização geográfica do profissional. Para melhor elucidação importa aqui enfatizar que no caso um médico de clínica geral com 5 anos de experiência auferem um salário avaliado USD 700 (setecentos dólares americanos). Se considerarmos o custo de vida na província, este fica muito aquém das reais necessidades. O mesmo salário recebe o médico colocado em uma localidade da zona rural sem qualquer outro incentivo financeiro específico.

Por outro lado, aos médicos estrangeiros não residentes (expatriados) contratados para suprir a carência de médicos especialistas é atribuído um salário 4 a 8 vezes superior quando comparado com um médico nacional da mesma categoria profissional. Outro aspecto preocupante pelas conseqüências na coesão das equipes é o fato de os médicos estrangeiros não residentes da mesma categoria receberem salários diferentes e beneficiarem de direitos diferentes segundo a entidade contratante (Governo da província, Ministério da Saúde ou empresas com contratos de gestão com o hospital).

Entretanto, uma grande corrente de opinião defende que o médico expatriado deveria auferir salário igual ao nacional. A tentativa de implementação desta idéia, ajustando os salários a partir daqueles que recebiam menos, resultou em fracasso, pois gera (ou) fenômenos negativos, nomeadamente:

- 1- Abandono dos locais de trabalho e o conseqüente regresso aos países de origem.
- 2- Dedicção de pouco tempo aos pacientes, procurando estes profissionais, outras fontes de rendimento (comércio (por vezes ilícito), como o exercido por médicos Asiáticos ou o recurso ilegal ao multi-emprego).

É com base nesta constatação que procuraremos dar um grande enfoque aos aspectos

inerentes a remuneração dos quadros expatriados.

De acordo com Gary Dessler (2003) o custo anual de sustentação de um profissional estrangeiro (expatriado) varia muito de acordo com o país hospedeiro. São comuns, dois tipos básicos de política internacional de remuneração: políticas baseadas no país de origem e políticas baseadas no país hospedeiro.

Segundo Gary Dessler (2003), nos planos salariais baseados no país de origem, o salário básico do estrangeiro é coerente com a estrutura salarial do país de origem. As diferenças de custo de vida (com moradia e escola), são cobertas por valores adicionais. Contudo, essa política pode criar problemas se, por exemplo, profissionais de diferentes países de origem, trabalhando na mesma instituição no exterior, receberem salários de base diferentes para executar o mesmo trabalho.

Nós consideramos que esses problemas (conflitos e desmotivação) também podem surgir com os quadros locais, que trabalham nestas mesmas instituições, quando o salário destes é extremamente baixo, como é o caso de Angola.

Para Dessler (2003), nos planos salariais baseados no país hospedeiro, o salário básico do estrangeiro não residente depende da estrutura salarial do país hospedeiro. Os valores adicionais referentes às diferenças de custo de vida também seriam pagos. Deste modo, todos os profissionais expatriados do serviço podem receber salários semelhantes. Entretanto, o salário de um destes profissionais seria diferente ao ser transferido para um outro país advindo daí, conseqüências específicas para cada caso.

Concordamos com as reflexões acima, pois a diferença de salários entre profissionais com a mesma qualificação profissional, como se verifica em Cabinda, desmotiva aqueles que auferem baixos salários e cria desintegração das equipes afetando a qualidade dos serviços prestados, bem como desestabiliza todo o esforço da direção de organização dos serviços.

Portanto, a equidade interna salarial (cada trabalhador deve considerar a compensação que lhe é atribuída equivalente ao de outros da instituição) deve ser um objetivo a atingir.

Assim, duas alternativas se impõem:

- 1) adoção de regime salarial único que considere todos os aspectos acima referidos.
- 2) encontrar outras formas de incentivo, para aqueles profissionais que recebem baixos salários através de um processo negociado e de acordo com as possibilidades da estrutura empregadora e variando, de caso para caso, quando se tratar de médicos

nacionais ou expatriados e considerando também a distância que separa o local de trabalho da capital do país e da capital das províncias, quando se tratar de uma província ou de um município.

## **V.5. Acessibilidade e Qualidade em Saúde**

Analisar a qualidade de assistência como pretendemos neste estudo implica necessariamente falar da acessibilidade tal como tem sido reafirmado e demonstrado por vários autores na literatura mundial, como veremos adiante.

### **V.5.1. Acessibilidade**

A acessibilidade, ou o acesso à ações e serviços de saúde tem sido considerado como um dos componentes principais da qualidade da atenção (SOMERS, 1971; VUORI, 1988; DONABEDIAN, 1990b).

De acordo com Acurcio e Guimarães (1996) a acessibilidade é definida por Donabedian (1990) como a capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente. Destacam que acessibilidade é um importante fator determinante da qualidade.

Os mesmos autores referem que segundo Donabedian (1973), existem dois aspectos da acessibilidade a serem distinguidos: o sócio-organizacional e o geográfico. Estão incluídos nos aspectos sócio-organizacionais os atributos referentes aos recursos e à organização, que podem facilitar ou dificultar os esforços do cliente em obter cuidado. Já a acessibilidade geográfica refere-se ao "isolamento espacial", uma função do tempo e da distância física a ser percorrida pelo paciente para a obtenção do cuidado.

Para Aday & Andersen (1974), as distintas características do sistema e da população podem determinar a possibilidade de ingressar ao mesmo ou não, mas a prova do acesso em si não consiste na disponibilidade dos serviços e recursos, mas sim no fato de que os serviços sejam utilizados por quem os necessite.

Por outro, Garro & Young (1983) também citados por Acurcio e Guimarães (1996) enfatizam que a acessibilidade ao serviço de saúde é o fator primordial à sua utilização, superando mesmo barreiras étnicas e culturais.

Para Perreira (1995), acessibilidade tem o significado amplo de representar o grau de

adequação entre o cliente (usuário) e o sistema de saúde. Implica garantia de ingresso do indivíduo no sistema de saúde, ou o uso de bens e serviços considerados socialmente importantes, sem obstáculos físicos, financeiros ou de outra natureza. O acesso à saúde envolve múltiplos aspectos, de ordem socioeconômica e cultural, extrapolam a assistência à saúde.

O mesmo autor acrescenta que acessibilidade aos bens e serviços deveria ser garantida em seus diversos componentes:

1- acessibilidade geográfica- através do adequado planejamento da localização dos serviços de saúde; entre outros fatores, a distância, o tempo necessário para cobri-las e os meios de transporte devem ser aceitáveis pela população, nas áreas rurais, este aspecto assume particular relevância.

2-acessibilidade econômica- implica a remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário; isto significa que, quaisquer que sejam as formas de pagamento adotadas, o custo dos serviços deve estar ao alcance da comunidade e do país.

3- acessibilidade cultural - adequação das normas e técnicas aos hábitos e costumes da população usuária.

4- acessibilidade funcional - oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população.

Concordando com as definições referidas acima sobre acessibilidade e tendo em vista às dificuldades organizacionais advindos por vezes da precária situação socioeconômica aliados à falta de outros recursos, particularmente os humanos, destacando-se o índice médico/habitante extremamente reduzido no espaço territorial objeto deste estudo, a insuficiente e/ou deficiente rede sanitária agravada com o índice leito/habitante bastante baixo (menos de 2 camas para cada 1000 habitantes, no geral) e do isolamento espacial verificado nos municípios e ainda o fato das populações rurais viverem em comunidades pequenas e dispersas, constata-se efetivamente problemas de acessibilidade a assistência médica na província de Cabinda cuja gravidade depende do local de residência e varia de município para município e de comunidade para comunidade.

### **V.5.2. Qualidade em Saúde**

O sucesso de qualquer organização decorre fundamentalmente da qualidade dos bens ou serviços por si produzidos, portanto a persecução desse atributo deve transformar-se no foco central de uma organização ou no caso vertente do sistema de saúde, cabendo aos seus dirigentes liderar esse processo, estabelecendo, se necessário, parcerias viáveis e úteis.

O processo de qualidade deve abarcar o conjunto de setores e atividades organizacionais e as diversas etapas do seu processo de produção, devendo ainda remeter-se aos seus fornecedores e usuários.

A importância de uma visão integral como referido acima, para se atingir a qualidade em saúde é sublinhada pela OPAS (2004) quando estipula que a garantia e melhoria da qualidade da atenção é um objetivo obrigatório de todos os sistemas de saúde, que só é possível alcançar na medida de uma ação integrada e permanente das autoridades sanitárias, dos gestores, do pessoal clínico e dos usuários na aplicação de um conjunto de processos e instrumentos para o credenciamento, a normatização, a gestão clínica, a segurança do paciente, a gestão apropriada da tecnologia, a vigilância e prevenção de efeitos adversos, bem como o pleno exercício de direitos e responsabilidades dos cidadãos.

A OPAS acrescenta que o conjunto de resultados que se pode obter depende dos processos de atenção que se produzam. Em tais processos de atenção, juntamente com o fator crítico que é o compromisso das autoridades sanitárias e dos gestores com a qualidade da atenção do sistema, a tomada de decisões por parte dos profissionais que atendem aos usuários e a interação entre uns e outros são os dois elementos que condicionam sua qualidade, já que ambos são, em última instância, os principais responsáveis pela prestação de atenção sanitária e pela utilização adequada dos recursos.

Importante aqui destacar que tal como em outras organizações e sistemas, que um serviço de saúde de qualidade é aquele que atende às necessidades e expectativas dos usuários. Dada a natureza do trabalho em saúde, cuja qualidade, eficácia e eficiência dependem diretamente da competência e dedicação do trabalhador da saúde, é responsabilidade primeira e última desse trabalhador o respeito e atendimento do direito à saúde.

Para Izumino e col. (1997), necessidades de saúde da população é o conjunto das necessidades, sentidas e não sentidas, responsáveis por condições de saúde que a sociedade considera dignas e adequadas, compreendendo as ações curativas das diversas doenças e/ou sofrimentos individuais, ações preventivas em relação às condições que facilitam a transmissão ou surgimento das doenças e ações referentes a aspectos que afetam as condições de vida da população, como a sanidade do meio ambiente, as condições de trabalho ou moradia, o grau de conflito social, etc.

Destacam os mesmos autores que as necessidades de saúde da população, embora sejam individuais em primeira instância, são necessidades coletivas (de vários ou de todos) e o seu atendimento deve ser entendido como um direito assegurado pelo Estado, decorrente das garantias à integralidade e a condições de vida dignas, inscritas nas constituições dos distintos países.

Acurcio e Guimarães (1996) ao analisarem a qualidade em saúde citam Donabedian (1990) que considera que a qualidade do cuidado é um conceito que tem muitos componentes, os quais podem ser agrupados sob sete eixos: a) eficácia, b) efetividade, c) eficiência, d) otimização, e) aceitabilidade, f) legitimidade, h) equidade.

A eficácia é a capacidade da ciência e da arte do cuidado à saúde produzirem melhorias na saúde e bem-estar.

A efetividade é a melhoria na saúde que se consegue, ou pode-se esperar conseguir, sob as circunstâncias rotineiras da prática diária.

A eficiência é uma medida do custo para o qual qualquer melhoria de saúde é conseguida, enquanto que a otimização significa valorizar os efeitos do cuidado relacionados ao seu custo.

A aceitabilidade é entendida como uma adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Em grande parte, a aceitabilidade depende das valorizações subjetivas do paciente referentes à efetividade, eficiência e otimização - mas não inteiramente. Outros elementos entram no quadro: a acessibilidade do cuidado, os atributos da relação profissional-paciente e as características do local de prestação do cuidado.

A acessibilidade é definida como a capacidade do paciente obter, quando necessitar,

cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente. É um importante determinante na qualidade.

A legitimidade pode ser entendida como a aceitabilidade do cuidado para a comunidade ou a sociedade em geral.

Equidade é o princípio através do qual se determina o que é justo ou satisfatório na distribuição do cuidado e seus benefícios entre os membros da população. Como um dos pilares da qualidade, inclui: o que indivíduos consideram satisfatório; o que a sociedade considera satisfatório; a distribuição do acesso ao cuidado e a distribuição da qualidade do cuidado subsequente e de suas conseqüências.

Na visão de Donabedian (1990b), a qualidade do cuidado é julgada pela sua conformidade com um grupo de expectativas ou padrões que derivam de três fontes: a) a ciência do cuidado à saúde que determina a eficácia; b) os valores e expectativas individuais que determinam a aceitabilidade e c) valores e expectativas sociais que determinam a legitimidade. Por conseqüência, a qualidade não pode ser inteiramente julgada em termos técnicos por profissionais de saúde isoladamente; as preferências de pacientes e da sociedade como um todo também devem ser levados em conta.

Para Vuori (1988) citado por Acurcio e Guimarães (1996) quando falamos sobre qualidade, é necessário especificar os aspectos da qualidade, qualidade definida por quem, e qualidade para quem. Assim, grupos portadores de diferentes interesses - planejadores de saúde, administradores, prestadores de serviço e os consumidores - podem expressar diferentes concepções do que constitui a melhor qualidade ou enfatizar diferentes aspectos da qualidade.

De modo semelhante à abordagem desenvolvida por Donabedian (1990) e Vuori (1988) destacam-se como componentes desejáveis do cuidado: a efetividade, a eficácia, a eficiência, a equidade, a acessibilidade, a adequação, a aceitabilidade e a qualidade técnico-científica do cuidado.

A avaliação de qualidade de serviços de saúde requer a pré-seleção de seus componentes e, por conseqüência, de seus valores de julgamento. A seleção dos componentes condiciona e determina o desenvolvimento de parâmetros e critérios. O produto da avaliação variará em função do número de dimensões e da precisão com a qual seu desempenho será explorado. Portanto, consideramos importante para a rede

pública da província de Cabinda a adoção de medidas corretivas, a partir das necessidades apresentadas sistematicamente pela população e profissionais, com o objetivo do melhoramento da qualidade da assistência sanitária prestada na região.

## **V.6. Organizações de Saúde, Política e Planejamento de Recursos Humanos e Planejamento Estratégico Situacional**

Considerando que a rede pública de saúde da província de Cabinda apresenta ainda muitas debilidades impõem-se a necessidade de se analisar aspectos que interferem no seu funcionamento, designadamente, a estruturação das organizações e procurar discutir os mecanismos de definição de políticas do domínio deste estudo, bem como o planejamento de recursos humanos e o planejamento estratégico situacional que tem sido adaptado, como veremos mais adiante, para o âmbito social.

### **V.6.1 -Organizações de Saúde.**

Falar de recursos humanos como enfocamos neste estudo, implica necessariamente falar das estruturas ou instituições onde eles estão inseridos ou seja as organizações, atendendo ao fato da estrutura e do comportamento dos seus profissionais influenciarem-se mutuamente. As organizações estruturam-se de forma diferente dependentemente do tipo de atividade que exercem. Por vezes a sua estrutura é tão complexa que se torna necessário muitas variáveis para a sua descrição. Antes de analisarmos concretamente as organizações em saúde que se caracterizam por particularidades próprias como veremos mais adiante, torna-se necessário analisar os aspetos gerais que envolvem as organizações.

Segundo Barnard (1971) citado por Chiavenato (2003) a organização é um sistema de atividades conscientemente coordenadas de duas ou mais pessoas. A cooperação entre elas é essencial para a existência da organização. Uma organização somente existe quando: há pessoas capazes de se comunicarem e que estão dispostas a contribuir com ação, a fim de cumprirem um propósito comum.

Chiavenato (2003:22) refere que “vivemos em um mundo de organizações, porque é nelas que o homem moderno busca a satisfação de quase todas as suas necessidades pessoais: trabalho, divertimento, comida, compras, instrução e capacitação pessoal, roupas, dinheiro, saúde, religião, etc”.

Para Dubrin (2003) a organização é uma reunião de pessoas que trabalham juntas para atingir um propósito comum. Entretanto, o mesmo autor refere que é necessário

distinguir estrutura da organização do projeto de organização. A estrutura da organização é o arranjo das pessoas e tarefas para alcançar as metas organizacionais e o projeto organizacional é o processo de criação de uma estrutura que melhor sirva a um propósito, estratégia e ambiente.

De um modo geral, as organizações são estruturas formais altamente burocratizadas e caracterizam a forma organizacional dominante em nossa sociedade atual e a mais viva manifestação de uma sociedade altamente especializada e interdependente, capaz de proporcionar especialização profissional e crescente melhoria do padrão de vida dos seus participantes.

As organizações em saúde enquadram-se no conjunto das organizações profissionais descritas por Mintzberg (1995). Para o mesmo autor estas organizações apresentam particularidades quanto ao seu modo de funcionamento.

Segundo Azevedo (2002) nessas organizações, o trabalho profissional é altamente especializado, complexo e de difícil mensuração, e a autonomia é necessária para executá-lo, gerando um ambiente propício ao conflito, tornando-se fundamental um processo de negociação permanente. Os diferentes serviços tendem a se comportar de forma independente, exercendo muitas vezes rivalidades quanto à utilização de recursos.

Nesse contexto, as organizações em saúde dependem de profissionais treinados - pessoas altamente especializadas, mas com considerável controle sobre seu trabalho.

Nas organizações de saúde, boa parte do poder é exercida não apenas pelos próprios profissionais, mas também pelas associações, conselhos e instituições que os selecionam em primeiro lugar. Portanto, o centro operacional é constituído por profissionais com elevada especialização. Aí funciona a principal parte da organização. A sua estrutura emerge como altamente horizontalizada verticalmente; o poder sobre muitas decisões flui abaixo aos profissionais da essência operacional.

Mintzberg (1995) acrescenta que nas organizações em saúde há pouca necessidade para uma tecnoestrutura, visto que a principal padronização ocorre como resultado de treinamento que acontece fora da organização, em universidades e estágios.

Dá-se ênfase no treinamento - processo de trabalho complexo que envolve 2 tarefas básicas: diagnosticar e tratar.

Nas organizações em saúde verifica-se grande autonomia técnica que se consubstancia

em:

- decisões autônomas sobre o que fazer - decisões relacionadas à consecução dos objetivos finais - determinam recursos - que exames e que tratamento - determinam as despesas
- os profissionais julgam e controlam seu próprio trabalho - somente quem tomou as decisões clínicas conhece as condições de sua opção
- a liberdade de decisão sobre o que fazer e como fazer é uma dos atributos do trabalho profissional cujo principal exemplo é o trabalho médico

A complexidade do trabalho das organizações em saúde requer descentralização para indivíduos altamente treinados, e a estabilidade permite que eles apliquem habilidades padronizadas e assim trabalhar com boa dose de autonomia. Para assegurar essa autonomia, o sistema de produção não pode ser nem altamente regulamentado nem complexo e automatizado.

O pensamento de Mintzberg (2003) sobre a autonomia dos profissionais nas organizações em saúde pode ser assim apresentado:

1. “São grupos de indivíduos que trabalham com recursos e serviços de apoio comuns, mas que não desejam qualquer interferência no que fazem” (p.231).

2. “O corpo humano é tratado por partes / especialidades; para o paciente cuja doença que se enquadra satisfatoriamente em uma das especialidades não surgem problemas de coordenação. Para outros, -isso significa varias transferências na busca do departamento correto, um processo demorado quando o tempo é o fator crítico” (p.231).

3. “Para muitos profissionais a organização é quase um incidente, um lugar conveniente para exercer suas habilidades. São leais a sua profissão e não ao local onde a praticam” (p.233).

Tendo em vista que os profissionais abrangidos neste estudo são quadros que por norma exigem grande autonomia técnica e são, por vezes pouco sensíveis aos aspectos de integração e de direção, todo o processo de planejamento estratégico, programação de RH e reajuste entre as diferentes estruturas do sistema de saúde na província deverá ser conduzido mediante um amplo processo de auscultação dos referidos profissionais não perdendo de vista os fatores que motivam e desmotivam já mencionados bem como

os elementos que devem caracterizar uma organização, apontados por Carlos Matus (1996) nomeadamente a missão, as capacidades ou competências e a responsabilidade.

### **V.6.2. Política de Recursos Humanos**

As políticas são regras estabelecidas para governar funções e assegurar que elas sejam desempenhadas de acordo com os objetivos desejados.

Segundo Chiavenato (2003) as políticas de recursos humanos referem-se às maneiras pelas quais a organização pretende lidar com seus membros e, por intermédio deles, atingir os objetivos organizacionais, permitindo condições para o alcance de objetivos individuais.

Ele ainda refere que a longo prazo, as políticas de recursos humanos, quando bem delineadas e desenvolvidas, podem levar ao aprimoramento das técnicas de administração de recursos humanos, aplicação de sadios princípios de administração, do topo à base da organização, principalmente no que se refere às necessidades de relações humanas de boa qualidade, adequação de salários e benefícios sociais às necessidades do pessoal, retenção de recursos humanos qualificados e altamente motivados dentro da organização, garantia da segurança pessoal do trabalhador em relação ao emprego e às oportunidades dentro da organização e obtenção de efetiva participação dos empregados.

Para Chiavenato (2003) cada organização desenvolve a política de recursos humanos mais adequada à sua filosofia e às suas necessidades. A rigor, uma política de recursos humanos deve abranger o que a organização pretende acerca dos seguintes aspectos principais:

1-políticas de provisão de recursos humanos - pesquisa de mercado de RH, recrutamento, seleção e integração.

2-políticas de aplicação de recursos humanos – Análise e descrição de cargos, planejamento e alocação de RH, plano de carreiras e avaliação.

3-políticas de manutenção de recursos humanos - Administração de salários, plano de benefícios sociais, higiene e segurança do trabalho, relações sindicais.

4-políticas de desenvolvimento de recursos humanos - Treinamento, desenvolvimento de RH, e desenvolvimento organizacional.

5-políticas de monitoração de recursos humanos - Banco de dados, sistemas de informação e auditoria de RH.

No tange concretamente as políticas de recursos humanos em saúde Seixas (2002) refere

que, elas representam escolhas sobre cursos de ação e procedimentos, que interessam à razão pública e a determinadas noções de bem-estar público – social e econômico – e de boa convivência, os quais se relacionam com a regulação da distribuição dos seguintes bens:

- do conjunto e do perfil de RH oferecido pelos prestadores aos usuários dos serviços, que definem, em grande parte, a qualidade, efetividade, oportunidade, assim como o acesso real da população aos serviços de saúde;
- dos empregos (oportunidades de trabalho), salários e remunerações, incentivos, oportunidades de carreira e formação avançada, oferecidos pelos empregadores aos trabalhadores;
- das oportunidades educacionais e de acesso ao sistema das profissões, tanto no sentido individual quanto no coletivo, oferecidos pelas instituições formadoras aos futuros profissionais;
- dos títulos de direito exclusivo e dos títulos e certificados reservados que conferem direitos legais de propriedade sobre campos de trabalho e reservas de mercado, entre outros, oferecidos pelas instâncias certificadoras aos profissionais.

Para Seixas (2002) considera-se deste modo, questões de produção e distribuição destes bens e que isto refere-se a dois sistemas fundamentais: de um lado, aquelas questões relacionadas com o sistema de produção de recursos humanos – a formação/preparação para o trabalho; de outro, as questões relativas ao sistema de utilização de recursos humanos – a gestão do trabalho.

Conformando e intermediando a definição e a implementação da política para esses dois grandes campos, se considera a ação regulatória e a função de planejamento como integrantes fundamentais desse processo. Entretanto, o exercício dessa ação reguladora por parte de um determinado agente público depende de vontade política específica nesta direção, na medida em que, os agentes responsáveis pela oferta daqueles bens (prestadores de serviços, empregadores, instâncias formadoras e instâncias certificadoras/autorizadoras de práticas) não são necessariamente agentes públicos e mesmo quando o são podem não estar sob uma mesma jurisdição.

Portanto, a administração de recursos humanos significa conquistar e manter pessoas na organização, trabalhando e dando o máximo de si, com uma atitude positiva e favorável. Também está em jogo a espécie e qualidade de vida que a organização e seus participantes levarão e a espécie de participantes que a organização pretende cultivar.

Vale enfatizar que a construção de políticas de recursos humanos em saúde se faz, entretanto, no contexto de realidades e demandas sociais específicas de cada País ou

região administrativa e que elas necessariamente se transformam ao longo do tempo de acordo com a evolução da situação.

### **V.6.3. Planejamento de Recursos Humanos**

Para a compreensão deste conceito, consideramos ser importante analisar em primeiro plano o que trata o planejamento em si e posteriormente, o planejamento de recursos humanos.

Assim, o planejamento refere-se ao desenvolvimento de um programa para a realização de objetivos e metas organizacionais, envolvendo, a escolha de um curso de ação, a decisão antecipada do que deve ser feito, a determinação de quando e como a ação deve ser realizada (ROSANGELA M. VANALLE, 2005). Distingue-se, entretanto, planejamento normativo e planejamento estratégico.

No planejamento normativo – em contraste ao planejamento estratégico - planejam-se as atividades segundo normas universais aplicáveis a todos os beneficiários, independentemente de sua condição ou situação. O planejamento estratégico leva em conta os determinantes subjacentes dos problemas, que variam conforme as pessoas envolvidas (por exemplo, sua classe social, religião, cultura, especificidades de gênero, etc.) e conforme as situações, que podem modificar-se rapidamente. Planejar estrategicamente significa adaptar as normas a uma situação determinada ou em evolução. Um plano estratégico, portanto, inclui uma dimensão tanto normativa quanto estratégica (UNAIDS, 1998).

Quanto ao planejamento de recursos humanos, Lucena (1995) refere que, o mesmo é processo gerencial de identificação e análise das necessidades organizacionais de recursos humanos e o conseqüente desenvolvimento de políticas, programas, sistemas e atividades que satisfaçam essas necessidades, a curto, médio e longo prazos, tendo em vista assegurar a realização das estratégias da atividade exercida, dos objetivos da organização e de sua continuidade sob condições de mudanças.

Nós consideramos ser mais adequado o conceito definido por Chiavenato (1999), segundo o qual, o planejamento estratégico de RH refere-se à maneira como a função de RH pode contribuir para o alcance dos objetivos organizacionais e, simultaneamente, favorecer e incentivar o alcance dos objetivos individuais dos funcionários.

O planejamento estratégico de RH é o processo de decisão quanto aos recursos humanos

necessários para atingir os objetivos organizacionais dentro de um determinado período de tempo. Trata-se de definir antecipadamente qual a força de trabalho e os talentos humanos necessários para a realização da ação organizacional futura. Concordamos, entretanto, com Chiavenato (1999) quando refere que as bases do planejamento estratégico de recursos humanos são a demanda de trabalho e o fornecimento de trabalho e que o ideal é o que o planejamento de RH deve ser integrado ao planejamento estratégico da organização.

Vale dizer que surgido da necessidade da organização econômica dos países e regiões, o planejamento tem sido um instrumento de trabalho para governos e povos que tentam otimizar a utilização de recursos (cada vez mais escassos) de diversas ordens, para atingir objetivos pactuados por uma determinada política ou mesmo na superação/resistência a políticas pré-existentes (NETO PEDRO, 2004).

Para Green (1992), citado por Neto Pedro (2004) o planejamento é o método no qual se tenta garantir que recursos disponíveis atualmente e no futuro sejam utilizados da forma mais eficiente para atingir objetivos existentes.

Decorrente de uma inter-relação com o campo mais geral do planejamento do setor saúde, a sub-atividade planejamento de recursos humanos em saúde teria como objetivo assegurar que o número correto de trabalhadores, com as qualificações necessárias, esteja no lugar certo, no momento correto.

Para a Organização Mundial de Saúde refere ainda Neto Pedro (2004), o planejamento deve ser descentralizado ao nível de implementação do sistema; envolver todos os grupos de interesse relevantes; estar estreitamente relacionado com o planejamento dos serviços de saúde; ser estreitamente ligado à política de saúde; cobrir um vasto período de projeções, podendo e devendo as mesmas serem atualizadas ao longo do tempo, deve ainda ser economicamente realista; levar em conta os aspectos qualitativos e quantitativos do trabalho em saúde; escolher técnicas apropriadas para cada situação enfrentada; dar prioridade à normatização dos *staffs* e das equipes multiprofissionais; levar em conta a atuação e necessidades do setor prestador privado e, finalmente, estar constantemente preparando e atualizando as equipes planejadoras.

Outro aspecto fundamental que visa a qualificar o planejamento de recursos humanos em saúde é a necessidade de que o mesmo se relacione com processos de planejamento de outros recursos dentro da política de saúde, consolidando, de fato, um processo

intersetorial.

Importa entretanto aqui destacar que os Países pobres e sobretudo os países Africanos situados a sul do sahara, como é o caso de Angola, onde as doenças transmissíveis assumem indicadores dramáticos possuem baixa capacidade institucional, particularmente para implementação de políticas setoriais, incluindo no domínio da saúde. Estes países têm demonstrado sucessivos fracassos na prestação de serviços que atendam aos objetivos do setor. O planeamento e a gestão de recursos humanos da saúde apresentam-se, deste modo, como aspectos fundamentais para o enfretamento dos profundos problemas relacionados a essa baixa capacidade.

De acordo com Pierantoni e Col.(2004) na agenda internacional diversos atores confluem esforços para a superação dos desafios relativos às questões de RH na área da saúde, resumidos em quatro grandes objetivos:

- aumentar a cobertura e a fixação das equipas de profissionais para assegurar a prestação de serviços de saúde de forma adequada e equitativa;
- garantir competências e habilidades chaves para a força de trabalho em saúde;
- aumentar o desempenho da equipa de profissionais diante dos objetivos definidos;
  
- fortalecer a capacidade de planeamento e gerenciamento de RH no setor saúde.

Os mesmos autores referem que a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta estratégias focalizadas para a área de recursos humanos a serem implementadas a curto, a médio e a longo prazos, que incluem:

- curto: fortalecimento de práticas gerenciais; *advocacy*; desenvolvimento de políticas para incentivos e fixação de recursos humanos; apoio ao treinamento em serviço; disseminação das novas práticas;
- médio: estudos da implementação e do impacto das políticas (custos da migração, da formação e do treinamento, da motivação e dos incentivos, das condições de trabalho); desenvolvimento de sistemas de informação de RHs;
- longo: fortalecimento da capacidade de formuladores de política regional e nacional; construção de infra-estrutura.

O Planeamento de recursos humanos em saúde retrata e estabelece as inter-relações entre os diversos aspectos apontados acima e que envolve a intersetorialidade e uma série de ações complexas enquadradas no âmbito das políticas de recursos humanos para o setor.

Portanto, a gestão dos recursos humanos em saúde pode ser configurado em um conjunto de atividades que envolvem não só o seu planejamento mas também, a captação, a distribuição e a alocação dos profissionais em postos de trabalho, com a qualificação requerida e com medidas que fortaleçam a fixação desses profissionais; a oferta de possibilidades de formação e capacitação que atendam às necessidades de desenvolvimento de competências para atenção à saúde de qualidade e que corresponde com os anseios dos usuários; e medidas no campo da regulação do trabalho com interfaces e/ou intermediações com as diversas corporações profissionais, o sistema de ensino e a sociedade.

#### **V.6.4. Planejamento Estratégico Situacional (PES)**

O Planejamento Estratégico Situacional idealizado por Carlos Matus, autor chileno que foi Ministro da economia do Governo de Allende, se constitui em uma vertente do planejamento estratégico que surgiu na América Latina nos anos 70. Segundo Artmann (2000), o PES é um método de planejamento por problemas e trata, principalmente, dos problemas mal-estruturados e complexos, para os quais não existe solução normativa ou previamente conhecida como no caso daqueles bem estruturados. É o alargamento do planejamento para além do cálculo e representa um avanço, na medida que incorpora aspectos de gerência, aspetos organizacionais e dá ênfase no momento tático-operacional, ou seja, no planejamento da conjuntura e na avaliação e atualização constante do plano.

Para Matus (1996), um problema não pode ser apenas um “mal-estar” ou uma necessidade sentida pela população. Um problema suscita à ação: é uma realidade insatisfatória superável que permite um intercâmbio favorável com outra realidade. Outro ponto fundamental é a necessidade de que seja definido e declarado como problema por um ator disposto e capaz de enfrentá-lo. Ele ainda acrescenta que uma explicação depende a quem a explica, para que explica, a partir de qual posição explica e em face de quais outros explica.

Matus (1996), afirma ainda que cada ator envolvido a situação assume um contorno diferente. O autor esclarece que na explicação situacional o ator analisa a realidade, os problemas, desde dentro da situação. A situação, enquanto um recorte problemático feito em função de um projeto de ação, está constituída pelo ator-eixo da explicação situacional, por outros atores, pelas suas ações e pelas estruturas econômicas, políticas,

ideológicas e culturais que condicionam os atores e suas ações.

A explicação situacional é sempre multidimensional e totalizante, ou seja, refere-se às múltiplas dimensões da realidade: política, econômica, ideológica, cultural, ecológica, etc. Exige uma visão interdisciplinar e multissetorial e deve adaptar-se ao plano setorial sem abandonar as outras dimensões e espaços de explicação. É dinâmica, articulando passado, presente e futuro, através do desvendamento dos processos causais, da expressão atual e da análise das tendências futuras. É ativa, pois cada ator busca com a explicação fundamentar sua ação. A situação está sempre referida a um ator, à sua própria explicação da realidade, mas inclui a explicação, o ponto de vista dos outros atores envolvidos. É, portanto, além de autoreferencial, também policêntrica. Deve ser rigorosa no sentido de buscar apreender as determinações essenciais, para além dos fenômenos aparentes e das causas imediatas e, para isso, não pode prescindir de um modelo teórico de leitura da realidade. Matus (1982) propõe como modelo de análise da realidade a Teoria da Produção Social.

A apreciação situacional, ao contrário do diagnóstico tradicional, é um diálogo entre um ator e outros atores cujo relato é assumido por um dos atores de maneira inteiramente consciente do texto e contexto situacional que o faz participante de uma realidade conflitiva que admite outros relatos.

Baseando-se em Ortega e Gasset, Gramsci e Gadamer, estabelece, Matus o seguinte:

1. Não há significado objetivo, completo, fora da situação. Nenhum discurso pode ser apreendido fora de um contexto concreto.
2. As idéias de cada ator são formadas a partir das circunstâncias que o envolvem. As opiniões não são neutras, mas contaminadas pelo contexto, assim, se eu tento impor minhas idéias como corretas, estabeleço um monólogo desconsiderando a existência de outros atores e suas respectivas circunstâncias e idéias.

Para Artmann (2000) a técnica de análise de cenários e o desenho modular e flexível do plano usado pelo PES favorece uma adaptação frente a mudanças conjunturais. A análise e construção de viabilidade proposta pelo enfoque permite a identificação de recursos críticos e dos atores potencialmente envolvidos no plano de ação, os quais não se restringem necessariamente a órgãos governamentais, ampliando-se o foco de intervenção. Diante da baixa governabilidade do ator principal, o PES não propõe o

abandono do plano. Uma das possibilidades de ampliação da governabilidade sobre o plano é a busca de adesões, considerando tanto atores vinculados a órgãos de governo, como atores da sociedade civil, desde que relevantes para a situação problemática em pauta. Portanto, em situações onde o controle das variáveis relevantes está distribuído entre vários atores, a capacidade de negociação e a ampliação dos processos comunicativos torna-se essencial.

O Método PES prevê quatro momentos (Matus, 1993, 1994) para o processamento técnico-político dos problemas: os momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. Cada um desses momentos possui suas ferramentas metodológicas específicas, que podem, no entanto, ser retomadas nos demais (ARTMNN, 2000).

#### I. O momento explicativo: selecionando e compreendendo o problema.

Este é o momento da seleção e análise dos problemas considerados relevantes para o ator social e sobre os quais este pretende intervir.

Selecionados os problemas, passa-se à descrição dos mesmos através de indicadores ou descritores que o definam com clareza.

Nem sempre é possível usar somente descritores quantitativos. Às vezes é preciso contar apenas com descritores qualitativos. É importante lembrar que o descritor não explica o problema, mas o caracteriza, o expressa através de "sintomas" que o definem.

Após a descrição, os problemas devem ser analisados através da construção de uma rede de causalidade simplificada. É importante chamar a atenção para a necessidade de se conhecer bem o problema para identificar corretamente os processos de causalidade. O método apenas ajuda a sistematização mas não substitui o conhecimento da realidade.

Dentre as várias causas do problema estão aquelas que serão os pontos de enfrentamento do mesmo, os nós críticos, sobre as quais serão elaboradas as propostas de ação.

A partir de então, os nós críticos que representem ainda problemas muito gerais, que dificultem a visão clara de uma intervenção, devem passar por um processo de descrição e análise nos mesmos moldes do problema principal. Os descritores e indicadores dos nós críticos servirão como norteadores da avaliação dos resultados. Devem ser indicados os atores que controlam as variáveis dos nós críticos o que ajudará a verificar o grau de governabilidade, da qual depende o plano de ação do ator-eixo e o plano de demandas.

Entretanto, se a causa tem um alto impacto sobre o problema, se existe oportunidade

política de atuação e é possível intervir sobre ela, mesmo que esteja fora do espaço de governabilidade do ator, vale a pena selecioná-la. A intervenção sobre este nó poderá situar-se em um plano de demandas e dependerá da capacidade de negociação, da criatividade do ator(es) interessado(s).

Jackson de Toni (2004) descreve como se segue, os 3(três) momentos seguintes:

II. Momento Normativo: após a identificação, seleção e priorização de problemas, bem como o debate sobre as causas, sintomas e efeitos, desenha-se o conjunto de ações ou operações necessárias e suficientes para atacar as causas fundamentais dos problemas (também chamadas de Nós Críticos). Esta é a hora de definir o conteúdo propositivo do plano. O central neste modelo de planejamento é discutir a eficácia de cada ação e qual a situação objetivo que sua realização objetiva, cada projeto e isso só pode ser feito relacionando os resultados desejados com os recursos necessários e os produtos de cada ação. Os planos normativos normalmente terminam aqui, onde o planejamento situacional apenas começa, para que ações tenham impacto efetivo e real na causa dos problemas.

III. Momento Estratégico: se a realidade social não pode ser fragmentada em diferentes “setores”, se outros “jogadores” existem e tem seus próprios planos, se o indeterminismo e as surpresas fazem parte do cotidiano, então o debate sobre a viabilidade estratégica das ações planejadas não é só necessário como indispensável. Toda estratégia é uma exploração consciente do futuro, ela resulta da situação diferenciada dos vários atores em relação à problemas, oportunidades e ameaças. A parte a grande quantidade de conceitos envolvendo o termo “estratégia” aqui vamos adotá-la com um conjunto de procedimentos práticos e teóricos para construir viabilidade para o plano, para garantir sua realização com máxima eficácia. Dois instrumentos-processos cabem aqui: a análise de cenários e a análise criteriosa dos demais atores sociais ou agentes. Os cenários representam distintas reflexões, limitadas pela qualidade da informação disponível, sobre possíveis “arranjos” econômicos, institucionais, políticos, sociais, etc., capazes de influenciar positiva ou negativamente a execução das ações planejadas. Ao permitir a simulação sobre as condições futuras os cenários permitem a antecipação das possíveis vulnerabilidades do plano e a elaboração de planos de contingência necessários para minimizar os impactos negativos. Já a análise dos demais agentes envolvidos no espaço do problema-alvo do plano é imprescindível para identificar o possível interesse e motivação de cada um e o tipo de pressão que é (ou será) exercida em relação às ações planejadas. Segundo o autor vale

dizer que a elaboração de cenários e o “estudo de outros” só tem um grande objetivo: desenhar as melhores estratégias para viabilizar a máxima eficácia ao plano.

IV. Momento Tático-Operacional: o momento de fazer, de decidir as coisas, de finalmente agir sobre a realidade concreta. É quando tudo se decide e por isso do ponto-de-vista do impacto do plano é o momento mais importante. Neste momento é importante debater o sistema de gestão da organização e até que ponto ele está pronto para sustentar o plano e executar as estratégias propostas. Para garantir uma resposta positiva será preciso acompanhar a conjuntura detalhadamente e monitorar não só o andamento das ações propostas, mas também a situação dos problemas originais.

Deve-se reavaliar criticamente todo o processo interno de tomada de decisões, os sistemas de suporte à direção, como os sistemas de informações, devem ser revistos e reformulados. Outros temas vitais neste momento são a estrutura organizacional, o fluxo interno de informações, a coordenação e avaliação do plano, o sistema de prestação de contas, as ferramentas gerenciais existentes e necessárias e finalmente a forma, dinâmica e conteúdo da participação democrática na condução do plano. Não podemos esquecer que o planejamento estratégico só termina quando é executado, é o oposto à visão tradicional do “plano-livro” que, separando planejadores dos executores, estabelecia uma dicotomia insuperável entre o conhecer e o agir.

Entretanto, de acordo com Artmann (2000) o sistema de monitoramento ou acompanhamento e avaliação do plano, vai suprir as demandas de informação dos outros sistemas acima e permitir avaliar o desenvolvimento do plano tanto em relação aos seus resultados finais quanto aos seus processos intermediários.

Vale destacar Segundo ainda a mesma autora que a explicação situacional proporciona uma metodologia de análise da realidade que equivale a um enfoque multidisciplinar e que aponta para a necessidade de captar a problemática social como resultante de um entrelaçamento de setores e que não pode ser reduzida a um processo de departamentalização analítica.

A técnica de análise de cenários e o desenho modular e flexível do plano favorece uma adaptação frente a mudanças conjunturais. A análise e a construção de viabilidade proposta pelo enfoque permite a identificação de recursos críticos e dos atores potencialmente envolvidos no plano de ação, os quais não se restringem necessariamente a órgãos governamentais, ampliando-se o foco de intervenção.

Diante da baixa governabilidade do ator principal, o PES não propõe o abandono do plano. Uma das possibilidades de ampliação da governabilidade sobre o plano é a busca de adesões, considerando tanto atores vinculados a órgãos de governo, como atores da sociedade civil, desde que relevantes para a situação problemática em pauta.

Portanto, a nossa focalização no PES deve-se ao fato de ser direcionado para o planejamento econômico-social e porque tem sido adaptado e utilizado em áreas eminentemente sociais como a saúde e educação. É um método que tem particular validade e excepcionalidade de resultados, no setor público onde a presença de problemas verdadeiramente complexos e mal-estruturados compõe o cenário dominante. Neste caso é o método que mais se ajusta aos problemas tão complexos como os constatados na província de Cabinda e que abrangem todos vertentes de gestão de RH.

## VI. RESULTADOS DO ESTUDO

A análise dos profissionais médicos colocados na rede pública de Cabinda tem o fito de avaliar o quadro atual no sentido de se construir propostas que possam contribuir para a melhoria da qualidade de assistência médica. Considerando que a qualidade do atendimento está condicionada aos recursos existentes, destacando-se o nosso recorte temático, os recursos humanos médicos, buscamos conhecer a lacuna existente entre a relação de médicos existentes e a necessidade em Cabinda e a motivação dos profissionais em causa.

Fizemos também um breve diagnóstico da capacidade instalada, levantamos o número de alunos que freqüentam cursos de graduação e pós-graduação em saúde com apoio global ou parcial do governo da província de Cabinda e o quadro salarial praticado na província para os profissionais médicos, cientes de que, estes dados poderão trazer possivelmente subsídios para este estudo.

### **VI.1. Profissionais Médicos**

Na rede pública de saúde de Cabinda, durante o período objeto deste estudo estavam colocados 62 médicos. Deste número fazem parte médicos nacionais (especializados ou não) incluindo estrangeiros residentes (Congolenses) e estrangeiros não residentes (expatriados), especialistas, (vietnamitas, cubanos, russos e portugueses) cujo tempo de permanência na região varia de 1 a 3 anos, tal como referido acima.

O conjunto de médicos estrangeiros não residentes (expatriados), 41 no total, subdivide-se em 2(dois), o primeiro representado por médicos sub-contratados por empresas com contratos de gestão com o hospital local de referência em parceria, com a direção do mesmo, constituído unicamente por médicos nacionais. No segundo enquadram-se médicos contratados direta e centralmente pelo ministério da saúde ou pelo governo local. Ressalta-se que estes dois grupos de expatriados, trabalhando no mesmo hospital, recebem salários diferentes por força de contratos bem distintos, como veremos abaixo.

Cabinda quando comparado com as outras províncias do país, exceto Luanda, é a província que possui maior número de médicos. Para além dos 62 referidos na parte introdutória, na região trabalham também médicos no subsistema militar que considerando o seu baixo impacto no atendimento da população não foram objeto de análise deste estudo, bem como seis (6) em exclusividade no subsistema privado, representando 8,8% dos 68 médicos civis da província, entre nacionais e estrangeiros. O quadro nº 8 ilustra melhor a composição do quadro do pessoal médico da Província (ver anexos).

Importa referir que por beneficiarem-se dos mesmos direitos no grupo dos médicos nacionais, se enquadram os médicos estrangeiros residentes num total de 6, sendo 3 em exclusividade no subsistema privado.

## **VI.2. Alunos em Formação**

Constatamos que existe um numero considerável de alunos oriundos de Cabinda a freqüentarem cursos de graduação em saúde no geral e em medicina em particular na capital do País e no exterior do País com recursos financeiros próprios. Contudo restringimos o nosso levantamento aos alunos bolsistas (com apoio parcial ou total) dado a obrigatoriedade destes regressarem a província logo após conclusão da respectiva formação.

Assim, o governo da província de Cabinda tem 15 bolsistas (com apoio parcial) em Luanda, capital do País, em cursos de graduação em medicina e 4 em cursos de pós-graduação (com apoio total) no exterior. Os últimos são profissionais colocados na rede sanitária da província. Portanto mantêm o vínculo com a D.P. Saúde auferindo inclusive os seus salários globais na província. Quanto aos alunos na fase de graduação, 3 são também profissionais colocados na rede de Cabinda e mantêm de igual modo o seu vínculo com o setor. Os mesmos continuam tal como os alunos de pós-graduação a

receber os seus salários junto da D.P. Saúde.

Os outros 12 não têm qualquer vínculo empregatício com instituições oficiais da província. O resumo dos dados está no quadro nº 3 , abaixo.

**Quadro nº 3- Alunos em formação em saúde com apoio parcial ou total do Governo da Província**

	<b>Número e anos de escolaridade</b>	Local de formação	Total
<b>Graduação</b> (Na capital do País)	1 no 5ºano	Luanda	*
	6 no 4º ano	Luanda	15 a)
	8 no 3ºano	Luanda	
<b>Pós-graduação</b> (No exterior do País)	<b>Número e especialidades</b>		
	2 em Saúde Pública	Brasil e Portugal	**
	1 em Pediatria	Romênia	4
	1 em Imagiologia	Portugal	b)

a) Apoio parcial - Mensalidade

b) Apoio total

\*-Fonte- Grupo de bolsistas(bolseiros) de Cabinda em Luanda

\*\*Fonte-Departamento dos recursos humanos da Direção Provincial da Saúde de Cabinda.

**VI.3. Quadro Salarial dos Profissionais Médicos de Cabinda**

O quadro salarial encontrado é caracterizado por um critério diferenciado na atribuição de salários para profissionais da mesma qualificação profissional isto quanto aos médicos nacionais e estrangeiros não residentes. Confirmamos a informação que possuíamos que existem três modalidades de contratação de médicos, através do ministério da saúde (convênio entre países), de contratos individuais com o governo da província (aqueles médicos que terminaram os seus contratos no âmbito dos convênios e que manifestam interesse em continuar na província) e de sub-contratos com empresas contratadas para procederem à gestão do principal hospital da província, o hospital central de Cabinda. O ultimo grupo de profissionais também têm direito a outros incentivos como mencionado no quadro salarial, abaixo ( vide quadro nº4).

Constatamos também que para além da diferença salarial entre grupos de médicos com a mesma qualificação, verifica-se constantemente o atraso do mesmo paradoxalmente para aqueles que auferem menos, sendo por outro lado, bastante exíguo nomeadamente para médicos nacionais e estrangeiros com contrato com o ministério.

**Quadro nº4 -Tabela salarial de algumas categorias de médicos (nacionais e estrangeiros).**

Categoria Profissional	Nacional	Estrangeiro com contrato com o Ministério	Estrangeiro com contrato com o Governo de Cabinda	Estrangeiro enquadrado no Projeto
Interno Geral	Kzs 58651.20 Usd 733.14			
Médico assistente graduado	Kzs 102639.60 Usd 1282.99			
Médico Graduado	Kzs 109303.40= Usd 1366.00	Kzs 117302.40 =Usd 1466.00 *	Usd 1.532.00 **	Usd 2500-5000 ***

Fonte-Departamento de recursos humanos da D.P.Saúde de Cabinda

\*Com direito ao subsídio de trabalho acrescido e chamadas e residência.

\*\*Com direito a residência

\*\*\* Com direito a transporte coletivo, segurança, refeições e alojamento gratuitos, viagens de férias e seguros.

Porém, os médicos nacionais são colocados nas províncias através de um modelo único de contrato com o ministério ou ultimamente através de concurso público.

#### **VI.4. Rede Sanitária**

A rede pública de saúde da Província é constituída por 111 estruturas sanitárias (Hospitais provincial e municipais, clínicas, centros e postos de saúde). Deste total, 53 encontram-se em bom estado de conservação física, 25 em estado razoável e 33 em estado ruim, estando neste caso fechadas, carecendo de reabilitação. A situação das estruturas sanitárias em estado ruim de conservação torna-se ainda bastante complexa, atendendo a falta de orçamento ou a sua insignificância.

Os elementos considerados na classificação das referidas estruturas sanitárias (em bom estado de conservação, razoável estado e estado ruim), estão no quadro nº5, são inerentes

ao estado do seu equipamento e à sua condição física, nomeadamente, o estado de conservação de paredes, cobertura, portas e janelas, rede elétrica (onde existia, no caso dos postos de saúde rurais), instalações sanitárias, rede de esgotos e pintura.

#### Quadro nº 5 - Critérios de classificação de estruturas sanitárias

<b>Estado</b>	<b>Condições</b>	<b>Estado funcional</b>
<b>Bom estado</b>	-Estrutura física nova, recém reabilitada ou bem conservada -Equipamento novo ou totalmente operacional. -Mobiliário novo ou bem conservado -Instalações sanitárias - funcionais	Em pleno funcionamento
<b>Estado regular</b>	-Estrutura física carecendo de alguma manutenção -Equipamento com ligeiras deficiências -Mobiliário carecendo de alguma manutenção -Instalações sanitárias- com deficiências	Funciona com algumas dificuldades
<b>Estado Ruim de conservação</b>	-Estrutura física, muito degradada -Equipamento inexistente ou não funciona -Mobiliário inexistente ou degradado -Instalações sanitárias- não funcionais	Encerradas (Fechadas)

O resumo de estruturas físicas de saúde da província e de leitos existentes está apresentado nos quadros abaixo(6 a-6 c). É de se destacar que apuramos que de forma global (para todos os serviços e especialidades) a província dispõe de cerca de 370 leitos, sendo 255 no município de Cabinda, 40 no Cacongô, 40 no Buco-Zau e 35 no Belize. Deste modo a média geral de leitos por 1000 habitantes é de 1,6. Esta cifra está muito aquém do preconizado pela OMS que é de 4,5 leitos por 1000 habitantes de acordo com Pereira (1995).

**Unidades Sanitárias da Província- Ano 2001**

Quadro 6a- Unidades Sanitárias com estruturas físicas em bom estado

<b>Designação</b>	<b>M.Cabinda</b>	<b>M.Cacongo</b>	<b>M. Buco- Zau</b>	<b>M/ Belize</b>	<b>Total</b>
Hospital Central	01- <b>240 leitos</b>	-	-	-	01
Hospital Mat. Inf. “28 de Agosto”	01 <b>15 leitos</b>	-	-	-	01
Hospitais Municipais	01	01 <b>40 leitos</b>	-	01 <b>35 leitos</b>	03
Centros de Saúde c/internamento	02	-	01 <b>40 leitos</b>	-	03
Centros de Saúde s/ internamento	03	01	-	-	04
Postos de Saúde	24	06	05	06	41
<b>Total Geral</b>	<b>32</b>	<b>08</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>53</b>

Quadro nº 6b- Unidades Sanitárias com estruturas físicas em estado regular.

<b>Designação</b>	<b>M.Cabinda</b>	<b>M.Cacongo</b>	<b>M. Buco- Zau</b>	<b>M/ Belize</b>	<b>Total</b>
Hospital central	-	-	-	-	-
Hospitais municipais	-	-	-	-	-
Centros de Saúde c/ internamento	-	-	-	-	-
Centros de Saúde s/ internamento	02	-	01	-	03
Postos de Saúde	03	07	12	-	22
<b>Total Geral</b>	<b>05</b>	<b>07</b>	<b>13</b>	<b>-</b>	<b>25</b>

Quadro nº 6c- Unidades Sanitárias com estruturas físicas em estado ruim, portanto fechadas (encerradas).

<b>Designação</b>	<b>M.Cabinda</b>	<b>M.Cacongo</b>	<b>M. Buco- Zau</b>	<b>M/ Belize</b>	<b>Total</b>
Hospital central	-	-	-	-	-
Hospitais municipais	-	-	01	-	01
Centros de Saúde c/ internamento	-	-	01	-	01
Centros de Saúde s/ internamento	-	-	-	-	-
Postos de Saúde	08	11	03	9	31
<b>Total Geral</b>	<b>08</b>	<b>11</b>	<b>05</b>	<b>9</b>	<b>33</b>

Fonte-Gabinete do Planeamento e Estatística da Direção Provincial da Saúde de Cabinda

### **VI.5. A Visão dos Médicos e Gestores Sobre a Saúde em Cabinda**

A visão dos médicos e gestores sobre a saúde em Cabinda foi considerada por nós de extrema importância para compreensão e análise dos aspectos concernentes ao atendimento do usuário da rede pública de saúde de Cabinda, tendo em conta o fato de conhecerem profundamente a realidade sobre o seu funcionamento e particularmente, tendo em consideração as especificidades do trabalho médico que exige o diálogo permanente entre os gestores e este grupo de profissionais. As suas contribuições ajudaram-nos a responder a questão central deste estudo, “como melhorar a qualidade da assistência médica na rede pública de Cabinda/República de Angola a partir da gestão de quadros médicos”. Entrevistas semi-estruturadas trouxeram contribuições relativas aos diversos pontos enquadrados no presente estudo.

Os dados de identificação levantados nas entrevistas foram agrupados por categorias ou cargos com o propósito de se definir o perfil dos nossos entrevistados e considerados de forma individual para fins de associação e interpretação das entrevistas como um todo.

A partir das entrevistas bem como do levantamento quantitativo efetuado avaliamos a disponibilidade de pessoal médico na rede pública de saúde da província para suprir as suas necessidades, a curto, médio e longo prazos. Foram identificadas as carências de formação, capacitação profissional e de desenvolvimento dos profissionais médicos, indicando as necessidades de revisão ou criação de políticas, normas, procedimentos e programas para a gestão dos quadros médicos. Procuramos propor idéias para sua

melhor compensação, motivação, colocação e redistribuição através do uso de conhecimentos técnicos de programação em saúde e Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Matus (1996).

## **Perfil dos Profissionais Entrevistados**

### **Gestores**

Entrevistamos apenas 5(cinco) gestores dos 6(seis) previstos atendendo ao fato do gestor do município de Cabinda, capital da província de mesmo nome ter abandonado o seu posto de trabalho, regressando aos Estados Unidos de América, país onde se formou. Dos 5(cinco) entrevistados 2(dois) são de nível provincial e 3(três) de nível municipal. Os gestores de âmbito provincial são de sexo masculino. Os gestores municipais entrevistados, 2(dois) são de sexo masculino e 1(um) de sexo feminino.

Os 2(dois) gestores de nível provincial têm graduação em medicina sendo um deles pós-graduado. Todos os gestores são naturais da província de Cabinda.

Quanto aos gestores municipais, o de Cacongo é graduado em medicina, o de Buco-Zau é técnico médio de enfermagem e do Belize é graduado em enfermagem. Nenhum dos gestores municipais dos três municípios do interior tem residência fixa ou própria no município. Mantêm as suas famílias na capital da província.

### **Médicos**

Dos 5(cinco) entrevistados 4(quatro) são do sexo masculino e 1 é de sexo feminino e têm a idade que varia de 35 a 67 anos . 3 (três) são nacionais, todos naturais de Cabinda, 1 estrangeiro residente enquadrado em termos de análise no grupo dos nacionais e 1 estrangeiro não residente. Dos 5(cinco), 2(dois) são especializados em ginecologia e cirurgia e os demais têm apenas graduação em medicina. Quatro são casados e um é solteiro.

Mais dados sobre o perfil dos profissionais entrevistados estão no quadro nº 9(vide anexos).

### **Tempo Médio de Trabalho, Formas de Seleção e Colocação de Médicos**

O tempo médio de permanência no exercício da função dos três grupos entrevistados é a seguinte: gestores de nível provincial-1,5 ano, gestores de nível municipal - 4 anos e médicos - 4,1 anos. Constatamos que no tange ao grupo de médicos a sua permanência nos municípios do interior é mínima, inferior há 6(seis) meses, sendo freqüente o abandono dos médicos aí colocados particularmente para o caso dos municípios de

Buco-Zau e Belize por dificuldades inerentes as condições motivacionais (salários exíguos e difíceis condições sociais e de trabalho). Esta situação faz com os médicos se concentrem no hospital central e no município sede onde permanecem os poucos que aceitem a colocação na província. A colocação de médicos nos municípios é feita através de transferência temporárias das estruturas da província onde estão colocados para as direções municipais verificando-se resistências múltiplas da parte destes profissionais. A colocação na província é feita mediante contrato com o Ministério e a conseqüente transferência para a província.

A grande maioria dos médicos Angolanos colocados na província é natural de Cabinda tendo na província os seus familiares.

Ressaltamos que não existe nenhuma estratégia prática por parte da direção provincial da saúde para fixação e retenção de médicos quer na província quer nos municípios. A direção do setor no nível da província avalia como negativa a implementação do programa de transferências temporárias, designado localmente de “rotação” de médicos nos municípios. Até ao momento a direção local da saúde tem enormes dificuldades para colocar médicos na província considerando a falta de um concurso público e a pouca disponibilidade de médicos em aceitarem trabalhar na província não tendo nela condições sociais, particularmente de habitabilidade.

### **Satisfação com a Colocação Atual, Planos de Outro Emprego e Regime de Múltiplo Emprego**

A grande maioria dos entrevistados expressou satisfeita com a sua colocação atual. Apenas um manifestou-se negativamente por estar a trabalhar em um centro de saúde há mais de 7 anos enfrentando este centro com dificuldades materiais. Os mesmos profissionais não têm qualquer plano imediato para outro emprego. Porém, todos os médicos nacionais entrevistados incluindo aqueles que exercem cargos de direção e chefia e os estrangeiros residentes, que têm as mesmas condições que os nacionais, adotam o regime de múltiplo emprego no seu cotidiano como forma de melhorar a sua renda mensal considerando a exigüidade dos salários.

### **Causas de Não Aceitação ou Abandono dos Municípios do Interior**

Os gestores municipais consideram os aspetos abaixo como os mais relevantes que levam os médicos a não aceitarem a colocação nos municípios ou o seu abandono.

-Baixos salários.

-Falta de formação contínua e possibilidade de continuar com a sua formação.

-Falta de condições sociais e de trabalho nos municípios.

Os gestores Provinciais consideram os seguintes fatos:

-Descumprimento do tempo previsto de permanência (um ano) no município. A chegada do outro profissional demora mais que o tempo previsto(3 anos) por recusa deste.

-Isolamento (distância da capital para os municípios)

-Falta de condições sociais e de trabalho.

Os médicos por sua vez referem o seguinte:

-Isolamento (distância da capital da província para os municípios)

-Falta de condições sociais e de trabalho.

-Impossibilidade de fazer negócios, entendido também como falta de possibilidade de adoção do regime de múltiplo emprego.

-Salários ruins.

-Falta de possibilidade de continuar a sua formação.

### **Aceitação de Colocação dos Médicos em um Município Interior**

Dos 5 médicos entrevistados, apenas 2 aceitariam colocação em um município do interior por um período não superior ha 2 anos mas exigiriam inicialmente as seguintes condições:

-Habitação

-Transporte para si, para os doentes e demais profissionais

-Incentivo financeiro

-Condições de trabalho (meios laboratoriais, e outros meios médicos)

-Condições sociais

-Recursos humanos capacitados

### **Satisfação com as condições de trabalho.**

Todos os médicos nacionais (angolanos e estrangeiros residentes) manifestam a sua total insatisfação com as condições de trabalho e a argumentam que a sua insatisfação se deve à falta de meios básicos de trabalho como medicamentos, meios de diagnóstico, medicamentos e gastáveis. Os médicos colocados nos municípios (Cabinda e Cacongo) reclamam também da falta de recursos humanos especializados incluindo de enfermagem. Os médicos especialistas ajudariam no tratamento bem como permitiria a troca de experiência com alguém mais qualificado. O único médico que se manifestou satisfeito com as condições de trabalho é um especialista estrangeiro colocado no

hospital central de Cabinda, maior unidade sanitária da província e é único que alberga uma certa diversidade de especialidades, como pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia.

Outros aspectos apontados por médicos colocados nos municípios são a falta de organização no sistema de atendimento de doentes, falta de meio de transporte para o pessoal e doentes e falta de agentes dos serviços de guarnição e proteção.

### **(In)Satisfação com o Salário**

O salário não satisfaz a nenhum médico nacional (Angolano e estrangeiro residente) bem como a quase todos os gestores municipais. Dos 2 gestores de nível Provincial entrevistados, o enquadrado no “projeto saúde” está satisfeito com o salário. A exigüidade de salários obriga-os a adoção do regime de múltiplo emprego, como referido acima e a prática de negócios para permitir o aumento da renda mensal.

O Médico estrangeiro entrevistado manifesta-se satisfeito com o salário, mas adotaria o regime de múltiplo emprego, caso isso fosse permitido.

### **Satisfação com as Condições Sociais**

Ao questionarmos este aspeto todos os médicos nacionais referem que estão parcialmente satisfeitos com as condições sociais. Os gestores municipais residentes nos municípios mais distantes da cidade capital e que são técnicos de enfermagem (médio e superior) se manifestam insatisfeitos com as condições sociais. Por sua vez a gestora do município mais próximo da capital da província manifesta-se satisfeita. Entretanto referiu ainda e algo constatado por nós que a mesma teve direito, na altura em que chegou ao município, de um carro pessoal, uma residência com quatro dependências da parte da administração municipal devidamente mobiliada e com os todos eletrodomésticos. O médico estrangeiro se manifestou satisfeito com as condições sociais.

### **Satisfação com a Formação**

A maioria dos profissionais entrevistados se manifestam satisfeitos com a formação que têm para as tarefas que exercem. Isto abrange os médicos e gestores municipais. Embora o número de entrevistados não tenha significância estatística, cabe ressaltar que os médicos com idade inferior a 40 anos e sem pós-graduação apresentam-se insatisfeitos ou parcialmente satisfeitos com a formação.

Parece-nos existir uma interligação entre a idade e o nível de formação, pois o gestor

municipal ouvido e que é um quadro médio, apesar de estar numa faixa de idade superior a 40 anos manifestou-se parcialmente satisfação com a sua formação demonstrando interesse em continuar os seus estudos, caso surja possibilidade. Os médicos sem a pós - graduação e com idade inferior a 40 anos manifestaram-se insatisfeitos com a formação enquanto que aqueles com mais de 40 anos manifestaram satisfação com a sua formação.

### **Atendimento da Expectativa do Usuário**

Os gestores na sua totalidade referem que não se consegue atender a expectativa dos usuários e argumentam que este seu posicionamento se deve ou a falta de médicos no geral ou a falta de médicos especialistas o que origina as constantes transferências dos usuários para o hospital central. Acrescentam ainda que no caso dos municípios mesmo quando os médicos se encontram aí não se consegue tal objetivo considerando que os mesmos apresentam-se desmotivados pelas péssimas condições sociais e ao isolamento isto devido à monotonia da vida no município e a distância que o separa da capital da província.

Quanto aos médicos, três dos cinco se manifestam satisfeitos e 2 parcialmente. Contudo acrescentam que as suas opiniões se baseiam no grande esforço individual que fazem para se conseguir este objetivo e ao fato de os pacientes comparecerem às consultas de seguimento e porque os próprios pacientes referem melhorias no seu estado de saúde. Por outro lado salientam que enfrentam grandes dificuldades no exercício das suas atividades por insuficiência de médicos e falta de condições materiais. Atendem em média 32 pacientes por 5(cinco) horas de consulta, dedicando cerca de 8,8 minutos em média por doente quer de primeira, como de segunda consultas.

Do nosso ponto de vista a média encontrada, de 8,8 minutos por paciente, não corresponde com a realidade pois os nossos entrevistados referiram que se apresentam nos seus consultórios as 8H00 saindo cerca das 13H00 mas de acordo com as nossas constatações, o horário referido corresponde com o período normal de trabalho ou seja ao tempo que por norma deveriam permanecer no hospital. As nossas observações apontam que para além das consultas, os referidos médicos inicialmente fazem a visita aos doentes internados, que normalmente são em número elevado. Assim só aparecem nos consultórios por volta das 9H30 terminando-as por volta das 13H00. Constatamos que para além dos 30 doentes previamente marcados, os médicos atendem uma série de pedidos extras tendo em conta a especificidade da cidade que é muita pequena e praticamente a maioria dos seus habitantes conhecerem-se entre si. Esta realidade

também é vivenciada nas cidades de médio e grande porte tendo em conta à deficiente organização dos serviços de marcação de consultas e ao fato das equipes de apoio também favorecerem esta situação, por razões de várias ordens. Assim na realidade esta média pode não corresponder com a realidade. Contudo, mesmo assim a média que apresentamos acima está muito aquém da norma da OMS/OPAS e do ministério da saúde de Angola que estipula a média de 15 a 20 minutos para os doentes de primeira consulta, isto é 4 doentes/hora\*.

Importa também sublinhar que a satisfação dos médicos relativamente ao fato de conseguirem atender a expectativa dos usuários é contrastada com a grande insatisfação dos mesmos em relação às condições de trabalho que são bastante difíceis bem como com a reclamação em relação à falta de incentivos para o trabalho e ao fato do salário não ser estimulante o que obriga até aos gestores a adotarem o regime de empregos múltiplos para aumentar a renda mensal.

Finalmente, convém também sublinhar, como referido acima, que as referidas consultas englobam quer pacientes da primeira consulta, aos quais por norma se dedica mais tempo bem como doentes de segunda consulta, aparecendo muito deles só para buscar uma receita, consultar sobre um determinado fármaco ou até só para saudar o “o seu médico” que o assistiu enquanto esteve internado.

### **Avaliação da Rotação/rotatividade dos Médicos**

Os gestores entrevistados tanto de nível provincial como municipal avaliam a rotação dos médicos nos municípios de forma negativa. Citam a existência em teoria de um programa que prevê a permanência de médicos nos municípios por 3 (três) anos. Contudo, os mesmos recusam-se a deslocar e a permanecer nestas localidades ou a trabalhar em qualquer zona rural. Estes médicos alegam a inexistência de condições sociais apropriadas e o fato de o salário não ser estimulante o que faz com que os dois municípios mais distantes da capital da Província permanecem sem a presença de médicos. Por estes mesmos motivos as comunas dos dois municípios próximos da capital também estão sem médicos. O fato do tempo de permanência, previsto inicialmente no programa ser praticamente indefinido, oscilando entre os 3 e 4 anos tem sido também um elemento desmotivante à ida de médicos para o interior pois não os permite ter um plano de vida nem uma programação adequada do seu futuro. Este tempo na realidade nunca é cumprido.

---

\***Fonte** –MS- Parâmetros para programação das ações básicas de saúde. 2001

## **Avaliação dos Médicos pelos Gestores**

Os gestores municipais referem que sempre que os médicos estão presentes o rendimento é regular considerando que nem sempre estão motivados.

Os gestores de nível provincial e municipal referem que os médicos estrangeiros têm bom desempenho e sublinham que isto se deve aos bons salários que recebem embora este desempenho poderia ser melhor caso os mesmos fossem selecionados pelas instituições onde trabalham.

Os gestores de nível provincial avaliam o desempenho dos médicos nacionais colocados na província como regular. Ressaltam que o número de médicos é bastante reduzido e as condições de trabalho são deficientes o que tem tornando impossível o seu bom desempenho. Acrescentam ainda que os médicos nacionais mesmo não sendo especialistas, muitas vezes desempenham este papel para suprir algumas lacunas no hospital central e nos municípios onde estão colocados.

## **Motivos de Aceitação de Colocação dos Médicos em Cabinda**

Entre os vários motivos mencionados pelos entrevistados, destacam-se:

- Apoio do governo da província na fase de pós-graduação
- Estar próximo da família e do seu povo.
- Porque o hospital tem a especialidade da sua preferência.
- No centro de saúde onde está colocado tem menos trabalho em relação ao hospital. Assim tem mais tempo livre.
- Trabalhar no centro de saúde é bom porque não há conflitos com outros médicos.
- Garantia de transporte e residência no município.
- Proximidade do município da cidade capital da província
- Possibilidade de ajudar o seu povo.

As razões do médico estrangeiro, totalmente distintos dos nacionais, foram:

- Bom salário
- Boas condições de vida e trabalho.
- Bom clima, parecido com o do seu país de origem.

É importante contextualizar as falas do médico estrangeiro que depende para continuar o seu contrato da aprovação das instituições do poder local. Portanto, algumas das suas afirmações sobre as condições de trabalho e sociais e ainda sobre os salários parecem

estar “superdimensionadas”. Constatamos que o custo de vida na província é muito alto, o salário dos médicos estrangeiros com contrato com o governo local ou com o ministério da saúde é deste modo incompatível com as suas necessidades e freqüentemente atrasa, o que leva este grupo de profissionais a dedicarem-se, por exemplo, ao pequeno comércio com a venda de roupas, ouro, entre outras atividades comerciais.

### **Fatores que Interferem na Qualidade da Assistência Médica**

Os principais fatores que interferem na qualidade da assistência médica segundo os entrevistados foram os salários, a alta rotação/ rotatividade dos profissionais, as precárias condições de trabalho e sociais, a falta de formação contínua, e de cursos de especialização e pós-graduação.

### **Ações que poderiam contribuir na melhoria da qualidade da assistência médica**

As opiniões dos entrevistados, relativamente às ações que podem contribuir para melhorar a qualidade da assistência médica em Cabinda estão ordenados por semelhança e número de citações:

- 1- Formação de quadros Angolanos na fase de graduação e pós-graduação para posterior “angolanização” das diversas especialidades médicas. Importa aqui referir que entende-se por angolanização, a substituição gradual de quadros estrangeiros por Angolanos.
- 2- Melhorar as condições de trabalho de forma geral e particularmente o abastecimento técnico-material. (equipamentos, medicamentos e consumíveis).
- 3- Admissão de mais médicos e outros profissionais da saúde.
- 4- Melhorar o salário dos médicos nacionais e dos estrangeiros com contrato com o Ministério.
- 5- Formação contínua que seja abrangente em diversas especialidades.
- 6- Colocar na província e nos municípios em particular profissionais em número e com

capacidade para corresponder à demanda.

7- Aumentar os recursos financeiros destinados aos hospitais.

8- Melhorar as condições sociais para os médicos nacionais.

Esta sugestão deve-se ao fato dos médicos estrangeiros com contratos com as empresas que geram o hospital central de Cabinda para além dos salários elevados (ver tabela salarial) que recebem, terem direito a residências suportadas financeiramente pelo governo local, alimentação, transporte coletivo, segurança, passeios turísticos e diversos seguros enquanto que, os médicos nacionais sobrevivem e suportam todos os encargos com os seus salários exíguos.

9- Salário igual, trabalho igual.

10- Estudar e implementar um programa de saúde rural.

11- Incrementar as ações de carácter preventivo no nível da província e de forma particular, a educação sanitária da população.

12- Melhorar o programa de transferências temporárias de quadros colocados nos municípios.

Ressaltamos que um programa teórico criado há cerca de 6 anos que previa a “rotação” gradual dos médicos nacionais, internos gerais, deixou de funcionar porque as condições deixaram de ser satisfatórias para o efeito e porque o tempo de permanência no município de 6 meses não era cumprido porque o médico substituto não aceita a colocação. Assim o médico permanecia no município por muito tempo, mais do que o previsto, chegando a permanecer até 3 ou 4 anos.

Outro programa que previa a criação de condições para o médico que aceitasse a colocação no município por 3 anos quer no próprio município (residência, meio de transporte oficial, alimentação e condições de trabalho no âmbito do PEACOR) quer na cidade capital (residência e meio de transporte individual adquirido pelo governo da província) deixou de funcionar por dificuldades de ordem técnica.

**13-** Abertura de universidades que considerem a pós-graduação como prioritário.

Constata-se que na província funcionam 3(três) pólos de ensino superior, sendo 2(dois) privados e 1(um) público mas nenhum tem o curso de graduação em medicina.

**14-** Aumentar o número de instituições sanitárias na província.

Gostaríamos de referir que apesar de todo o esforço de construção e reabilitação de estruturas nos últimos 6 anos pelo governo da província, Cabinda ainda se debate com insuficiência infra-estruturas sanitárias, verificando-se dificuldades inclusive para internar os pacientes necessitados. Na pediatria e na maternidade do hospital central de Cabinda, por exemplo, chegam a estar internados mais de um paciente por leito.

### Quadro nº 7 -Resultados das entrevistas

Categoria Prof.	Tempo médio de Trabalho	Formas de seleção e colocação dos médicos	Satisfação com a colocação atual	Planos de outro emprego ou aceitaria outra proposta	Causas de não aceitação ou abandono município interior	Satisfação com as condições de trabalho	Satisfação Com o salário	Satisfação com as condições sociais	Adesão ao multi-emprego	Satisfação com a formação	Conseguir atender expectativa dos usuários
Gestor Provincial	1,5	Contrato / ministério, Aval. curricul.e sel.,c.pub. nac			Incumprimento do tempo, Isolamento, falta condições.		50%(1)- Não 50%(1)- Sim		100% (2)		
Gestor Municipal	4	Transf. da Província p/Mun.			Salário Falta de For.Cont. Falta de condições soc. e trab.		66,6%(2)- Não 33,4%(1)- parcialmente.	66,6%(2)- Não 33,4%(1)- Sim		66,6% (2)-Sim 33,4% (1)- Parc.	100%(3)-Não
Médicos b)	4,1	60%(3)- transferência de uma outra instituição da Província 40%(2)- Contrato bilateral.a)	80%(4)-sim 20%(2)-não obs. 40%(2)-o aceitaria colocação no interior mas sob condições	80%(4)-Não 20%(1)-sim Está há 7 anos no mesmo centro sem cond. de trabalho	1.Isolamento 2.Más condições soc.e trab. 3.Impossibilidade de fazer negócios 4.Salário ruim 5.falta formação	80%(4)- Não 20%(1)- Sim.c)	80% (4)- Não 20% (1)- Sim.c)	80%(4) Parcialmente satisfeitos 20%(1)- Satisfeitos .c)	100% (4)-sim (médicos nacionais)	60% (3) -Sim 20% (1)- Parc. 20%(1)- Não	60%(3)-Sim 40%(2)parcialmente Apesar das dificuldades materiais. Atende-se média 32 pac./con de 5 horas, sendo em média 8,8 min. por doente.

- a) Tratam-se de médicos especializados colocados no Hospital Central.
- b) São médicos colocados no município vizinho ao de Cabinda (é um município do litoral). No interior não há médicos.
- c) Trata-se de opinião de um médico estrangeiro
- d) Os médicos estrangeiros são obrigados a trabalhar em regime de dedicação exclusiva.

Obs- Entre-parêntesis está colocado o número de profissionais ou gestores entrevistados

**Quadro 7-Continuação**

Categoria Profissional	Experiência Anterior no exercício de cargos de chefia	Estratégia de Fixação e incentivo nos municípios do interior	Avaliação da rotação nos municípios	Avaliação do relacionamento médico nacional/estran-geiro	Fatos que interferem na qualidade da assistência	Avaliação dos médicos colocados nos municípios
Gestor Provincial	50%(1)-sim 50%(1)-sim	Não existe (2)	Negativa (2)	Alguma dificuldade de convívio - escolas diferentes	a)ver abaixo	Onde existem -é regular. No interior não se consegue colocar-insuficiência de médicos e falta de condições
Gestor Municipal	66,6%(2)-sim 33,4%(1)-não	100% (3) - não existe	100% (3) - Negativa	Deficiente.Conside rando a diferença salarial.Surgem inevitavelmente grupos.	1.Salários 2.Condições sociais e de trabalho. 3.Formação contínua 4.cursos de pós-graduação 5.Rotatividade 6.Rotação	66,6%(2)- Não tem opinião por falta de médico no município  33,4%(1)-Regular

## VII. SITUAÇÃO DA SAÚDE EM CABINDA: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise da situação da assistência médica em Cabinda foi feita com base nos dados quantitativos que levantamos, na contribuição dos vários autores como referido atrás, e a partir das entrevistas, que efetuamos com os profissionais médicos e gestores colocados na rede pública de Cabinda.

Todos os gestores entrevistados quer de nível provincial, como Municipal afirmaram que a rede pública de saúde de Cabinda não consegue atender a expectativa dos usuários considerando o reduzido número de médicos. Verifica-se a média de um médico para 3.356 habitantes, registrando-se a ausência deste profissional em algumas localidades do interior ( municípios de Buco-Zau e Belize e a totalidade das comunas) com população, em alguns casos, superior a 35.000 habitantes, enquanto que a OPAS segundo Rigoli (1995) preconiza 8-13 médicos para 10.000 habitantes (Schonfeld, OPAS, 1973), sendo em média, 1 médico para 1000 habitantes. Este fator tem motivado as constantes transferências dos pacientes para o único hospital de referência da região, o hospital central de Cabinda, que por sua vez se debate também com insuficiência de quadros médicos, deficientes condições técnicas e materiais, falta de espaço para internações o que faz com que, por vezes, um leito seja ocupado por mais de um paciente (na pediatria e ginecologia), fato presenciado por mim.

A falta de médicos nos municípios do interior deve-se à recusa destes em trabalhar nas localidades do interior ou ao seu abandono. Este comportamento, segundo os gestores e médicos entrevistados, reside nos baixos salários que os médicos recebem, na falta de condições sociais e de trabalho, no isolamento dos profissionais, na impossibilidade de fazer negócios, entendida também como falta de possibilidade de adoção de regime de múltiplo emprego, e na falta de possibilidade de continuação da formação. Segundo os entrevistados, para que os médicos aceitem trabalhar nos municípios do interior por um período de tempo não superior a 2 anos seria necessário a criação das seguintes condições: habitação para os profissionais médicos, transporte individuais para os médicos, doentes e demais profissionais, incentivo financeiro, condições de trabalho (meios laboratoriais, e outros meios médicos), condições sociais e colocação nestes municípios de outros profissionais devidamente capacitados.

As condições referidas pelos médicos entrevistados coincidem em grande medida, com os fatores referidos por Hays e Kamien (2000) citados por Borrelli (2004) que

influenciam na rotatividade bem como a retenção de profissionais nas zonas rurais.

Segundo Castro e Alves (2002) em um seminário internacional, já referido anteriormente, sobre o tema “Desafios e Estratégias para a Interiorização dos Serviços de Saúde”, concluiu-se que o problema da distribuição não eqüitativa de recursos humanos em saúde, ocasionando a baixa oferta de serviços em áreas mais distantes das zonas urbanas é um fenômeno de ordem mundial, apesar das especificidades relacionadas às diferentes realidades. Assim diferentes estratégias têm sido implementadas por diferentes países na tentativa de garantir acesso aos serviços de saúde às populações dos municípios do interior, das áreas rurais e /ou áreas remotas. Algumas destas experiências foram analisadas no capítulo referente à rotatividade e fixação de profissionais.

Contudo, destacamos aqui que para a Austrália, por exemplo, de acordo com Castro e Alves (2002), uma das suas estratégias para alocar profissionais para as regiões rurais contempla a atração de estudantes de origem rural, considerando que a origem das pessoas influencia, segundo diversos estudos internacionais, na sua adaptação ao local de trabalho. Destacamos esta estratégia considerando o fato de todos os médicos Angolanos e gestores entrevistados serem naturais de Cabinda. O fato dos médicos e gestores entrevistados serem de Cabinda pesou na decisão dos mesmos em aceitarem a colocação em Cabinda referindo que assim estariam próximos das suas famílias e teriam assim a possibilidade de “ajudar o seu povo”. O fato do governo da província ter apoiado na fase de formação também foi mencionado como elemento importante para aceitar a colocação em Cabinda.

Os médicos apesar de manifestarem satisfação quanto ao atendimento da expectativa dos usuários nos locais onde estes profissionais existem e de enaltecerem o grande esforço que fazem para o atendimento das populações, reclamam das deficientes condições de trabalho consubstanciadas na insuficiência de meios médicos (meios de diagnóstico, medicamentos, reagentes e consumíveis) e da insuficiência de profissionais da saúde no subsistema público da província. Na rede pública de Cabinda estão colocados 62 médicos e destes somente 21 são nacionais. Dos 62 médicos colocados, 41 são especialistas estrangeiros e apenas 4 são especialistas Angolanos. Entretanto, a OPAS e OMS preconizam o índice de 1 médico especialista para 5.000 habitantes (MS 2001). Cingindo-se nos padrões da OMS pode-se calcular as reais necessidades de colocação e formação de médicos.

Tendo em conta o número tão elevado de médicos estrangeiros especialistas contratados que trabalham na província, é legítimo concluir que para o efeito, dispense-se avultados

recursos financeiros.

Por outro lado, considerando que a especialização corresponde, segundo Bevilacqua e Sampaio (2002), a um conhecimento aprofundado, de caráter vertical, sobre um determinado aspecto do trabalho do profissional, o que o torna mais eficiente na resolução dos complexos problemas colocados em determinado campo de estudo, a especialização dos profissionais médicos da rede pública de Cabinda deve ser um objetivo a alcançar a médio e longo prazos a par de um maior investimento no nível de graduação.

A especialização é um elemento que joga um papel fundamental para garantir competências e habilidades chaves para a força de trabalho em saúde cada vez mais diferenciada. Contudo, salienta Ceccim (2002) que a formação habilita trabalhadores para um determinado ofício em diferentes níveis do trabalho mas ela não assegura a qualificação permanente para o enfrentamento da inovação tecnológica, superação de paradigmas, novas descobertas ou a multidimensionalidade das necessidades individuais e coletivas de saúde ou a abertura para novos perfis de atuação sócio-institucional. Deste modo, programas de desenvolvimento profissional são determinantes da manutenção e melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde. Estes programas, de formação permanente, em Cabinda só existem e de forma ainda incipiente no hospital central de Cabinda mas com muito pouca participação dos médicos nacionais considerando que estes se encontram normalmente ocupados em outras atividades médicas, em outros estabelecimentos de saúde, tendo em conta o regime de empregos múltiplos que adotam para garantir a melhoria da sua renda mensal. Mesmo assim o referido programa não é extensivo aos profissionais colocados fora do hospital central de Cabinda e sobretudo nos municípios.

Cabinda mesmo tendo o melhor índice, em média, de médico/habitante quando comparado com à média do país (1 médico para 20000 habitantes segundo dados obtidos junto do ministério da saúde de Angola) a grande maioria dos seus 62 médicos encontram-se colocados na capital da província, isto no hospital central de Cabinda e em alguns centros de saúde periféricos, sendo 58 no total (vide quadro nº1). Este é um importante fator que interfere na acessibilidade da população aos cuidados de saúde considerando que, como referido por Acurcio e Guimarães (1996) a acessibilidade definida por Donabedian (1990) é a capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente. Assim no cotidiano a grande maioria

dos pacientes é atendida por técnicos de enfermagem quer de nível superior, como dos níveis médio e básico. Em algumas localidades, sobretudo ao nível das comunas, este atendimento é feito ainda por promotores e práticos de saúde, embora exista um grande esforço no sentido da requalificação destes profissionais. Portanto regista-se um défice também de quadros de enfermagem em toda extensão da rede de saúde de Cabinda. Em suma, verifica-se em todos os municípios e instituições de saúde escassez de profissionais qualificados. Importa realçar que na capital do país, Luanda, encontram-se muitos profissionais de saúde sem qualquer vínculo empregatício com qualquer entidade, recusando-se, entretanto, em trabalhar nas províncias alegando falta de condições sociais e de trabalho e de outros incentivos.

Outro fator que demonstra que a população de Cabinda tem dificuldades para ter acesso aos cuidados de saúde é o baixo índice leito/habitante, avaliado em 1,6 leitos por 1000 habitantes enquanto que a OMS preconiza 4-5 leitos por cada 1000 habitantes. Portanto, Cabinda precisa duplicar o número dos seus leitos.

Importa ressaltar que 29,7% das 111 estruturas sanitárias que compõem a insuficiente a rede de saúde da província encontra-se inoperante (vide quadros 6a -6c). O único hospital (de nível secundário) com algumas especialidades possui apenas 240 leitos incluindo, as pediátricas e obstétricas. Este é o outro indicador elucidativo das dificuldades que a população tem para ter acesso aos cuidados de saúde em geral e dos cuidados médicos, particularmente.

A motivação de todos os médicos nacionais entrevistados é baixa não só tendo em conta as deficientes condições de trabalho e a sua baixa qualificação profissional mas particularmente considerando os baixos salários que recebem, incompatíveis com o custo de vida na região. Este fator faz com todos adotem o regime de múltiplos empregos. Os referidos médicos também não estão totalmente satisfeitos com as condições sociais. Este aspecto é de suma importância pois influencia de forma direta nos resultados que a rede de saúde de Cabinda pode alcançar.

Para além dos baixos salários, regista-se com certa frequência atraso no seu pagamento. Os médicos estrangeiros não residentes e nacionais da mesma categoria profissional recebem salários diferentes (vide quadro nº 4). Ressalta-se também que, estrangeiros da mesma categoria profissional mas com base contratual distinta, uns dos outros, beneficiam-se de incentivos muito diferentes no tocante ao transporte, alimentação,

habitação, etc. A diferença salarial cria descontentamento por parte daqueles que recebem menos e coincidentemente são os que têm menos incentivos. Na província, nos mesmos serviços, trabalham médicos de diversas nacionalidades o que cria alguma “dificuldade de convívio” pois as escolas são diferentes. Deste modo constata-se alguma falta de coesão no seio das equipes. Assim deveriam ser encontradas outras formas de incentivo, para aqueles profissionais que recebem baixos salários através de um processo negociado e de acordo com as possibilidades do governo da província e variando de caso para caso considerando que a coesão das equipes tem reflexos no resultado do atendimento.

A admissão de profissionais médicos estrangeiros não é feita pela direção da saúde na província e muito menos pela direção do hospital. Ela é feita por empresas que têm contratos de gestão com o hospital ou centralmente pelo ministério. Este dado tem reflexos na qualidade dos serviços prestados pelos médicos contratados, considerando que alguns não têm correspondido com a expectativa dos gestores locais da saúde ou não têm se adaptado as condições locais.

No que concerne à produtividade dos médicos, na província o médico dedica em média cerca de 8 minutos para atender doentes de primeira e segunda consultas. O ministério de saúde de Angola e OMS/OPAS estimam um tempo mínimo de 15 minutos para se atender adequadamente um doente em consulta perfazendo um total de 4 doentes por hora de consulta.

O governo da província apóia de forma integral ou parcial a formação de 15 alunos no nível de graduação em medicina e 4 no nível de pós-graduação em saúde. Destaca-se que para o caso dos alunos em pós-graduação são médicos que solicitaram espontaneamente a saída do país para formação. Há portanto necessidade de uma política de apoio à formação mais incisiva da parte do governo da província tendo em consideração os seus benefícios (sociais e econômicos) a médio e longo prazos.

Quanto aos 15 do nível de graduação, estes enfrentam enormes dificuldades apesar de ter sido uma iniciativa episódica dos gestores da saúde da província. Todos assumem o compromisso de retomarem a província tão logo terminem a sua formação, confirmando deste modo o quanto o recrutamento local de alunos para formação pode contribuir na colocação e fixação de profissionais nas localidades do interior, no caso províncias, municípios e comunas.

Todos os dados mencionados acima justificam a importância de uma visão integral para se atingir a qualidade em saúde. A OPAS (2004), entretanto sublinha que a garantia e melhoria da qualidade da atenção é um objetivo obrigatório de todos os sistemas de saúde e que só é possível alcançar na medida de uma ação integrada e permanente das autoridades sanitárias, dos gestores, do pessoal clínico e dos usuários.

No tocante à situação epidemiológica, Cabinda à semelhança de todo o país apresenta altos índices de natalidade e fertilidade, elevadas taxas de mortalidade infantil e mortalidade geral, elevadas taxas de incidência e prevalência de algumas doenças transmissíveis, a malária, doenças diarréicas agudas, sarampo, tuberculose, coqueluche, difteria etc. o que demonstra baixo impacto das ações preventivas e de promoção implementadas na região (segundo dados Instituto Português de apoio ao desenvolvimento e OMS)

Considerando o exposto acima e baseando-se na definição de Donabedian (1990) que considera sete eixos fundamentais para se atingir a qualidade do cuidado, pode-se concluir que a assistência prestada na rede pública de saúde de Cabinda é ainda baixa.

Contudo, verifica-se uma grande vontade das autoridades locais, ao nível do governo e dos responsáveis do setor da saúde para implementação de programas que visem mudar o atual quadro da baixa qualidade dos serviços e da sua baixa resolubilidade apesar de algumas limitações de ordem técnica, concretamente, a falta de profissionais graduados em saúde pública e gestão de serviços e sistemas de saúde e outras especialidades técnicas. Quanto aos recursos financeiros, a província goza de descentralização financeira o que poderá contribuir para concretização da vontade de mudança manifestada pelos atores acima mencionados.

Finalmente importa destacar que para implementação de programa de mudança deve-se ter em conta o homem. Daí que para o alcance de melhores índices a curto, médio e longo prazos toda a atenção deverá dada programas de desenvolvimento profissional pois são determinantes para a manutenção e melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde.

## VIII. NOVAS PERSPECTIVAS PARA A SAÚDE EM CABINDA

No capítulo anterior concluímos que a qualidade do atendimento aos usuários na rede de saúde de Cabinda é baixa. Verifica-se baixa resolubilidade dos serviços de saúde e particularmente grandes dificuldades de acesso das populações aos cuidados por razões de ordem geográfica (déficit de profissionais, insuficiência de estruturas sanitárias e não funcionamento de outras), funcional (falta de oferta oportuna de serviços e de forma adequada às necessidades da população), econômica (insuficiência de meios médicos, incluindo medicamentos e consumíveis e incapacidade da população para a sua aquisição) e até cultural (alguma inadequação de normas e técnicas aos hábitos e costumes da população de algumas localidades) e baixo impacto das ações de prevenção e promoção da saúde.

Nosso recorte temático é a gestão dos recursos humanos médicos que, engloba não só os aspectos planejamento mas também, a captação, a distribuição e a alocação dos profissionais em postos de trabalho, com a qualificação requerida e com medidas que fortaleçam a fixação desses profissionais (melhoria das condições sociais e de trabalho e atribuição de incentivos).

A partir dos dados colhidos e das entrevistas com os gestores, destacamos como de grande importância à oferta de possibilidades de formação e capacitação que atendam às necessidades de desenvolvimento de competências para atenção à saúde de qualidade e que corresponde com os anseios dos usuários.

Assim, consideramos ser relevante para Cabinda a persecução, a curto, médio e longo prazos, dos objetivos referidos por Pierantoni e Col. (2004) no domínio da gestão dos recursos humanos pois permitirá que a província tenha um cenário melhor no tocante a satisfação das necessidades dos usuários da sua rede pública de saúde.

Nesta perspectiva, baseando-se nos dados recolhidos, nas sugestões dos médicos e gestores entrevistados, na nossa própria experiência e no resultado da revisão da literatura, apresentamos uma proposta com medidas que poderão contribuir para o enfretamento do problema da baixa qualidade da assistência médica na província. A proposta que apresentamos fundamenta-se no Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus (1996).

## **VIII. 1. Explicação e Propostas de Ação para o Enfretamento da Baixa Qualidade de Assistência Médica na Rede Pública de Cabinda**

A análise do problema foi feita com recurso à proposta de Artmann (2000) de simplificação do método do PES para o uso local com as devidas adaptações e o cuidado para não torná-lo simples a ponto de perda na abordagem global e estratégica dos problemas.

No caso em estudo, os problemas, seus descritores, causas e nós críticos (pontos de enfretamento, pontos sobre os quais foram elaboradas as propostas de ação) foram levantados e construídos a partir dos dados, entrevistas e nossa própria experiência. Escolhemos o ponto de vista do Diretor da saúde da província (equivalente, no Brasil, a secretário municipal da saúde) para problematizar a situação bem como para a elaboração de propostas de intervenção.

Descrito o problema, fizemos a sua análise através de uma rede causalidade. Cada uma das causas foi alocada dentro ou fora do espaço de governabilidade do ator, tendo em conta que dentro do espaço de governabilidade se situam as causas que estão sob seu controlo. Os nós críticos e as propostas de ação foram baseados nelas.

Baseados nos critérios para definição dos nós críticos de Matus (ARTMANN 2000) selecionamos os nós críticos.

De seguida procedemos à análise dos nós críticos, semelhante ao que realizamos com o problema principal, através de busca de seus respectivos descritores e definimos os atores que os controlam. A partir daí definimos o grau de governabilidade e a viabilidade das ações de enfretamento do problema pelo ator de referencia, no caso o Diretor provincial da saúde.

Depois do problema, os descritores e os nós críticos estarem trabalhado, elaboramos as propostas de ação considerando diferentes cenários. Deste modo, cada operação resultou em produtos e resultados. Consideramos diferentes cenários através da previsão do comportamento de cada variável nas possibilidades de cenários pessimista, central e otimista.

Identificamos o cenário otimista como o mais provável para execução e determinamos os recursos necessários para o efeito.

Importa salientar que os descritores do problema são denominados de VDP (vetores de descrição do problema). Assim cada descritor foi transformado num resultado esperado. Através de intervenções que sugerimos, transformamos o problema positivamente e deste modo encontramos o VDR (vetor de descrição de resultado) correspondendo aos

resultados que a proposta atingiu como um todo.

Para alguns nós críticos foram elaboradas duas operações. Vale aqui sublinhar que as operações nas tabelas abaixo foram enunciadas de forma sintética. Após elaboração da rede explicativa, apresentamos um comentário às propostas, para facilitar a compreensão do seu conteúdo.

Entretanto, antes de apresentarmos a rede explicativa, consideramos ser importante fazer um resumo dos conceitos e siglas utilizados na construção da mesma:

VDP: Vetor de descrição do Problema: Dados que descrevem o problema, como por exemplo:

VDP1 = Baixa resolubilidade dos serviços de saúde.

C: CAUSA: Todas as causas apresentadas para explicar o problema.

NC: Nó Crítico: Uma das causas que servirá de base para o enfretamento do problema. Por exemplo: NC 1-Reduzido número de médicos na rede de saúde de Cabinda.

VDNC: Vetor de descrição do Nó Crítico: Indicador que descreve o nó crítico. Por exemplo:

VDNC 1- 1 médico para 3.356 habitantes, em média.

Governabilidade: Habilidade de controlar os recursos envolvidos na execução do plano, a operação e os recursos podem estar dentro (o ator tem o controle dos recursos para o enfretamento do problema) ou fora da governabilidade do ator. A partir deste controle a governabilidade pode ser alta, média ou baixa.

Atores que controlam: Atores que possuem governabilidade para executar uma operação sendo ele ou não o ator que planeja.

OP: Operação: Ações planejadas no sentido de atuar sobre as causas determinantes do problema (Nó Crítico) para corrigi-las, amenizá-las, adaptá-las, etc:

Por exemplo, OP1- Recrutamento e admissão de médicos.

OPE: Operação Estratégica: Operação desenhada para contornar um cenário diferente do favorável, ou seja, intermediário ou negativo.

Recursos Críticos: São os recursos essenciais à realização de cada operação. São de natureza diversa e podem ser divididos em recursos financeiros, políticos ou cognitivos. Um ou mais recursos podem ser necessários para execução de uma operação. Por exemplo:

Para a execução da OP1- Recrutamento e admissão de médicos. Os recursos críticos são financeiros, considerando que seria necessário prever no orçamento, o salário e outros incentivos para os médicos, cognitivos, o conhecimento da legislação Angolana sobre o assunto, o estudo das necessidades em recursos humanos, e políticos, ou seja o

apoio do governo da província para a consumação da atividade.

Motivação (viabilidade): Tendência do ator que controla os recursos com relação à execução da operação sugerida. Pode ser alta, média ou baixa.

Cenário: Previsão do comportamento de cada variável. O ambiente onde o plano é negociado e executado pode constituir-se em cenário otimista, intermediário ou pessimista, de acordo com a motivação e as habilidades dos atores que controlam os recursos, os demais atores envolvidos no plano, insumos e fatores etc.

VDR: Vetor de Descrição de Resultado: Resultados esperados mediante a implementação das operações.

Fluxograma Situacional- Permite identificar as relações de determinação entre as causas e entre as causas e o problema tal como descrito sob a forma de indicadores (descritores), as causas de maior poder de determinação; o grau de governabilidade sobre as causas, correspondendo àquelas situadas no espaço de governabilidade às causas controladas pelo ator do plano; as causas localizadas no espaço-fronteira que se referem às causas diretamente relacionadas com o problema, controladas por outros atores, e as causas situadas no espaço fora do problema as quais se relacionam a causas que condicionam o problema mas não fazem parte dele diretamente, sendo causas também de outros problemas.

Trajetória Estratégica (ordenação temporal das operações)-Busca combinar da melhor maneira possível, num dado horizonte temporal, operações consensuais e operações conflitivas de modo que as operações consensuais possam abrir caminho para as outras. É necessário definir um período de tempo para a realização do plano.

Na trajetória estratégica “T” - significa período de tempo.

Cenários- Correspondem às possibilidades futuras de conformação do contexto que envolve o plano.

Árvore do problema - Estabelece a relação de causa e efeito entre os pontos de enfrentamento do problema, ou seja, entre os nós críticos.

## Rede Explicativa

### Descrição do problema

Nome do problema: Baixa qualidade da assistência médica na rede pública de saúde de Cabinda.

Ator que explica: Diretor provincial da saúde de Cabinda (equivalente no Brasil a secretário municipal da saúde).

Espaço do Problema: Direção Provincial da saúde de Cabinda

Quadro 1-Descrição do problema

Quadro 1- O problema

Descritores do Problema	Indicadores
1. Pessoas não atendidas ou atendidas deficientemente (em termos de tempo e qualidade)	-22% do reduzido número de estruturas sanitárias (apenas 111) encontram-se fechadas -Tempo médio de consulta- 8 minutos -Insuficiência de meios médicos
2. Índice médico/habitante muito abaixo do preconizado, por exemplo pela OPAS	Média da região-1 médico para 3.356 habitantes. Em algumas localidades, episodicamente, 1 médico para 34.521 habitantes.
3. Reduzido acesso da população aos serviços de saúde em geral e médicos em particular	-1, 6 leitos hospitalares para cada 1000 habitantes, muito inferior do preconizado pela OMS. -Só 47 % de estruturas sanitárias encontram-se em bom estado de conservação -Existência na região de apenas 1 hospital com algumas especialidades
4. Baixa resolubilidade dos serviços de saúde	Transferências constantes para o hospital de referência e alta taxa de retorno
5. Elevadas taxas de mortalidade por causas evitáveis	Mortalidade infantil-279/1000 nascimentos * Mortalidade geral-18,8% *

\* Tratam-se dados referentes ao país.

**Quadro 2- Causas**

<b>Descritores do problema</b>	<b>Causas</b>
<p>1. Pessoas não atendidas ou atendidas deficientemente (em termos de tempo e qualidade)</p> <p>2. Índice médico/habitante muito abaixo do preconizado, por exemplo pela OPAS</p> <p>3. Reduzido acesso da população aos serviços de saúde</p> <p>4. Baixa resolubilidade dos serviços de saúde</p> <p>5. Elevadas taxas de mortalidade por causas evitáveis</p>	<p>C1- Reduzido número de médicos na rede em estudo</p> <p>C2 - Baixa qualificação dos profissionais em geral e dos médicos em particular</p> <p>C3- Deficiente articulação, organização e coordenação dos serviços e da rede de saúde</p> <p>C4 - Pouca motivação dos profissionais médicos (baixos salários , poucos incentivos e falta de condições de trabalho)</p> <p>C5- Condições sociais pouco atrativas para os profissionais</p> <p>C6- Rede sanitária insuficiente e deficiente</p> <p>C7- Ausência de um programa de manutenção de estruturas físicas e do equipamento médico-hospitalar</p> <p>C8- Programa de transferências temporárias de médicos para o interior não funciona</p> <p>C9- Insuficiência de meios técnicos incluindo de diagnóstico</p> <p>C10- Insuficiência de medicamentos, consumíveis e reagentes</p> <p>C11- Orçamento de saúde insuficiente (global da direção da saúde e das sub-unidades)</p> <p>C12- Isolamento do profissional em alguns municípios</p> <p>C13- Instabilidade político- militar residual</p> <p>C14- Pouco envolvimento dos administradores municipais na resolução dos problemas de saúde</p> <p>C15- Insuficiente dialogo entre os gestores e os profissionais</p> <p>C16- Reduzido número de outros profissionais de saúde</p> <p>C17- Ausência de um programa de saúde rural.</p> <p>C18- Baixo impacto de ações preventivas e de promoção da saúde.</p>

**Quadro 3- Nós críticos**

Causas	Nós críticos
<p>C1- Reduzido número de médicos na rede em estudo</p> <p>C2 - Baixa qualificação dos profissionais em geral e dos médicos em particular</p> <p>C3- Desatualização dos Profissionais</p> <p>C4- Deficiente articulação, organização e coordenação dos serviços e da rede de saúde</p> <p>C5 - Baixa motivação dos profissionais médicos</p> <p>C6- Condições sociais pouco atrativas para os profissionais</p> <p>C7- Rede sanitária insuficiente e deficiente</p> <p>C8- Ausência de um programa de manutenção de estruturas físicas e do equipamento médico-hospitalar</p> <p>C9- Programa de transferências temporárias de médicos para o interior não funciona</p> <p>C10- Insuficiência de meios médicos incluindo de diagnóstico</p> <p>C11- Insuficiência de medicamentos, consumíveis e reagentes</p> <p>C12- Orçamento deficitário</p> <p>C13- Isolamento do profissional em alguns municípios</p> <p>C14- Instabilidade político- militar residual</p> <p>C15- Deficiente envolvimento dos administradores municipais na resolução dos problemas de saúde</p> <p>C16- Insuficiente diálogo entre os gestores e os profissionais</p> <p>C17- Reduzido número de outros profissionais de saúde</p> <p>C18- Ausência de um programa de saúde rural.</p> <p>C19- Baixo impacto de ações preventivas e de promoção da saúde.</p>	<p>NC1- Reduzido número de médicos na rede em estudo</p> <p>NC2 - Baixa qualificação dos profissionais em geral e dos médicos em particular</p> <p>NC3- Deficiente articulação, organização e coordenação dos serviços e da rede de saúde</p> <p>NC4 - Baixa motivação dos profissionais médicos</p> <p>NC5- Rede sanitária insuficiente e deficiente</p> <p>NC6- Insuficiência de meios médicos incluindo de diagnóstico</p> <p>NC7- Baixo impacto de ações preventivas e de promoção da saúde.</p>

**Quadro 4- Análise do nó crítico**

<b>Nó crítico</b>	<b>VDNC (Vetor de descrição do nó crítico)</b>	<b>Atores que controlam</b>	<b>Governabilidade</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Viabilidade</b>
<b>NC1</b>	1 médico para 3.356 habitantes em média, em algumas localidades, 1 médico para 34.521 habitantes, episodicamente	Ministro da Saúde -Governador da Província -Diretor da saúde -Diretor do Min. Emprego e segurança social	Média	Político, Cognitivo Econômico Organizativo	Média
<b>NC2</b>	Existência de somente 4 médicos pós-graduados dos 21 nacionais e não abrangência do programa de formação permanente aos médicos colocados fora do H.C.C	-Governador da província. -Diretor da saúde	Alta	Econômico Cognitivo Organizativo	Média
<b>NC3</b>	-O sistema não funciona em rede. - Não cumprimento de programas. - Inexistência de técnicos com formação em gestão de sistemas e serviços de saúde.	-Diretor da Saúde	Alta	Organizativo Cognitivo	Alta
<b>NC4</b>	Baixos salários. Falta de outros incentivos. Deficientes condições sociais e de trabalho	-Ministro da saúde -Governador da província. -Diretor da saúde	Baixa	Político Econômico Cognitivo	Média
<b>NC5</b>	Existência de apenas 1 hospital secundário. Índice leito/habitante bastante baixo e 29,7% da capacidade física instalada encontra-se inoperante	-Governador da província.	Baixa	Político Econômico Cognitivo Organizativo	Média
<b>NC6</b>	Deficiente processo de diagnóstico e terapêutica	- Governador da província. - Diretor da Saúde	Média	Econômico Cognitivo Organiz.	Média
<b>NC7</b>	Elevadas taxas de morbimortalidade por doenças preveníveis	- Governador da província - Diretor da saúde - Administradores Municipais	Média	Econômico Político Cognitivo Organizativo.	Média

**Quadro 5-Desenho de proposta do cenário otimista (Momento normativo)**

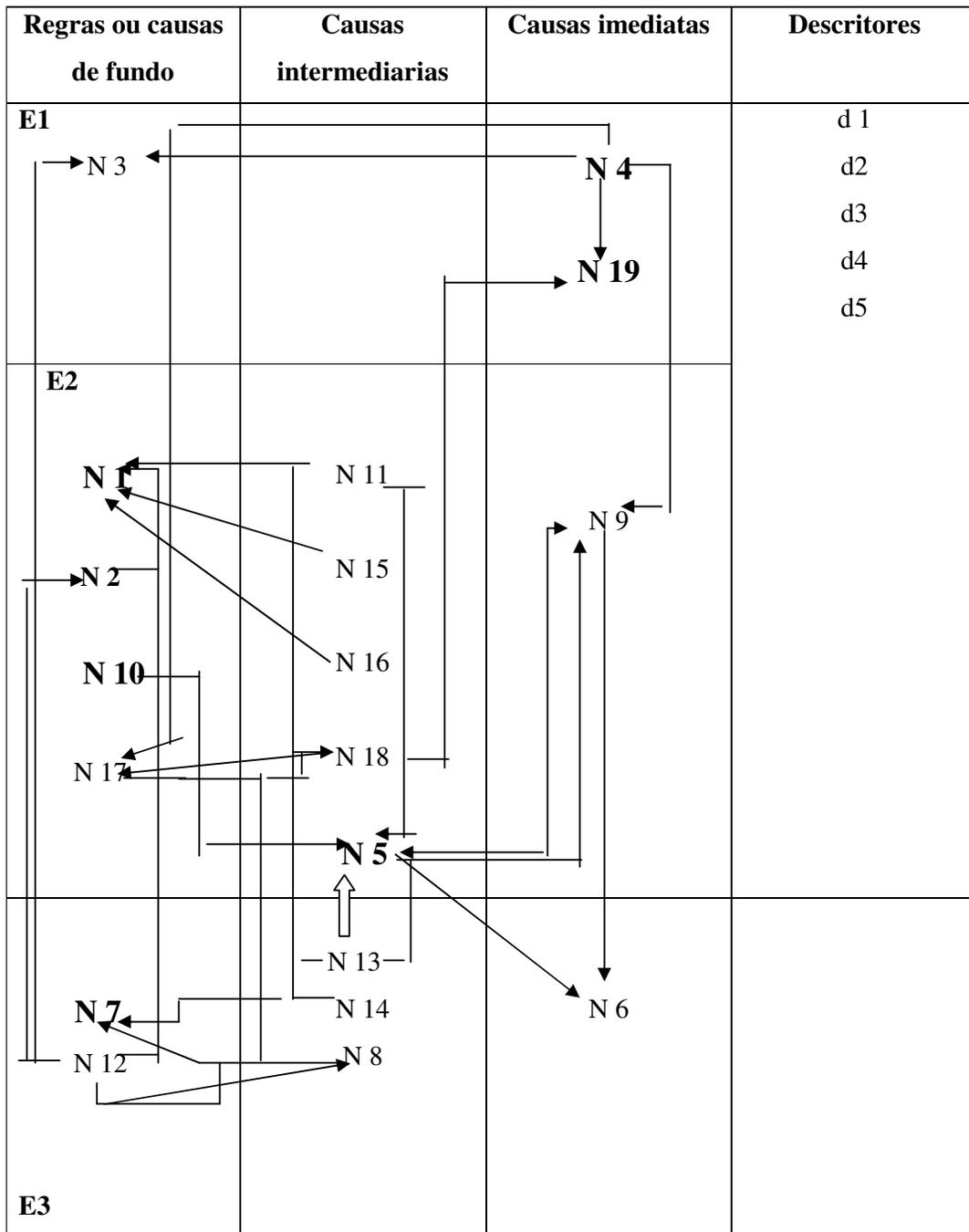
<b>VDP</b>	<b>Nó crítico</b>	<b>Operação</b>	<b>VDR</b>
VDP1. Pessoas não atendidas ou atendidas deficientemente (em termos de tempo e qualidade)	NC1- Reduzido número de médicos na rede em estudo	OP1.1- Recrutamento e admissão de médicos( estrangeiros e nacionais) tendo em vista os padrões da OMS sobre o assunto	VDR1- Aumento do número de médicos Angolanos na rede em 50% em 10 anos
VDP2. Índice médico/habitante muito abaixo do preconizado, por exemplo pela OPAS	NC2 - Baixa qualificação dos profissionais em geral e dos médicos em particular	OP1.2Elaboração e implementação de um programa de interiorização dos trabalhadores da saúde	VDR2 - 40% do número atual de médicos, pós-graduados 100%-participando da formação permanente em 10 anos.
VDP3. Reduzido acesso da população aos serviços de saúde	NC3- Deficiente articulação, organização e coordenação dos serviços e da rede de saúde	OP2.1- Financiamento de bolsas de estudo para médicos para pós-graduação em regime rotativo e para alunos no nível de graduação	VDR3 – Diminuição na mortalidade geral e infantil, diminuição das listas de espera, diminuição das transferências para o HCC.
VDP4. Baixa resolubilidade dos serviços de saúde	NC4 - Baixa motivação dos profissionais médicos	OP2.2-Extensão do programa de formação permanente a todos os profissionais médicos colocados na Província através da transformação do pólo do HCC em pólo provincial (regional).	VDR4- Melhoria das condições sociais para os médicos, sobretudo nas regiões do interior .
VDP5. Elevadas taxas de mortalidade por causas evitáveis	NC5- Rede sanitária insuficiente e deficiente	OP3- Reorganização dos serviços e reestruturação da rede de saúde recorrendo em uma primeira fase a acessoria externa (ONG`s, ENSP/FIOCRUZ, OMS, etc)	VDR5- Aumento acessibilidade da população aos seus cuidados de saúde.
	NC6- Insuficiência de meios médicos incluindo de diagnóstico	OP4- Construção de residências para os médicos, aquisição de meios de transporte e atribuição de outros incentivos de forma contextualizada.	VDR6- Aumento da capacidade de resposta das instituições
	NC7- Baixo impacto de ações preventivas e de promoção da saúde.	OP5- Construção e reabilitação de infra-estruturas sanitárias	VDR7- Diminuição da morbimortalidade na província
		OP6.1- Aquisição e instalação de meios médicos nas unidades sanitárias com defice destes meios	
		OP6.2-Elaboração e implementação de programa de aquisição e distribuição de medicamentos que considere a situação epidemiológica e demográfica da região	
		OP7- Reestruturação e redinamização de todos os programas de saúde pública tendo como base as declarações de Alma-Ata e Ottawa.	

**Quadro 6- Cenários e operações estratégicas**

<b>Operações</b>	<b>Operações estratégicas</b>	
	<b>Cenários</b>	
<b>Otimista</b>	<b>Intermediário</b>	<b>Pessimista</b>
<p>OP1.1- Recrutamento e admissão de médicos tendo em vista os padrões da OMS sobre o assunto</p> <p>OP1.2- Elaboração e implementação de um programa de interiorização dos trabalhadores da saúde</p> <p>OP2.1- Financiamento de bolsas de estudo para médicos para pós-graduação em regime rotativo e para alunos no nível de graduação</p> <p>OP2.2 Extensão do programa de formação permanente a todos os profissionais médicos colocados na Província através da transformação do pólo do HCC em pólo provincial(regional)</p> <p>OP3- Reorganização dos serviços e reestruturação da rede de saúde recorrendo em uma primeira fase a acessória externa(ONG`s, ENSP/FIOCRUZ,OMS, etc)</p> <p>OP4- Criação de condições sociais para os Profissionais e atribuição de incentivos.</p> <p>OP5- Construção e reabilitação de infra-estruturas sanitárias</p> <p>OP6.1- Aquisição e instalação de meios médicos nas unidades sanitárias com defíce destes meios</p> <p>OP6.2-Elaboração e implementação de programa de aquisição e distribuição de medicamentos que considere a situação epidemiológica e demográfica da região</p> <p>OP7- Reestruturação e redinamização de todos os programas de saúde pública tendo como base as declarações de Alma- ata e Otawa.</p>	<p>OPE1- Negociar com o ministério a colocação de mais médicos nacionais na Província visando o atendimento integral das populações incluindo as do interior.</p> <p>OPE2- Criação e implementação de um programa de transferências internas temporário para um período de tempo não superior há 6 meses.</p> <p>OPE3- Reorganização gradual dos serviços e da rede.</p> <p>OPE4- Atribuição de incentivos com recurso ao orçamento interno</p> <p>OPE5- Solicitação e melhor articulação com empresas petrolíferas para reforço do apoio na construção e reabilitação de centros e postos de saúde.</p> <p>OPE6- Articulação com fundo de apoio social a construção e reabilitação de centros e postos de saúde.</p> <p>OPE7- Solicitação e melhor articulação com empresas petrolíferas para reforço do apoio para aquisição de meios médicos.</p> <p>OPE8- Relançamento prioritário dos programas dos programas de luta contra a malária, D.D.A., educação para a saúde, AIDS, planejamento familiar e ampliar a cobertura vacinal.</p>	<p>OPE1- Criação e implementação de programas de visitas de equipes médicas às localidades do interior bi- mensalmente.</p> <p>OPE2- Recrutamento de funcionários, técnicos médios, para cursos de graduação em medicina em Luanda mantendo os salários.</p> <p>OPE3- Priorização no processo de reestruturação de serviços e da rede, de algumas estruturas sanitárias vitais.</p> <p>OPE4- Incentivação das instituições de saúde com orçamento para atribuição de algum incentivo</p> <p>OPE5- Solicitação as empresas madeireiras apoio para construção de estruturas de saúde básicas.</p> <p>OPE6- Solicitação as empresas madeireiras e ONGs apoio para aquisição de meios médicos.</p> <p>OPE7- Priorização numa primeira fase dos programas de luta contra malária e AIDS e aumentar a cobertura vacinal.</p>

**Quadro 7-Fluxograma situacional**

**(Rede de causalidade)**



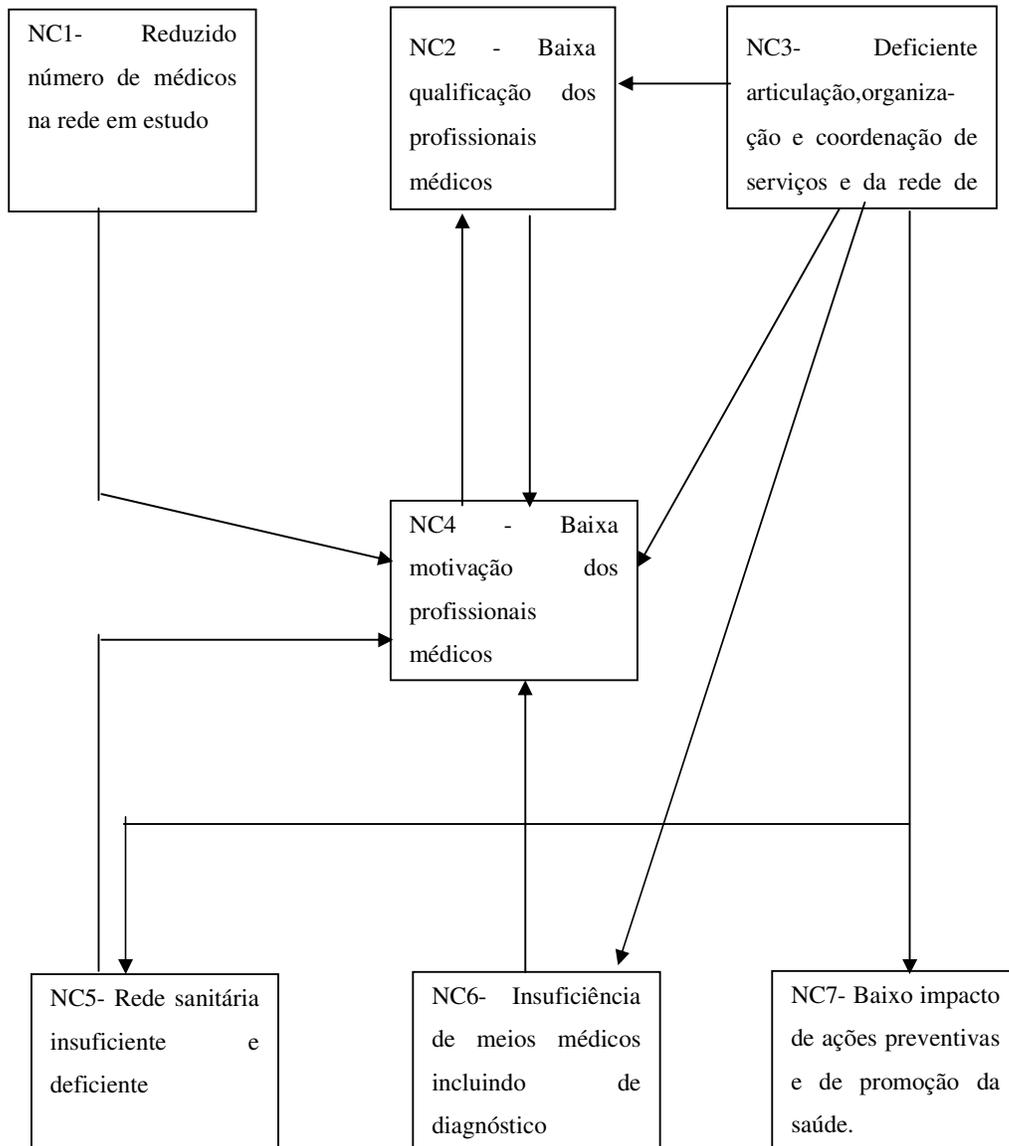
**E 1** - Espaço de governabilidade (causas sobre o controle do ator)

**E 2** - Espaço - fronteira

**E 3** - Espaço de fora do problema

N 1- N 14- Nós explicativos (causas)

**N**- Nó crítico

**Quadro 8. Arvore do problema**

**Quadro 9-Cenários****Cenários**

<b>Otimista</b>	<b>Central</b>	<b>Pessimista</b>
1. Contratação de uma acessoria externa com fito de se melhorar a gestão do setor da saúde, a curto prazo(ONG's, ENSP/FIOCRUZ, OMS, UNICEF,etc)..	1. Recurso aos quadros locais , em formação no exterior do país no domínio da saúde pública, para accessorar a gestão e auxiliar na implementação das operações a médio prazo.	1. Falta de profissionais especializados que possam ajudar na implementação das ações/operações.
2. Maior investimento do governo da província e aumento do orçamento da D.P.S. e de todas dependências orçamentadas.	2. Maior investimento do governo da província na área da saúde.	2.Manutenção dos níveis atuais de investimento.
3. Apoio significativo das empresas petrolíferas, madeiras, ONGs e comunidade em geral ao projeto.	3.Maior apoio das empresas petrolíferas ao projeto tendo em conta, os dados técnicos apresentados.	3.Manutenção dos níveis atuais (mínimos) de apoio aos programas da saúde por parte das empresas petrolíferas.
4. Distribuição de responsabilidades aos distintos gestores dos 3 níveis de administração da província e o seu conseqüente envolvimento total.	4. Maior envolvimento político-administrativo dos administradores municipais na resolução dos problemas da saúde.	4.Continuação da participação, quase simbólica, dos administradores municipais e comunais na resolução dos problemas da saúde.
5. Apoio do ministério nas vertentes, técnica, legislativa e financeira	5. Alguma acessória técnica do ministério.	5. Nenhum apoio do ministério.

**Quadro 10 - Trajetória estratégica para 10 anos**

<b>T1- 2 anos</b>	<b>T2- 2 anos</b>	<b>T3- 2 anos</b>	<b>T4- 2 anos</b>	<b>T5- 2 anos</b>
OP 1.1.				
OP 1.2. ⇨	⇨	⇨	⇨	⇨
OP 2.1. ⇨	⇨	⇨	⇨	⇨
OP 2.2.				
OP 3 ⇨	⇨	⇨	⇨	
OP 4 ⇨				
OP 5 ⇨	⇨	⇨	⇨	⇨
OP 6.1. ⇨	⇨			
OP 6.2. ⇨	⇨	⇨	⇨	⇨
OP 7 ⇨				

Obs:- “T” = tempo

## **VIII. 2. Comentários e Desafios à Proposta**

Tendo em vista os quadros apresentados, de diagnóstico da situação, operações estratégicas e trajetória estratégica, importa referir o seguinte:

As operações (propostas) apresentadas para o reduzido número de médicos e baixa qualificação dos profissionais prevêem um tempo global de execução de 10 anos. Algumas delas, exigem um período de tempo muito grande de execução, como por exemplo à formação de quadros no nível de graduação e pós-graduação. Normalmente para graduação são necessários 6 anos e para pós-graduação, pelo menos 2-4 anos. Se considerarmos que a implementação será gradual, o tempo de implementação global será proporcional.

Outras propostas devem ter um caráter permanente de implementação devendo ajustar-se consoante o impacto e resultado dessas intervenções, exigindo-se avaliações periódicas.

No que tange ao recrutamento e admissão de novos profissionais, este deverá ter dois componentes principais, sendo que um dependerá do outro. Considerando que no mercado interno (Luanda) pode-se recrutar graduados em medicina para trabalhar na província desde que se crie condições sociais (transporte, habitação e algum outro incentivo) na cidade de Cabinda, a primeira fase deveria ter em vista o recrutamento no mercado interno. Depois de colocados na província e de um período de adaptação nas estruturas de saúde situadas no município sede dever-se-á implementar um programa transferências temporárias (o tempo de permanência deverá variar consoante o caso) de médicos para as localidades do interior conforme sugerido pelos nossos entrevistados, sem perder de vista as necessidades das unidades provinciais. Contudo, este programa deverá ser suficientemente discutido com a participação dos médicos, gestores da saúde, gestores municipais, no caso a autoridade máxima Municipal, o administrador, que parece-nos pouco envolvido na resolução dos problemas da saúde nos municípios. Estas discussões deverão prever também a participação de representantes do governo da província tendo em conta a exiguidade do orçamento das sub-unidades orçamentárias (direção da saúde e administrações municipais). Esta negociação é importante pois assim, levar-se-á em conta o referido por vários autores internacionais sobre a especificidade do trabalho médico e do trabalho em áreas rurais. As experiências internacionais, da Tailândia, Austrália, Brasil sobre as quais fizemos menção ao longo deste estudo deverão também ser levados em consideração na altura da discussão do assunto, bem como os aspectos culturais locais e as especificidades orçamentais da

província.

No que concerne à insuficiência de médicos especialistas, a solução passa necessariamente pelo recrutamento de médicos estrangeiros que serão gradualmente substituídos com o evoluir do programa de pós-graduação de médicos Angolanos colocados na rede, iniciando-se assim, a “angolanização efetiva das especialidades médicas”.

O número de médicos colocados ou a serem colocados a curto e médio prazos fora do hospital central de Cabinda, continuará a ser reduzido. Nesta perspectiva e com o fito de usar racionalmente os recursos, propomos que o pólo de formação permanente do hospital de referência na região seja transformado em pólo provincial de formação permanente, no sentido de garantir acesso a todos os médicos da província podendo a direção de saúde participar financeiramente, considerando a possibilidade do orçamento do Hospital Central não ser suficiente para suportar todos os encargos.

A província se debate com a ausência de especialistas nas diversas áreas de saúde, incluindo de saúde pública e gestão de unidades e sistemas de saúde. Deste modo, a reorganização de serviços e reestruturação da rede deverá contar com uma acessoria externa, por exemplo, de ONG`s, da ENSP/FIOCRUZ, OMS, UNICEF e etc. Vale destacar que, as nossas propostas tiveram como base as opiniões dos nossos entrevistados e é um desafio à vontade política, para uma saúde melhor, muitas vezes defendida pelos gestores da província.

A reorganização dos serviços e a reestruturação da rede deverão considerar a integralidade da rede e de serviços, a hierarquização e regionalização em saúde como seus principais pilares de forma contextualizada à realidade de Cabinda. Serão diferentes as estratégias para comunidades rurais e para as urbanas.

Entretanto, importa frisar que, com a hierarquização consegue-se a garantia de resolubilidade de acordo com cada nível de atenção bem como ao nível do sistema de saúde como um todo, enquanto que, com regionalização se alcança uma máxima atenção nos centros primários enquanto os demais serviços vão sendo adequadamente utilizados de acordo com as necessidades individuais do paciente.

A criação de condições de trabalho para os profissionais engloba a aquisição de equipamentos e outros meios de trabalho médico mas, paralelamente, não se deve perder de vista, a manutenção de equipamento prolongando-se por esta via o período de reposição desses meios.

Uma rede de serviços de saúde de qualidade deve preconizar a facilidade do acesso dos usuários a estes serviços. Cabinda registra de acordo com as conclusões que chegamos

um grande déficit de leitos hospitalares e estruturas de saúde para os cuidados primários e secundários. A construção e reabilitação de estruturas, embora em curso, ainda não corresponde com as reais necessidades. Assim deverão ser aumentados, o ritmo e o investimento. Contudo, dado as dificuldades previsíveis, consideramos ser importante destacar as operações estratégicas sugeridas para os cenários intermediário(central) e pessimista, ou seja, o recurso ao apoio das empresas petrolíferas e ao fundo de apoio social de Angola. Para êxito dessas parcerias será exigida da parte da direção provincial da saúde maior responsabilização na gestão de recursos.

O que acabamos de referir é extensivo para a operação referente à aquisição de medicamentos e outros meios por serem operações de muita baixa governabilidade do ator eixo das propostas.

Entretanto, tendo em conta todas as nossas constatações, no concernente às causas da baixa qualidade dos serviços de saúde em Cabinda, bem como tendo em mente todas as sugestões dos nossos entrevistados e considerando as dificuldades económicas vivenciadas e até a falta de alguma capacidade técnica, em algumas circunstâncias, indicamos operações estratégicas não só para as operações de baixa governabilidade mas também para as de média governabilidade salvaguardando assim o alcance dos objetivos previstos. As operações estratégicas, são uma boa alternativa para a minimização da situação e permitem a mobilização de sinergias dos vários atores em torno de um objetivo comum.

A reestruturação e redinamização dos programas de saúde pública é uma operação para responder o nó crítico 7. Entretanto embora seja uma operação vital é de média governabilidade tendo em conta as dificuldades financeiras. Assim a alternativa será considerar o proposto com a OPE8.

É de se sublinhar que o resultado das operações em saúde não são visíveis de imediato, pois em saúde o impacto de uma ação não é facilmente mensurável, sobretudo em meios com os determinantes de saúde muito abaixo dos padrões recomendados internacionalmente, como é o caso de Cabinda. É importante também aqui destacar que a província não tem dados estatísticos, minimamente fiáveis, por isso não é possível neste momento descrever quantitativamente o VDR (resultados esperados). Este passo só será possível com a reorganização inicial dos serviços.

Considerando que em saúde os serviços são prestados em equipe e tendo em conta ainda que uma visão integral de todas ações, serviços, instituições de saúde permite produzir mudanças de forma mais rápida e segura, entendemos que vários outros aspectos devem ser estudados para uma saúde verdadeiramente melhor. No que tange a gestão de

recursos humanos consideramos que outros estudos deverão ser realizados em outros grupos profissionais da saúde da província, como de enfermagem, de radiologia, fisioterapia, entre outros, com o propósito de se analisar a sua situação e daí se contribuir com sugestões para a sua melhor gestão. Entendemos também que, vários outros estudos poderão ser feitos nos diversos domínios da saúde na província.

Contudo, se os gestores tiverem uma atitude de diálogo, abrir-se-á espaço para a própria participação da comunidade através das comissões de saúde que deveriam funcionar nos três níveis de administração, provincial, municipal e comunal. Nesta ordem de idéias, com a implementação das operações sugeridas, apesar de longo tempo previsto para a sua implementação, o acesso da população aos cuidados médicos e aos meios de diagnóstico e terapêutica será facilitada, aumentará a aceitabilidade da parte da população, a distribuição dos serviços pela província será mais equitativa e melhorar-se-á a eficácia e efetividade dos serviços a serem prestados pela rede pública de saúde de Cabinda e assim estará a rede pública de Cabinda a prestar um serviço relativamente melhor, de acordo com os anseios da população.

Finalmente, vale aqui sublinhar que o presente estudo bem como as propostas são apenas uma contribuição na análise do problema da qualidade de assistência médica em Cabinda e é possivelmente o primeiro passo para outras pesquisas nas diversas esferas do setor da saúde na província.

## IX. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os serviços de saúde têm a responsabilidade de garantir as populações ações de caráter curativo, preventivo e de promoção valorizando sempre a busca de ações mais eficientes e eficazes para as necessidades dos usuários. A busca de ações só é possível com recursos disponíveis, destacando-se, os recursos humanos.

Nosso estudo cingiu-se na análise dos recursos humanos médicos da província para a partir daí contribuir com sugestões para a sua melhor gestão visando o alcance de um atendimento melhor na rede pública de Cabinda.

Apesar das dificuldades próprias de um país, vindo de guerra de longa duração e da nossa falta de experiência e conforme resultados esperados, consideramos que alcançamos os principais objetivos tendo em conta o seguinte:

-Apresentamos através de uma rede explicativa sugestões que poderão contribuir para o aperfeiçoamento dos mecanismos de redistribuição do pessoal médico que passa pelo recrutamento de novos médicos, elaboração e implementação de um programa de

interiorização dos trabalhadores de saúde e de forma particular de médicos e como alternativa, a implementação de um programa consistente de transferências temporárias.

-Quanto à estrutura física da rede de saúde, concluímos que Cabinda tem 1,6 leitos hospitalares por 1000 habitantes enquanto que, o preconizado pelas instituições das Nações Unidas é 4-5 leitos para 1000 habitantes. Assim a província tem ainda um déficit considerável de leitos e precisa, deste modo, duplicar o seu número.

-Cabinda tem apenas 4 médicos especializados nacionais. As instituições referidas anteriormente(OMS/ OPAS) prevêem a razão de 1 médico especialista para cada 5.000 habitantes. A partir do índice médico/habitante apurado, do número de médicos especialistas existentes e baseando-se nos dados populacionais da província pode-se estimar as necessidades de colocação e formação de médicos (graduados e pós-graduados) a curto, médio e longo prazos, devendo-se entretanto, ter-se em conta as especificidades socioeconômicas e culturais locais.

-Estudamos várias experiências, sobre as estratégias de fixação de profissionais nas localidades do interior, tendo como base que este é um problema ainda na agenda de muitos países e que a solução deve incorporar as experiências de outros países, os aspectos específicos de cada região e deve ser sempre refletir os anseios das comunidades, das autoridades locais, bem como dos próprios profissionais e as experiências anteriores locais sobre o assunto, caso existam.

- Apresentamos sugestões que poderão contribuir para uma melhor gestão dos profissionais médicos nas áreas de recrutamento, motivação, formação, criação das condições de trabalho tendo em conta que, para que a rede pública de Cabinda alcance os seus objetivos é necessário dispor de recursos humanos competentes, atualizados e motivados.

Finalmente importa referir que, os aspectos acima mencionados são alguns dos pressupostos para a criação de novo cenário de atenção à saúde na província, não se descurando outros elementos básicos nos domínios preventivo, curativo e de promoção. Cabe enfatizar que se deve ter como principal preocupação das ações de saúde na província, a visão integral da atenção, contrariando a tendência habitual de concentração das ações no domínio curativo. Só assim e nesta perspectiva, os serviços de saúde na província funcionarão no sentido do atendimento do indivíduo como um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, dando-se sempre a devida abrangência geográfica de todas as ações de forma contextualizada.

## X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAY, L. A. & ANDERSEN, R., «Medline» A framework for the study of access to medical care. Health Services Research. 1974. Fall; 9:208-20. Disponível em: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=4436074&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=4436074&dopt=Abstract). Acessado - 10/08/2005
2. ACURCIO, F.A., GUIMARÃES, M.D.C..Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: Uma revisão da literatura. In: Cadernos de saúde pública, vol.12 RJ, Apr / June .1996.p- 233-242.
3. ANSEMI, M. Estudo da rotatividade dos enfermeiros de um Hospital Escola. 1988. Dissertação (Mestrado em saúde pública). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.Ribeirão Preto; s.n. p.ilus, tab.p 14, 25-28.
4. ARTMANN, E., Planejamento Estratégico Situacional no nível local: Um instrumento a favor de uma visão multisetorial.In: Cadernos da Oficina Social, n 3. Rio de Janeiro 2000. p 98-119.
5. AZEVEDO, C.S. Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. In: Ciência & Saúde Coletiva, 7(2).RJ.Fiocruz. 2002. p. 349-361
6. BARNARD, C.I. As funções do executivo.São Paulo:Atlas.1971.
7. BEVILACQUA, R.G. e SAMPAIO, S.A.P. As Especializações - Histórico e projeções. In: NEGRI e col.(org.) Recursos Humanos em Saúde - Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. Campinas,SP:Unicamp. IE, 2002.p.33-90.
8. BOARETTO, C., Humanização da assistência hospitalar :O dia-dia da prática dos serviços. In: Ciência & saúde coletiva vol.9 n°.1.RJ.Fiocruz. Rio de Janeiro 2004. p.20-22
9. BORRELLI F.R.G.. A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe: Um problema a ser enfrentado.2004.Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Fiocruz.Rio de Janeiro.
10. BUSS, P. M..Promoção da saúde e qualidade de vida. In: Ciência & saúde coletiva.RJ.Fiocruz. 2000. p.163-177
11. CAMARA, P. e col. Humanator 2001-Recursos humanos & sucesso empresarial. 5ª Edição.Lisboa. Editora Dom Quixote. 2003.

12. CASTRO, J. L. e ALVES, R. L. Desafios e Estratégias para a Interiorização do Trabalho em Saúde. In: OMS, OPAS, MS. Política de Recursos Humanos em Saúde/Seminário Internacional. Brasília D.F. 2002.
13. CECCIM, R.B. Formação e Desenvolvimento na área da Saúde: observação para a política de recursos humanos no SUS. In: MS. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: Estudos e análises, 2002.p.373-401.
14. CHIAVENATO, I. Administração de Recursos Humanos - Fundamentos Básicos.São Paulo. Editora Atlas S.A.2003.\_\_\_\_Gestão de Pessoas - Novo papel dos recursos humanos nas organizações. 21ª Reimpressão.RJ. Editora CAMPUS. 1999.
15. CUNHA, M. P. Manual de Comportamento Organizacional e Gestão. Lisboa. RH Editora Lda. 2003.
16. DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.In: *Ciência & saúde coletiva*, 2004, vol.9, no.1, p.7-14
17. DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? J. Am. Med. Assoc., v. 260, n. 12.1988. p. 1743-1748\_\_\_\_The seven pillars of quality. Arch. Pathol. Lab. Med., v. 114. 1990. p. 1115-1118
18. DUBRIN ANDREW J., Fundamentos do comportamento organizacional.Trad. Cook e Leal. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. 2003
19. DUSSAULT, G. A gestão dos serviços de saúde: Características e exigências. Revista de administração publica.RJ.v 26. Abr/Jun. 1992. p.8-19.
20. DRUCKER, P.- The Practice of Management. New York.Harper &Row. 1954.
21. FERREIRA, J. M. C. e Col. Manual de Psicossociologia das Organizações. Lisboa. Editora McGraw-Hill Lda, 2001
22. GARY DESSLER, Administração de Recursos Humanos.São Paulo. Editora Pearson, 2003.
23. GARRO, L. Y. & YOUNG, J. C., 1983. Atención de salud en minorias etnicas rurales. Algunas observaciones antropologicas.In: Boletin de la Oficina Sanitaria Panamericana, 95.1983. p. 333-344.
24. GREEN, A. An introduction to health planning in developing countries, 3 rd ed. Oxford University Press, Oxford, UK, 1992.
25. HAYS, R.V.C., Franklin, L& Crossland, L.:Methodological Issues in Medical Workforce analysis., Australian Journal of Rural Health. Australia. 1998.pp.1661-1674.
26. HERZBERG, F. O conceito de higiene como motivação e os problemas do

- potencial de trabalho. In: HAMPTON, David, R. (Org.)
27. HUMPHREYS, J. & Rolley, F.: A modified framework for rural General Practice: The importance of recruitment and retention, *Social Science & Medicine*. Australia, 1998. pp-939-945.
  28. IPAD (Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento) <online> Angola, Ponto da Situação. Disponível- [http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=29&Itemid=60](http://www.ipad.mne.gov.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=29&Itemid=60), Acessado aos 20 de Maio de 2004.
  29. IZUMINO, E. e col. Formação de recursos humanos para o SUS: A experiência do programa de aprimoramento profissional. In: *Cadernos FUNDAP* n 21, 1997, p-228-240.
  30. JACKSON DE TONI, O que é o Planejamento Estratégico Situacional. In: *Revista Espaço Acadêmico*- nº32- Janeiro/ 2004.
  31. JONES, J.A. et al. Rural G.Ps Ratings of Initiatives Designed to Improve Rural Medical Workforce Recruitment and Retention. *Rural and Remote Health* 4.. Victoria, Australia. 2004. n.314. pp2. Disponível em: (<http://www.deakin.edu.au>) - Acessado- 10/05/2005.
  32. LOCKE, E. A., LATHAM, G.P. A theory of goal setting and task performance. New York: Prentice Hall, 1990.
  33. LONDOÑO, M. e col. *Administração Hospitalar*. 2ª edição. RJ. Editora Guanabara Koogan . 2003.
  34. LUCENA, M. D.S. *Planejamento de Recursos Humanos*. São Paulo. Editora Atlas S.A.-1995.
  35. MACLSAAC, P. Et al. Case management: A model for recruitment of rural general practitioners. *Australian journal of rural Health*, 8(2) 2000. p. 111-115.
  36. MASLOW, A. *Motivation e personality*. New York: Harper & Row. 1954 cap.5
  37. MATOS F.G., *A empresa feliz*. São Paulo, Editora-Makron Books, 1995
  38. MATUS, C. 1996. Adeus Senhor Presidente: O conceito de situação. In: *cadernos do Fundap*. São Paulo. Edições Fundap. 1996. pp.149-156. \_\_\_\_\_ *Guia de Análisis Teórico*. Caracas: Fundacion Altadir, 1994.
  39. MCGREGOR, D. *The Human Side of Enterprise*. New Yor: McGraw-Hill Book, Co 1960.
  40. MÉDICI A.C. e COL. Aspectos conceituais e metodológicos sobre força de trabalho em saúde no Brasil. In: Santana, J.P. e CASTRO, J.L. de (Org.) *Capacitação em desenvolvimento de RHS (cadrh)*. Natal: Editora da

- universidade/UFRN.1999.p. 193-207.
41. MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: Pólos de educação permanente em saúde.2004.\_\_\_\_Parâmetros para programação das ações básicas de saúde. 2001. Disponível em:  
<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5406.pdf>- Acessado aos-14/ 11/ 05-22h45
  42. MINZTBERG H., A estruturação das organizações in MINZTBERG H. E QUINN J.B. O processo da estratégia.3ª ed.Porto Alegre.Editora Bookman.2001. p.105-305.\_\_\_\_ Criando Organizações Eficazes, estruturas em cinco configurações.Trad. Cyro Bernandes. Editora-Atlas S.A.-São Paulo-1995.\_\_\_\_ Criando Organizações Eficazes, estruturas em cinco configurações. 2ª edição. Trad. Ailtom Bomfim Brandão. Editora-ATLAS S.A.-São Paulo-2003
  43. MISHINA, S.M e col. Trabalhadores de saúde: Problema ou possibilidade de reformulação do trabalho em saúde?-Alguns aspectos do trabalho em saúde e da relação gestor/trabalhador. In: MS. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: Estudos e analises, 2002. p. 137-156
  44. NETO PEDRO M. S., Recursos Humanos em Saúde no Brasil: A necessidade do Planejamento. <cionline> Revista espaço para saúde.2004. Disponível em <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/RHSBNP.htm>. Acessado 17/11/2005.
  45. NKOMO, S.M. Programação de recursos humanos. In: Cary L. Cooper e Chris Argyris(org.). Dicionário enciclopédico de administração. São Paulo. Editora Atlas S.A. 2003. p 1115-1117.
  46. OPAS.<cionline> Carta de Ottawa,primeira conferencia internacional sobre promoção da saúde,Ottawa, novembro de 1986. Disponível em : [http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf#search='necessidades %20em%20sa%C3%BAde'](http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf#search='necessidades%20em%20sa%C3%BAde'). Acessado- 12/08/2004.\_\_\_\_<cionline> Rede ibero-americana sobre guias de pratica clínica e melhoria da qualidade da atenção sanitária/2004. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5477.doc>. Acessado- 10 de Setembro de 2005.
  47. ORTEGA y GASSET, J..Historia como sistema.(s.l.): Espasa-Calpe.1971.
  48. PAIM, J.S. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e

- desafios agudos. São Paulo. Faculdade de saúde publica/ USP. 1994
49. PEREIRA, G.P. Epidemiologia, teoria e pratica. RJ. Editora Guanabara Koogan. 1995.
50. PEREIRA, I.M.T.B. Recursos Humanos e educação: Uma parceria indispensável; CORNETTA,V.K. e col. Política de recursos humanos. In: WESTPHAL, M.F.e ALMEIDA, E. do S.(Org.).Gestão de serviços de saúde:Descentralização/ municipalização do SUS. S.P.:Editora da universidade/USP, 2001. p.155-178.
51. PIERANTONI, C. R. e col.. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: MS. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Estudos e Análises – Volume 2. Brasília. 2004. pág. 51-70
52. RÍGOLI F. e col., Formação e mercado de trabalho de algumas categorias profissionais de saúde no Uruguai. In: OPAS, OMS. Recursos Humanos em Saúde no Mercosul. Editora Fiocruz. 1995.P. 107-126
53. SANTANA J.P. e CHRISTÓFANO M.A.C., Educação, Trabalho e Formação Profissional em Saúde. <online> Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP/CEAM/UNB- Programa de políticas de recursos humanos de Saúde. Disponível em: [http://www.unb.br/ceam/nesp/polrhs/Temas/edc\\_trab\\_form\\_prof\\_em\\_saude.htm](http://www.unb.br/ceam/nesp/polrhs/Temas/edc_trab_form_prof_em_saude.htm). Acessado-10/10/2005-às15h00
54. SCHONFELD H.K.. Number of phisicians required of primary medical care. New England journal of medicine.286(3).1973.p.571-576.
55. SEIXAS, P.H.D Os Pressupostos para a Elaboração da Política de Recursos. In: MS, OPAS, OMS. Política de Recursos Humanos em Saúde/Seminário Internacional Brasília D.F. 2002.p.100-114.
56. SEIXAS P.H.D. e STELLA R.C.R. Médicos E Mercados de Trabalho: Experiências de interiorização, estímulos e alternativas de fixação. In: NEGRI e col.(org.) Recursos humanos em saúde. Política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas,SP: Unicamp.IE, 2002.
57. SOMERS, A. R. Health Care in Transition: Directions for the Future. Chicago: Hospital Research and Educational Trust.1971.
58. TACHIZAWA, T. e col. Gestão com pessoas, uma abordagem aplicada às estratégias de negócios. São Paulo. FGV Editora, 2001.
59. VANALLE M. ROSANGELA. >Online> Planejamento estratégico. Disponível

- em <http://www.icesa.edu.br/docentes/apostilas/1/estrategia/aula2.pdf>. Acessado-28/11/2005.
60. VUORI, H. Strategies for Improving the Quality of Health Care. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. (mimeo.) 1988.
61. UNAIDS. Guia para o processo de planejamento ao H I V / Aids estratégico para uma resposta nacional.Introdução. <online> Programa Conjunto das Nações Unidas para HIV/AIDS, 1998. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/final/programa/asplav/introducao.pdf>. Acessado-28/11/2005
62. UNICEF. The State of the World's Children, Ledership. 2002.
63. WAKERMAN, P.S. Rural Health:Why It Matters. Medical Journal of Australia.Alice Springs. 1998.Vol. 197 p.547

### **Bibliografia Consultada**

1. ABRAMZÓN M.C. Argentina: Situação dos Recursos Humanos em Saúde. In: O.M.S., O.P.A.S. Recursos Humanos em Saúde no Mercosul. Ed.Fiocruz.1995.p. 47-74
2. ARNAU, A. e PIERANTONI, C. Paraguai: Situação da Formação e Mercado de Trabalho na Área da Saúde. In: OMS,OPAS. Recursos Humanos em Saúde no Mercosul. Ed. Fiocruz, 1995.P. 127-142.
3. CARY L. COOPER e CHRIS ARGYRIS(org). Dicionário Enciclopédico de Administração.São Paulo. Editora Atlas S.A. 2003.
4. POZ DAL, M.R.D. e col. Agenda das Organizações Internacionais para o Desenvolvimento de RH em Saúde. Novos Problemas e Soluções. In: NEGRI e col.(org.). Recursos Humanos em Saúde – Política, Desenvolvimento e Mercado de Trabalho. Campinas, SP: Unicamp. IE, 2002.P.323-342
5. RIVERA, F.J.U. e ARTMANN, E. Planejamento e Gestão em Saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo in Analise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta, R.J.Ed.Fiocruz.2003.p.-17-35.
6. TAVARES M.V.M. Estratégia e Gestão por Objectivos. Lisboa. Universidade Lusíada Editora. 2004.

# IX. ANEXOS

**ANEXO I**

Quadro nº8 - Médicos da rede pública e privada da Província de Cabinda (2001-2003)

<b>édicos da rede pública</b>		Quantidade	Percentagem
Nacionais	Angolanos	18	26,5%
	Estrangeiros residentes	3	4,4%
Sub total		21	30,9%
Estrangeiros	Contratados pelo Ministério	6	8,8%
	Contratados por empresas	35	51,5%
Sub total		41	60,3%
<b>Total</b>		<b>62</b>	<b>91,2%</b>

<b>Médicos na rede privada</b>			
Nacionais	Angolanos	3	4,4%
	Estrangeiros residentes	3	4,4%
Sub total		<b>6</b>	<b>8,8%</b>
<b>Total geral</b>		<b>68</b>	<b>100%</b>

Fonte: Relatório da D.P.S, 2002

## ANEXO II

## Quadro nº9-Perfil dos Profissionais da Saúde Entrevistados

Função ou ocupação	Nível de Gestão	A m o s t r a	Sexo	Idade	Naturalidade	Profissão	Estado Civil	Residência permanente	Residência temporária no município
	Provincial	1	M-1	37	Cabinda-1	Méd.-1	Solt.-1	Cabinda	-
Gestor	Hospital Central	1	M-1	43	Cabinda-1	Méd.1	Cas.-2	Cabinda	-
	Municipal	3	F-1 M-2	35 Ambos- 42	Cabinda-3	Méd.-1 T.Med-1 E.Grad.1	Solt.-2 Cas.-1	Cabinda	Sim-3
Médico	-	5	F-1 M-4	35 38;47; 67; 37 anos	Cabinda-3 Estrang. Não residente- 1 Estrang. residente- 1		Cas.-4 Solt.-1	Cabinda -4 Estran- geiro-1	-

## ANEXO III

<b>Quadro 10. CONSOLIDADO DE ALGUNS PARÂMETROS MÉDICO-ASSISTÊNCIAIS</b>	
<b>I - Gerais</b>	
<b>Designação</b>	<b>Dado de referência</b>
1. Índice médico/habitante	-1/1.000
2. Índice dentista/habitante	-1/6.000
3. Índice médico especialista/habitante	-1/5.000
4. Índice médico generalista/habitante	-4/5.000
<b>II - Ambulatoriais</b>	
1. Dias úteis do mês:	- 22
2. Dias úteis do ano:	- 264
3. Consultas médicas/habitante:	-2 a 3 cons/hab/ano
4. Consultas odontológicas(Estomatológicas)/habitante:	-1 cons/hab/ano
5. Consultas médicas previstas por especialidade:	-----
- Clínica médica e demais especialidades:	-30%
- Clínica cirúrgica:	-06%
- Clínica pediátrica:	-25%
- Clínica obstétrica:	-15%
- Clínica ortopédica:	- 06%
- Clínica ginecológica:	- 06%
- Clínica psiquiátrica:	- 05%
- Clínica oftalmológica:	- 04%
- Clínica otorrinolaringológica:	-03%
6. Média de consultas/médico/turno:	
- Turno de 4 horas	- 16 consultas (4
- Turno de 6 horas	consultas/hora)
	- 20 consultas
<b>III – Hospitalares</b>	
1. Ocorrência de internações:	- 100/1.000 hab/ano
2. Ocorrência de internações por clínica:	-----
- Obstétrica:	-30%
- Cirúrgica:	- 25%
- Pediátrica:	-20%
- Médica:	-20%
- Psiquiátrica:	-04%
3. Necessidades Gerais de leitos:	-4 leitos/1.000 hab
4. Distribuição percentual de leitos:	-----
- Clínica cirúrgica:	- 35%
- Clínica médica:	-25%
- Clínica pediátrica:	-25%
- Clínica obstétrica:	-15%
5. Número de leitos em UTI ou similar:	- 4 a 10% leitos
I - Necessidade de consultórios para ambulatório $NC = \frac{\text{n}^\circ \text{ consultas/ano}}{\text{(n}^\circ \text{ de dias x 16 consultas x n}^\circ \text{ turnos)}}$	
II - Necessidade de leitos $NL = \frac{\text{n}^\circ \text{ internações x tempo médio permanência}}{365 \text{ x taxa de ocupação}}$	

Obs: O presente resumo foi extraído do documento “parâmetros para programação das ações básicas de saúde”.

Fontes de dados: 1-<http://www.geocities.com/lucilamr/page7.html> -14/11/05- 23h00

2-<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5406.pdf>- 14/ 11/ 05-22h45

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**  
**SUB-ÁREA-GESTÃO E PLANEJAMENTO DE UNIDADES E SISTEMAS DE SAÚDE.**

**Comitê de ética em Pesquisa da ENSP**

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para as Entidades Sanitárias da  
Província de Cabinda/República de Angola**

O Sr Dr está convidado para participar da pesquisa “Assistência Médica na Rede Pública de Cabinda / República de Angola: Como melhorar a qualidade a partir da gestão de quadros médicos”. O Sr foi selecionado por trabalhar num(a) dos(as) municípios / instituições, objeto da nossa pesquisa e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o seu consentimento. A sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O objetivo deste estudo é: estudar o atual quadro de recursos humanos médicos da Província de Cabinda, República de Angola, visando contribuir para o desenho de estratégias de melhorias de acesso e qualidade de assistência médica.

A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas do questionário que serão feitas por mim, Dr Miguel dos Santos de Oliveira, responsável pela pesquisa e aluno de mestrado em Saúde Pública. Uma vez que será mantido sigilo quanto à sua identidade e conteúdo das suas respostas não há riscos relacionados com a sua participação.

Os benefícios relacionados com a sua participação são a contribuição para o entendimento da problemática de gestão de quadros médicos da Província visando melhorar o acesso e a qualidade de assistência medica às populações desta região.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre a sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a sua identificação. Os nomes dos profissionais não constarão no texto da pesquisa nem tampouco no questionário uma vez que os participantes serão identificados através de números. A identificação será de conhecimento apenas do pesquisador que se compromete através deste termo à não revelá-los.

Finalmente fica sublinhado que Sua Exa receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do responsável pela pesquisa, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento.

---

Nome e assinatura do responsável pela pesquisa

Miguel dos Santos de Oliveira

Endereços:

Miguel dos Santos de Oliveira, rua Eng. Enaldo Cravo Peixoto 185, ap 2001, Cep-20511-230. Telefone – 00-55-21 25676577.

Em Angola-Largo Pedro Bengé nº 5-Bairro Marien Ngouabi- Cabinda

[E-mail-misaol65@yahoo.com.br](mailto:misaol65@yahoo.com.br)

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e concordo participar.

---

Sujeito da pesquisa.

Dr \_\_\_\_\_

Local-

Data-

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**  
**SUB-ÁREA- GESTÃO E PLANEJAMENTO DE UNIDADES E SISTEMAS DE**  
**SAÚDE**

**QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS MÉDICOS COLOCADOS NO**  
**HOSPITAL CENTRAL DE CABINDA E NOS MUNICÍPIOS PARA**  
**PROVÍNCIA DE CABINDA.**

Identificação \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_  
Idade \_\_\_\_ sexo \_\_\_\_ naturalidade \_\_\_\_\_ profissão \_\_\_\_\_  
Pós-graduação-SIM/NÃO Nível de escolaridade \_\_\_\_\_  
Estado civil \_\_\_\_\_

1- Há quanto tempo o Dr trabalha nesta instituição?

2- É o seu primeiro emprego?

3-Já trabalhou em uma outra instituição sanitária da Província?Em caso afirmativo, por quanto tempo? Quais foram as razões da sua transferência?

4--Como foi a sua colocação no local onde trabalha atualmente?

( ) concurso público ( ) transferência de uma outra instituição ( ) transferência interna  
( ) outro \_\_\_\_\_

5-Está satisfeito com a sua colocação atual?Porque?Cite as vantagens e /ou desvantagens.

6- Aceitaria uma transferência para uma localidade do interior?Caso positivo, por quanto tempo?Que condições exigiria? (Só para profissionais colocados no Município Sede ou no Hospital Central de Cabinda).

7-Está satisfeito com a sua vida social e familiar?

Satisfeito(  ) Parcialmente satisfeito (  ) Insatisfeito(  ).Argumente.

8-Está satisfeito com o seu salário?

Satisfeito(  ) Parcialmente satisfeito(  ) Insatisfeito(  ).Argumente.

9-Está satisfeito com o seu nível de formação e capacitação para o trabalho que faz?

Satisfeito(  ) Parcialmente satisfeito (  ) Insatisfeito(  ).Comente.

10-Quais as principais motivações que o levaram a aceitar trabalhar nessa instituição ou localidade?

11-Está satisfeito com o trabalho que desenvolve atualmente e as condições que oferece?

Satisfeito (  ) Parcialmente satisfeito(  ) Insatisfeito.Comente.

12-Pretende procurar outro posto de trabalho ou aceitaria uma eventual proposta de uma outra instituição?Porque?

13- Tem conseguido atender a expectativa dos usuários (utentes)?

(  ) Sim (  )Parcialmente satisfeito (  )Não

14-O que deveria ser feito em sua opinião para melhorar a situação?

#### **ADENDA AO QUESTIONÁRIO:**

1. Para além do local onde está colocado actualmente, trabalha em uma outra instituição. Argumente.

---

2. Solicito que Dr argumente por favor a sua resposta da pergunta 13 ou seja, como tem conseguido atender a expectativa dos usuários (utentes)?

3. Quantos doentes atende em média por dia e quantos atende em dia de consulta? Em quanto tempo atende este número de doentes( para cada caso)? Tratam-se de doentes em 1ª consulta ou 2ª ? Em sua opinião as referidas consultas têm sido de qualidade? Argumente.

Assinatura:

Local e data:

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**  
**SUB-ÁREA - GESTÃO E PLANEJAMENTO DE UNIDADES E SISTEMAS DE SAÚDE**

**QUESTIONÁRIO PARA O GESTOR PROVINCIAL DA SAÚDE**

Nome \_\_\_\_\_

Função que exerce na Direção Provincial de Saúde de Cabinda \_\_\_\_\_

Local de trabalho \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

1-Exerce alguma outra atividade para além das tarefas ligada à direção e chefia? Caso positivo, quais? Aonde? Porque?

2-Como são selecionados e colocados os profissionais que trabalham nas diversas instituições da Província?

3-Têm conseguido colocar médicos nos municípios? Caso positivo, existem constrangimentos? Quais?

4- Está satisfeito com o desempenho dos profissionais médicos que trabalham no Hospital central de Cabinda?Argumente.

5-Está satisfeito com o desempenho dos profissionais médicos colocados nos municípios do interior.

( ) Sim ( )Parcialmente ( )Não.

Argumente.

6-Utiliza alguma estratégia para fixar médicos no município Sede e nos municípios do interior?

7-É freqüente visitarem os quadros colocados nos municípios?

8-Como avalia o sistema de rotação de quadros médicos (dentro da rede) colocados nos municípios? Argumente.

9-Quais são as razões que levam os profissionais médicos colocados nos municípios da Província a abandoná-los?

10- Quais são fatores que interferem na qualidade de assistência médica na Província, na perspectiva de gestão de quadros médicos?

-Rotatividade ( )

-Salários ( )

-Formação contínua ( )

-Cursos de especialização e de pós-graduação ( )

-Outros fatores motivacionais ( ).Quais?

-Outros ( )Quais na sua perspectiva?

11-Quais são as ações que poderiam contribuir para melhoria da assistência médica no Hospital Central de Cabinda e nos municípios da Província na mesma perspectiva? Argumente.

Assinatura:

Local e data:

---

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**  
**SUB-ÁREA - GESTÃO E PLANEJAMENTO DE UNIDADES E SISTEMAS DE SAÚDE**

**QUESTIONÁRIO PARA O GESTOR DO HOSPITAL CENTRAL DE CABINDA**

Nome \_\_\_\_\_

Função que exerce no hospital \_\_\_\_\_

Local de trabalho \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

Nível de escolaridade \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_

1-Exerce alguma outra atividade para além das tarefas ligada à direção e chefia? Caso positivo, quais? Aonde? Porque?

2-Como são selecionados e colocados os profissionais que aqui trabalham?

3- Está satisfeito com o desempenho dos profissionais médicos? Argumente.

4-Utiliza alguma estratégia de incentivo para os médicos aqui colocados?

Qual ?

5-Como avalia o sistema de rotação de quadros médicos dentro do hospital?

6-Como avalia o rendimento dos profissionais médicos aqui colocados?

Bom ( ) Regular( ), Mau (Ruim) ( ). Argumente.

7- Como avalia o relacionamento entre os médicos nacionais e estrangeiros e entre estrangeiros entre si, considerando a diferença de regimes contratuais?

8- Quais são fatores que interferem na qualidade de assistência médica neste Hospital na perspectiva de gestão de quadros médicos?

- Rotatividade( )
  - Rotação(transferências temporárias)-( )
  - Salários( )
  - Outros fatores motivacionais( ).Quais?
  - Formação contínua( )
  - Cursos de especialização e de pós-graduação( )
  - Outros( )Quais na sua perspectiva?
- Argumente.

9-Quais são as ações que poderiam contribuir para melhoria da assistência médica no Hospital Central de Cabinda na perspectiva em análise?

Assinatura:

Local e data:

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**  
**SUB-ÁREA - GESTÃO E PLANEJAMENTO DE UNIDADES E SISTEMAS DE**  
**SAÚDE**

**QUESTIONÁRIO PARA OS CHEFES DE SECÇÕES MUNICIPAIS**  
**(GESTORES MUNICIPAIS) DA SAÚDE DA PROVÍNCIA DE CABINDA**

Identificação \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_  
Idade \_\_\_\_ sexo \_\_\_\_ naturalidade \_\_\_\_\_ profissão \_\_\_\_\_  
Pós-graduação-SIM/NÃO Nível de escolaridade \_\_\_\_\_  
Estado civil \_\_\_\_\_

1- Há quanto tempo o(a) Sr(a) trabalha na D.P.S.

2- Há quanto tempo exerce o seu cargo actual?

3-Já trabalhou em uma outra instituição sanitária da Província?Em caso afirmativo, por quanto tempo? Que funções de chefia exerceu? Quais foram as razões da sua transferência?

4-Está satisfeito com a vida social e familiar dos quadros aqui colocados?

Satisfeito( ) Parcialmente satisfeito ( ) Insatisfeito( ).Argumente.

5-Está satisfeito com o seu salário e dos demais funcionários?

Satisfeito( ) Parcialmente satisfeito( ) Insatisfeito( ).Argumente.

6-Está satisfeito com o seu nível de formação e capacitação para a função exerce?

Satisfeito( ) Parcialmente satisfeito ( ) Insatisfeito( ).Comente.

7- Tem conseguido atender a expectativa dos usuários (utentes) na perspectiva de gestão de quadros médicos?

( ) Sim ( ) Parcialmente satisfeito ( ) Não.

Argumente.

8-Como são selecionados e colocados os profissionais médicos que aqui trabalham?

9-Utiliza-se alguma estratégia de incentivo para os médicos aqui colocados?

Qual ?

10-Como avalia o programa de rotação(transferências temporárias) de quadros médicos da Província?

11-Como avalia o rendimento dos profissionais médicos aqui colocados?

Bom ( ) Regular( ), Mau (Ruim) ( ). Argumente.

12- Como avalia o relacionamento entre os médicos nacionais e estrangeiros e entre estrangeiros entre si, considerando a diferença de regimentos contratuais?(caso existam)

13- Quais são fatores que interferem na qualidade de assistência médica neste municipal perspectiva de gestão de quadros médicos?

-Rotatividade( )

-Rotação(transferências temporárias) ( )

-Salários( )

-Outros fatores motivacionais( ).Quais?

-Formação contínua( )

-Cursos de especialização e de pós-graduação( )

-Outros( )Quais na sua perspectiva?

Argumente.

Assinatura:

Local e data: