



República de Moçambique
Ministério da Saúde
Direcção de Recursos Humanos
Departamento de Formação

Manual de Formação Para Técnicos de Medicina Geral

3º. Semestre Gestão e Administração I



2013

FICHA TÉCNICA

O presente Manual faz parte do currículo de formação inicial do Técnico de Medicina Geral (TMG), baseado em competências, que consiste em 5 semestres de formação clínica, compostos por 36 disciplinas, leccionadas de forma linear e modular com actividades na sala de aula, laboratório humanístico e multidisciplinar e estágio clínico.

O Programa de Formação inicial do TMG é fruto da colaboração do I-TECH (International Training and Education Center for Health), uma colaboração entre a Universidade de Washington e a Universidade da Califórnia em São Francisco, com o MISAU (Ministério de Saúde de Moçambique), para melhorar as capacidades clínicas do TMG no diagnóstico e tratamento das principais doenças, incluindo as relacionadas ao HIV/SIDA, contribuindo desta forma para a melhoria da saúde da população moçambicana.

Copyright 2012

©2012 Ministério da Saúde

Esta publicação foi realizada com o financiamento do Acordo de Cooperação U91H06801 do Departamento de Saúde e Serviços Sociais dos EUA, a Administração dos Recursos e Serviços de Saúde (HRSA), no âmbito do Plano de Emergência do Presidente dos EUA para o Alívio da SIDA (PEPFAR). Foi desenvolvido em colaboração com o Ministério da Saúde de Moçambique e com o Centro de Prevenção e Controlo de Doenças dos EUA (CDC). O seu conteúdo é da exclusiva responsabilidade dos seus autores e não representa necessariamente a opinião do CDC ou HRSA.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte.

Elaboração, Distribuição e Informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Direcção de Recursos Humanos

Departamento de Formação

Repartição de Planificação e Desenvolvimento Curricular (RPDC)

Av. Eduardo Mondlane, 4º andar

Maputo-MZ

Coordenação

Maria Fernanda Alexandre (I-TECH)

Ana Bela Amude (I-TECH)

Carlos Norberto Bambo (DRH-Departamento de Formação)

Suraia Mussa Nanlá (DRH-Departamento de Formação)

Christopher Pupp (I-TECH)

Marzio Stefanutto (I-TECH)

Colaboradores

Elaboradores de Conteúdo:

Nidze Guiloviça

Revisores Clínicos:

Rosa Batista

Jorge Arroz

Revisores Pedagógicos:

Christopher Pupp

Formatação e Edição:

Maíra dos Santos

Ana Bela Amude

PREFÁCIO

Exmos Senhores

Professores e Estudantes dos Cursos de Técnicos de Medicina Geral

Um dos grandes desafios que o Ministério da Saúde (MISAU) enfrenta é o número insuficiente de profissionais de saúde qualificados para a provisão de cuidados de saúde, em resposta às principais necessidades da população moçambicana. É neste contexto que a Direcção dos Recursos Humanos do MISAU tem vindo a conduzir reformas para adequar os diferentes currículos, para modalidades baseadas em competências, como forma de trazer ao Sistema Nacional de Saúde, profissionais com conhecimentos e habilidades para cuidar do paciente.

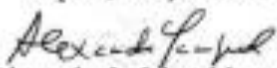
Este manual que vos é entregue, apresenta conteúdos necessários para que o futuro técnico adquira as competências básicas de prestação de cuidados de saúde primários e secundários, de qualidade, ao paciente em ambulatório e em regime de internamento na Unidade Sanitária do Serviço Nacional de Saúde.

Este manual é um instrumento de apoio aos docentes, na preparação das aulas que se destinam à formação de Técnicos de Medicina Geral (TMG) e visa desenvolver nestes profissionais, conhecimentos, atitudes e práticas necessárias à prestação de cuidados de saúde de qualidade, em conformidade com o perfil profissional de TMG, estabelecido pelo MISAU. O manual resultou da reestruturação do anterior currículo de TMG para um currículo baseado em competências. Este, integra, entre outros aspectos, o plano analítico, os objectivos e conteúdos das aulas teórico-práticas, algumas sugestões pedagógico-didácticas, instruções para a facilitação das aulas de laboratório humanístico, multidisciplinar e sala de informática. Para o aluno, este manual é um instrumento de estudo e de consulta para a aquisição de conhecimentos, habilidades técnicas e atitudes que lhe permitirão, uma vez formado, prestar um atendimento de qualidade ao paciente e consequentemente, melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados em Moçambique, tanto no que diz respeito à prevenção, como à provisão de cuidados e tratamento, incluindo o aconselhamento sobre as doenças mais frequentes no país.

Assim, esperamos que o presente manual sirva de suporte para o alcance dos objectivos da disciplina por um lado e por outro como fonte de suporte donde o docente e o aluno possam buscar o fortalecimento de conhecimentos, garantia de uma dinâmica uniformizada tanto na transmissão como na assimilação da matéria. No entanto, docente e aluno devem procurar outras fontes bibliográficas para aprofundar e enriquecer os conhecimentos aqui contidos.

O manual foi escrito numa linguagem simples e acessível, para que seja de fácil compreensão para docentes e alunos das instituições moçambicanas de formação em Saúde.

Maputo, Março de 2013


Alexandre L. Jaime Manguela
Ministro da Saúde

ÍNDICE

FICHA TÉCNICA	2
PREFÁCIO.....	4
ÍNDICE	6
PLANO ANALÍTICO.....	7
Introdução.....	12
A Estrutura Hierárquica do Serviço Nacional de Saúde	21
Estrutura ao Nível Distrital.....	31
Estrutura ao Nível da Unidade Sanitária – Nível Primário.....	41
Estrutura ao Nível da Unidade Sanitária – Níveis Secundário, terciário e quaternário	51
Normas de Funcionamento das Estruturas Provinciais, Distritais e das Unidades Sanitárias	61
Planificação, Organização, Coordenação, Supervisão e Monitoria de Actividades e Serviços	72
Etapas da Planificação – 1ª Parte.....	79
Etapas da Planificação – 2ª Parte.....	87
Etapas da Planificação – 3ª Parte.....	95
Gestão do Tempo da Equipa de Saúde	104
Regime geral do Funcionário e Agente do Estado (EGFAE e REGFAE) – 1ª Parte.....	115
Regime geral do Funcionário e Agente do Estado (EGFAE e REGFAE) – 2ª Parte.....	126
Regime geral do Funcionário e Agente do Estado (EGFAE, REGFAE) – 3ª Parte.....	135
Regime geral do Funcionário e Agente do Estado (EGFAE, REGFAE) – 4ª Parte.....	145
Regime geral do Funcionário e Agente do Estado (EGFAE, REGFAE) – 5ª Parte.....	152
A Equipa de Saúde de uma Unidade Sanitária.....	159
Motivação e Apoio aos Membros da Equipa	169
Formar/Capacitar Membros da Equipa.....	181
Resolução de Conflitos e Problemas na Equipa	190

Plano Analítico

NOME DA DISCIPLINA: **Disciplina de Gestão e Administração I**

DURAÇÃO DA DISCIPLINA: **1 semana**

NÚMERO DE HORAS POR SEMANA: **35/5**

NÚMERO TOTAL DE HORAS: **40 horas**

NOME E CONTACTO DO COORDENADOR DA DISCIPLINA:

NOMES E CONTACTOS DOS DOCENTES DA DISCIPLINA:

COMPETÊNCIAS A SEREM ALCANÇADAS ATÉ AO FINAL DA DISCIPLINA:

O técnico de Medicina será capaz de realizar as seguintes tarefas:

1. Funcionar dentro das normas, estruturas e hierarquias da unidade sanitária e do sistema nacional de saúde incluindo:
 - a) Tomar decisões dentro da sua competência;
 - b) Solicitar aprovações /autorizações aos níveis correctos de hierarquia;
 - c) Encaminhar informações aos níveis correctos;
 - d) Encaminhar correspondências e transmitir diversas informações aos quadros indicados;
 - e) Transferir pacientes aos níveis de referência de acordo com a patologia suspeita.
2. Tramitar expedientes e correspondências, incluindo:
 - a) Organizar um sistema de registo e arquivo de correspondência;
 - b) Seguir a hierarquia de autorizações nas unidades sanitárias (CS tipo II, Hospital Rural, SDSMAS, DPS).
3. Planificar, organizar, coordenar, supervisionar e monitorar actividades e serviços para maximizar o desempenho, a eficiência e a eficácia:
 - a) Orientar a equipe de planificação acerca do processo de planificação;
 - b) Preparar e implementar um diagnóstico de necessidades avaliando forças e fraquezas institucionais
 - c) Elaborar um plano anual
 - d) Controlar o desempenho do plano, na base de actividades e indicadores do desempenho
 - e) Redigir relatórios sobre as actividades realizadas e as metas alcançadas.

4. Administrar recursos humanos, incluindo:

- a) Divulgar, supervisionar e controlar o cumprimento dos deveres e direitos dos trabalhadores, conforme o REGFAE (Regulamento do Estatuto Geral dos Funcionários e Agentes do Estado).
- b) Instruir procedimentos disciplinares
- c) Divulgar a hierarquia técnica/profissional;
- d) Orientar novos funcionários nas rotinas básicas da US.
- e) Controlar a assiduidade conforme a lei do trabalho;
- f) Organizar e elaborar as diversas escalas de trabalho, de forma a garantir um pleno funcionamento da US;
- g) Resolver de forma harmoniosa os conflitos entre colegas ou entre pacientes e funcionários (usando estilo de liderança apropriado ao contexto);
- h) Elaborar planos de licença disciplinar e controlo de efectividade;
- i) Controlar as ausências por diversas causas;
- j) Gerir queixas da comunidade e de familiares em relação aos serviços;
- k) Motivar e fornecer suporte (moral e outro) aos colegas do serviço;
- l) Fazer a supervisão técnica dos seus subordinados;
- m) Elaborar propostas de colocação e movimentação de pessoal, de acordo com as exigências do serviço;
- n) Elaborar os planos de formação contínua dos seus subordinados;
- o) Elaborar propostas de progressão dos seus subordinados;
- p) Participar em consultas comunitárias e nos planos de melhoramento de serviços;
- q) Executar várias técnicas de resolução de conflitos entre a comunidade e a US de forma que todos os intervenientes sejam escutados e as soluções sejam imparciais.

DESCRIÇÃO DA DISCIPLINA:

A Disciplina de Gestão e Administração I estuda os procedimentos, normas e protocolos, relacionados com a administração do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O SNS corresponde à rede de serviços organizada para responder às necessidades de saúde da população, e é formado por uma série de instituições (ex: Centros de Saúde, Hospitais distritais, rurais, provinciais, centrais, Centros de formação, etc.), em que se realizam actividades diversas (ex: formação de pessoal, prevenção de doenças, cuidados curativos) levadas a cabo, para garantir prestação de serviços em quantidade e qualidade necessárias, para suprir as necessidades da população.

A formação do TMG em matéria de gestão e administração é muito importante, pois no nosso país, para além das actividades na área clínica, o TMG desempenha também actividades de gestão, sobretudo a nível distrital (como director clínico das unidades sanitárias, ou como director distrital) e a nível provincial (geralmente como gestores das repartições de saúde das direcções provinciais de saúde). Portanto, é importante que o TMG tenha conhecimentos que o permitam gerir da melhor maneira os recursos (humanos, materiais, financeiros) que lhe forem disponibilizados, de forma a garantir bons resultados no trabalho.

A Disciplina de Gestão e Administração I irá dotar o TMG de conhecimentos teórico-práticos sobre a matéria, de forma a entender melhor o funcionamento e procedimentos de trabalho dentro do SNS, bem como o relacionamento entre as instituições do sector saúde, e destas com outros sectores do governo.

Nesta disciplina, o TMG também será dotado de conhecimentos relevantes sobre a gestão do Serviço Nacional de Saúde, nos diferentes níveis, nomeadamente, nacional, provincial e distrital, bem como ao nível das unidades sanitárias que o permitam participar positivamente na gestão do seu local de trabalho. Mesmo para o TMG que não esteja em cargos de direcção e de chefia, como executor, deve ao seu nível realizar actividades de gestão como: gerir os seus recursos de trabalho, elaborar planos de trabalho, participar nos conselhos de base sectoriais, avaliar o desempenho do seu sector, e propor soluções para problemas diversos, entre outras.

Data / Hora	Número da aula	Tópicos e Conteúdo	Duração da Aula (h)	Tipo de aula
	1	Introdução aos temas de Administração e gestão: - Conceitos de gestão e administração	1	Teórica
	2	A estrutura hierárquica do Serviço Nacional de Saúde: - Estrutura Nacional - Estrutura Provincial	2	Teórica
	3	A estrutura hierárquica do Serviço Nacional de Saúde: - Estrutura ao nível Distrital	2	Teórica
	4	A estrutura hierárquica do Serviço Nacional de Saúde: - Estrutura ao nível da Unidade Sanitária -nível primário de prestação de cuidados de saúde	2	Teórica
	5	A estrutura hierárquica do Sistema Nacional de Saúde: - Estrutura ao nível da Unidade Sanitária -níveis secundário, terciário e quaternário de prestação de cuidados de saúde	2	Teórica
	6	A estrutura hierárquica do Sistema Nacional de Saúde: - Normas de Funcionamento das estruturas Provinciais, Distritais e das Unidades Sanitárias. - Correspondência e comunicação escrita	2	Teórica
	7	Planificação, organização, coordenação Supervisão e Monitoria de Actividades e Serviços: - Planificação das actividades e serviços ao nível distrital	1	Teórica
	8	Planificação, Organização, Coordenação, Supervisão e Monitoria de Actividades e Serviços: - Etapas da planificação -1ª Parte - Análise/Diagnóstico de Situação - Priorização dos problemas e análise	2	Teórica

	9	Planificação, Organização, Coordenação, Supervisão e Monitoria de Actividades e Serviços: - Etapas da planificação - 2ª Parte - Definição de objectivos e metas - Elaboração do Plano de Acção	2	Teórica
	10	Planificação, organização, Coordenação, Supervisão e Monitoria de Actividades e Serviços: - Etapas da planificação - 3ª Parte - Monitoria de desempenho dos planos anuais	2	Teórica
	11	Planificação, Organização, Coordenação, Supervisão e Monitoria de Actividades e Serviços: - Gestão do Tempo da Equipa de Saúde - Introdução a Gestão de Recursos Humanos - Processos Individuais dos Funcionários e Agentes do Estado	2	Teórica
	Avaliação		2	Teórica
	12	Gestão e Administração de Recursos Humanos: - Regime geral dos funcionários e agentes do Estado (EGFAE e REGFAE) - 1ª Parte - Modo de Uso do EGFAE - Deveres e Direitos do FAE	2	Teórica
	13	Gestão e Administração de recursos humanos: - Regime geral dos funcionários e agentes do Estado (EGFAE e REGFAE) - 2ª Parte - Férias, faltas e licenças - Normas sobre deslocações	2	
	14	Gestão e Administração de recursos humanos: - Regime geral dos funcionários e agentes do Estado (EGFAE e REGFAE) - 3ª Parte - Avaliação do desempenho - Formação	2	Teórica
	15	Gestão e Administração de recursos humanos: - Regime geral dos funcionários e agentes do Estado (EGFAE e REGFAE) - 4ª Parte - Responsabilidade disciplinar-1ª Parte - Processo disciplinar	1	Teórica
	16	Gestão e Administração de recursos humanos: - Regime geral dos funcionários e agentes do Estado (EGFAE e REGFAE) - 5ª Parte - Responsabilidade disciplinar-2ª Parte - Processo disciplinar	2	Teórica
	17	Gestão e Administração de recursos humanos:	2	Teórica

		- Introdução à liderança - Comunicação com os Membros da equipa		
	18	Gestão e Administração de recursos humanos: - Motivação e apoio aos membros da equipa - Reuniões e encontros	2	Teórica
	19	Gestão e Administração de recursos humanos: - Formar/capacitar membros da equipa - Disciplinar membros da equipa	1	Teórica
	20	Gestão e Administração de recursos humanos: - Resolução de conflitos e problemas na equipa - Delegação de autoridade e responsabilidade - Monitoria e controlo do trabalho (supervisão)	2	Teórica
	Avaliação		2	Teórica
	Total		40	

BIBLIOGRAFIA:

A. Texto principal da disciplina

- Serra C e Cossa D. Colectânea da Legislação de Saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Centro de Formação Jurídica e Judiciária, Maputo; 2007.
- Ministério da Saúde. Guião para o Gestor Distrital de Saúde. 1ª edição; 2003.
- MISAU. Direcção nacional de planificação e cooperação. Manual do curso integrado de planificação, monitoria e avaliação em sistemas de informação de saúde. 1ª edição. Setembro 2009.
- Ministério da Função Pública. Estatuto Geral do Funcionário e Agente do Estado. 1ª edição. 2009.
- Ministério da Função Pública. Regulamento do Estatuto Geral do Funcionário e Agente do Estado. Boletim da República número 35.

B. Livros de Referência para a disciplina

- Chiavenato I. Teoria geral da administração. Volume 1. 6ª Edição. Campus editora; 2001.
- www.etica.pro.br
- McMahon R. Barton E. Piot M. Sendo um líder: um guia para a gestão no cuidado primário (On being in charge: a guide to management in primary health care). Organização Mundial de Saúde, Geneva; 1992.
- MEDEX currículo. Certificado do associado de ciência (Associate of science degree). Cooperativa de Guayana: Ministério de Saúde, Departamento de Educação das Ciências da Saúde. 2008.
- Regulamento –Tipo da Organização do Serviço Distrital de Saúde Mulher e Acção Social

C. Leituras para o docente aprofundar no tópico

- Ministério da Função Pública. Estatuto Geral do Funcionário e Agente do Estado. 1ª edição. 2009.
- Ministério da Função Pública. Regulamento do Estatuto Geral do Funcionário e Agente do Estado. Boletim da República número 35.

D. Leituras adicionais para o aluno (se necessário)

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	1
Tópico	Introdução aos Temas de Administração e Gestão	Tipo	Teórica
Conteúdos	Conceitos de Gestão e Administração	Duração	1 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever o conceito de “administração”.
2. Descrever o papel da administração no SNS.
3. Explicar as semelhanças e diferenças entre administração e gestão.
4. Descrever o papel da gestão no SNS.
5. Descrever os vários tipos de gestão (financeira, RH, de material).
6. Explicar a importância da formação em gestão para os Técnicos de Medicina.
7. Listar os princípios de gestão.
8. Definir organigrama, estrutura hierárquica, normas e fluxograma de gestão e administração.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Disciplina		
2	Introdução à Aula		
3	O Serviço Nacional de Saúde – Generalidades		
4	Princípios Gerais de Administração e Gestão		
5	MISAU – Estrutura Hierárquica e sua Relação com Outros Órgãos		
6	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolver o material):

- Chiavenato Idalberto, *Teoria geral da administração*, volume 1, 6ª edição, Campus editora, 2001
- www.etica.pro.br
- Política nacional de saúde

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À DISCIPLINA

- 1.1. Apresentação do docente
- 1.2. Apresentação dos alunos
- 1.3. Introdução breve da disciplina, incluindo a importância para os Técnicos de Medicina
- 1.4. Apresentação do plano temático e analítico: tópicos, conteúdos e laboratórios
- 1.5. Apresentação da estrutura da disciplina incluindo o cronograma e inter-relações com outras disciplinas teóricas.
- 1.6. Explicar o que se espera dos alunos para esta disciplina e os métodos de avaliação

BLOCO 2: INTRODUÇÃO À AULA

- 2.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 2.2 Apresentação da estrutura da aula
- 2.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 3: O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE- GENERALIDADES

A **saúde** é um dos direitos fundamentais do ser humano, definida pela OMS (organização mundial da Saúde) como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças.

O **Ministério da Saúde (MISAU)** é o órgão do governo responsável por coordenar todas as actividades relacionadas à prestação de cuidados de saúde no nosso país. MISAU é responsável pela definição de políticas, directrizes e normas que devem ser seguidas em todas instituições de saúde, incluindo as unidades sanitárias.

O **Serviço Nacional de Saúde (SNS)** corresponde à rede de serviços organizada para responder às necessidades de saúde da população, e é formado por uma série de instituições (ex: Centros de Saúde, Hospitais distritais, rurais, provinciais, centrais, Centros de formação, etc.), em que se realizam actividades diversas (ex: formação de pessoal, prevenção de doenças, cuidados curativos) levadas a cabo, para garantir prestação de serviços em quantidade e qualidade necessárias, para suprir as necessidades da população.

Conforme referido acima, a organização ou instituição responsável por fazer a administração do SNS a nível nacional é o MISAU, representado ao mais alto nível pelo Ministro da Saúde. Aos níveis provincial e distrital, a gestão é feita pelas Direcções Provinciais de Saúde (DPS) e Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção social (SDSMAS), representadas pelos respectivos directores.

A formação do TMG em matéria de gestão e administração é muito importante, pois no nosso país, para além das actividades na área clínica, o TMG desempenha também muitas vezes actividades de gestão, sobretudo a nível distrital (como director clínico das unidades sanitárias, ou como director distrital), e mesmo a nível provincial (geralmente como gestores das repartições de saúde das direcções provinciais de saúde).

Em qualquer uma das funções acima citadas, é importante que o TMG tenha conhecimentos que o permita gerir da melhor maneira possível os recursos (humanos, materiais, financeiros) que lhe forem disponibilizados, de forma a garantir bons resultados no trabalho. Com esta disciplina, pretende-se dotar o TMG de conhecimentos que o permita participar positivamente na gestão do seu local de trabalho. Mesmo os TMG não colocados em cargos de direcção e chefia, como executores, devem ao seu nível realizar actividades de gestão como: gerir os seus recursos de trabalho (consumíveis, processos clínicos, medicamentos, etc), elaborar planos de trabalho (escalas de trabalho, planos de

limpeza, planos de formação contínua), participar nos conselhos de base sectoriais, avaliar o desempenho do seu sector e propor soluções para problemas diversos, entre outras.

BLOCO 4: PRINCÍPIOS GERAIS DE ADMINISTRAÇÃO E GESTÃO

4.1 Conceitos

Pode-se definir como **organização** “uma combinação de esforços individuais que tem por finalidade realizar propósitos colectivos”. Por meio da organização, torna-se possível perseguir e alcançar objectivos que seriam inatingíveis por uma pessoa. A organização é constituída de pessoas que administram informação, conhecimentos, actividades, recursos físicos e materiais, financeiros, tecnológicos, etc.

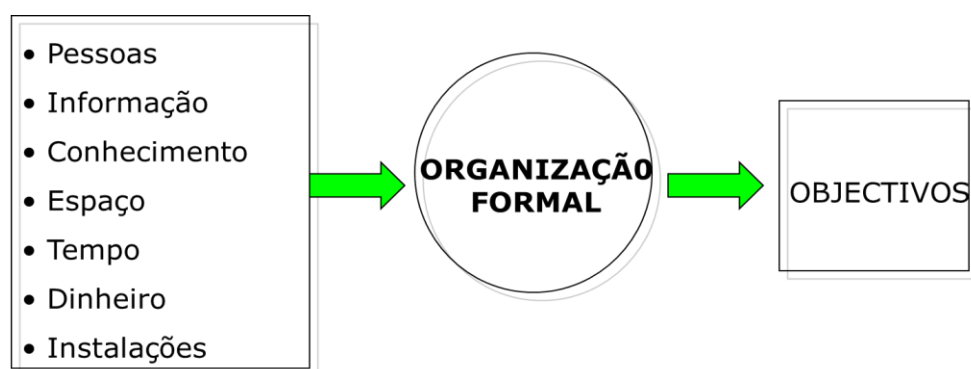


Figura 1. Organização como Estrutura

As organizações do SNS incluem o Ministério da Saúde, as Direcções Provinciais e Distritais de Saúde, as Unidades Sanitárias, e outras instituições como Centros de Formação de técnicos de Saúde, Centros de Reabilitação Nutricional, entre outros.

A natureza das organizações é extremamente variável, em concordância com o seu tamanho, características, estrutura e objectivos. Exemplo: uma oficina de carros, uma mercearia, uma unidade sanitária, uma empresa de computadores são todas organizações, contudo, as organizações não existem por acaso e para que elas possam existir e funcionar adequadamente, é necessário que sejam geridas e administradas.

Qualquer organização está inserida em um ambiente. O cenário (meio envolvente contextual) é constituído pelo contexto sociocultural e económico (incluindo distribuição da riqueza, religiões, educação, mas média, género etc.), tecnológico (incluindo uso dos recursos económicos), político e legal (há regime democrático ou ditadura?).



Figura 2. Meio ambiente das organizações

Abaixo estão apresentados os conceitos de gestão e administração, suas semelhanças e diferenças, bem como o papel destas no SNS.

Gestão: é o processo de planificar, organizar, dirigir e controlar o uso de recursos numa maneira eficiente, a fim de atingir os objectivos de uma determinada organização.

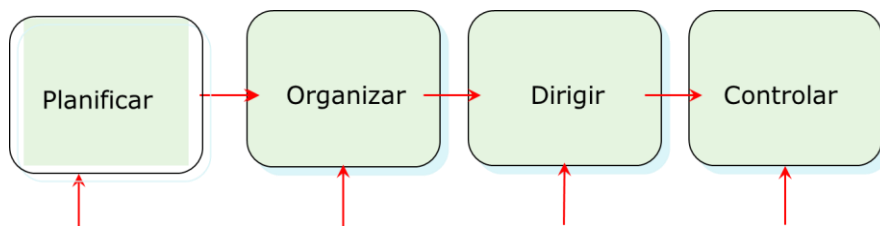


Figura 3. Ciclo de Gestão

O conceito de eficiência é usado em gestão no sentido de “a melhor maneira pela qual as coisas devem ser executadas, de modo que os recursos (pessoas, máquinas, matérias-primas) sejam aplicados da forma mais racional possível”. Os *objectivos* exprimem uma política quantificada ou um propósito quantificado e implicam continuidade.

Gerir significa trabalhar com e através de pessoas para que realizem objectivos comuns. Significa conduzir recursos humanos, financeiros, materiais, tecnológicos e ambientais para atingir os objectivos da organização. Gerir é um exercício constante de quebra das tradições teóricas; é quebrar paradigmas sem romper com o passado, preparando-se para o futuro; é realizar o presente, criar e desafiar o futuro.

Três princípios devem ser recordados e considerados no acto de gerir, nomeadamente:

- Planificação
- Implementação e
- Monitoria

Conforme veremos nas aulas seguintes, nas unidades sanitárias a gestão é feita a vários níveis, onde temos o director geral como o gestor máximo que integra todos os sectores, e uma cadeia de outros gestores (como o director clínico, director de enfermagem, administrador da US), responsáveis por sectores específicos. De igual forma, nas instituições gestoras do SNS (MISAU, direcções provinciais, serviços distritais), a gestão é feita por uma equipa, liderada pelos respectivos dirigentes.

No dia-a-dia, os termos administração e gestão, são comumente usados para designar a mesma ideia ou pensamento, o que não é errado, pois na prática estas têm as mesmas implicações. Contudo, neste contexto, quando falamos em administração referimo-nos aos aspectos práticos do processo de gestão. Conforme veremos nas aulas seguintes, nas US, as tarefas de administração são geralmente executadas pelo administrador da unidade sanitária e pela sua equipa.

4.2 Tipos de gestão

Independentemente das suas características, os principais recursos a serem geridos para alcançar os objectivos de uma organização são: recursos humanos, financeiros e materiais, descritos abaixo.

4.2.1 Recursos humanos:

A gestão de recursos humanos é uma das funções tradicionais de uma organização ou instituição. No SNS, esta missão é particularmente importante, pois o sistema ainda não dispõe de recursos humanos em número e categorias suficientes para cobrir as necessidades do país. É obrigação do gestor saber como colocar o pessoal disponível de forma a rentabilizar o seu trabalho em função do sector e em benefício do utente.

O gestor deve conhecer as características de sua equipa no geral, e sempre que possível as características individuais, pontos fracos e fortes de cada membro dela, de forma a definir de forma mais apropriada quem deve fazer o quê? O que deve fazer? Quantos devem fazer? etc.

Exemplo:

O Hospital Rural de Montepuez recebe 2 enfermeiros gerais ao mesmo tempo, dos quais um deles teve a oportunidade de fazer um curso de enfermagem em cuidados intensivos na província em que trabalhava. Neste caso, na colocação dos enfermeiros, o director clínico deveria ter em conta que o enfermeiro com formação em cuidados intensivos, seria de mais-valia no sector de urgências (banco de socorros), por ser neste sector que geralmente se apresentam pela primeira vez os doentes graves. Para além de realizar as suas actividades de enfermagem, o enfermeiro em questão introduziria no sector novas abordagens e técnicas de manejo de pacientes graves e capacitaria os colegas, melhorando desta forma o desempenho do sector.

Exercício: Perante uma epidemia de cólera:

a) Quais seriam os enfermeiros que o director clínico deveria seleccionar em primeiro lugar para trabalhar no CTC, e porquê? ESMI da Consulta pré-natal? Enfermeiros do banco de socorros? Enfermeiros do sector de Tuberculose e Lepra?

b) Quais outros aspectos o director deveria ter em conta, ao seleccionar o pessoal?

4.2.2 Recursos materiais:

A gestão de recursos materiais é um conjunto de procedimentos administrativos, envolvendo planificação e controle da aquisição, alocação e uso de recursos. No contexto do SNS, os recursos materiais são muito diversificados, e incluem os consumíveis como medicamentos, material médico-cirúrgico, reagentes e testes de laboratório, material de limpeza, etc., e os não consumíveis, como aparelhos de laboratório, de radiografia, marquesas, camas e colchões para os doentes, entre outros. Outros bens como viaturas, infra-estruturas, etc., também fazem parte do grupo dos recursos materiais.

Através do conhecimento da natureza do trabalho, das necessidades materiais a ele implicadas, e de outros aspectos como habilidades dos funcionários, volume de actividades, etc., é possível gerir os recursos materiais de forma a garantir que o recurso certo chegue a quem precisa, sabe usar, tem condições para usar e vai usar para atingir os objectivos.

Exemplo:

Antes de alocar um aparelho de raio x a determinado distrito, a direcção provincial deve verificar se o distrito em questão tem técnico de radiologia ou não, se tem energia para o funcionamento do aparelho, se está num ponto estratégico que permita que o aparelho seja usado para doentes de distritos vizinhos, etc, e não colocar simplesmente o aparelho para depois verificar que os esforços foram inválidos, porque o aparelho não pode funcionar no distrito.

4.2.3 Recursos financeiros:

A gestão financeira é a área da gestão a qual cabem as análises, decisões e actuações relacionadas com os meios financeiros necessários à actividade da organização. Para que uma unidade sanitária funcione, é necessário que sejam realizadas uma série de actividades (como garantir suprimento de água e energia na US, combustível para ambulância, aquisição de lenha para preparar alimentos dos doentes, vedação do aterro sanitário, etc) que embora nem sempre estejam directamente ligadas a aspectos clínicos, influenciam de maneira substancial o desempenho da unidade sanitária.

Exemplo:

O TMG colocado no Hospital Distrital (sem bloco operatório) de Palma observa uma parturiente na maternidade, e depois de uma anamnese e exame minuciosos, diagnostica um trabalho de parto arrastado, associado a sofrimento fetal. Ele sabe que a situação é uma urgência, e que há risco para a vida do bebé, por isso procede rapidamente com as medidas de suporte para estabilizar a parturiente, aconselha a família, e envia a guia de transferência para a secretaria, solicitando a evacuação urgente da parturiente. A secretaria informa que não há combustível disponível para a transferência, e que não há fundos disponíveis para a sua aquisição, pois a dotação orçamental está atrasada. Neste caso, todo esforço e trabalho clínico do TMG é posto em causa, e por um problema de gestão financeira, a parturiente muito provavelmente terá um nado morto.

BLOCO 5: MISAU - ESTRUTURA HIERÁRQUICA E SUA RELAÇÃO COM OS OUTROS ÓRGÃOS

Neste bloco, iremos discutir acerca dos princípios de coordenação e colaboração que são usados no acto de realizar administração pública (do bem público). Para tal, começamos por definir o conceito de administração pública.

5.1 Administração pública

É em sentido prático, o conjunto de órgãos, serviços e agentes do estado, mantidos com recursos públicos e encarregados da decisão e implementação das normas necessárias para a satisfação das necessidades colectivas variadas, tais como a segurança, a cultura, a saúde e o bem-estar das populações.

Os órgãos da Administração Pública são todos os órgãos do Estado, e são estruturados de forma que haja uma relação de **coordenação e subordinação** entre eles, que obedeça uma estrutura hierárquica pré-estabelecida pelo governo.

5.2 Hierarquia ou estrutura hierárquica

É o termo usado para designar a ordenação de elementos em ordem de importância. Por outras palavras, a estrutura hierárquica do SNS, por exemplo, permite-nos identificar a sua organização, bem como a cadeia de gestores e suas respectivas responsabilidades.

A organização da estrutura hierárquica de uma instituição pode ser representada de várias formas, sendo que o método mais frequentemente usado é o organograma.

5.3 Organograma

É uma espécie de diagrama que representa graficamente e de forma resumida a estrutura formal hierárquica de uma organização.

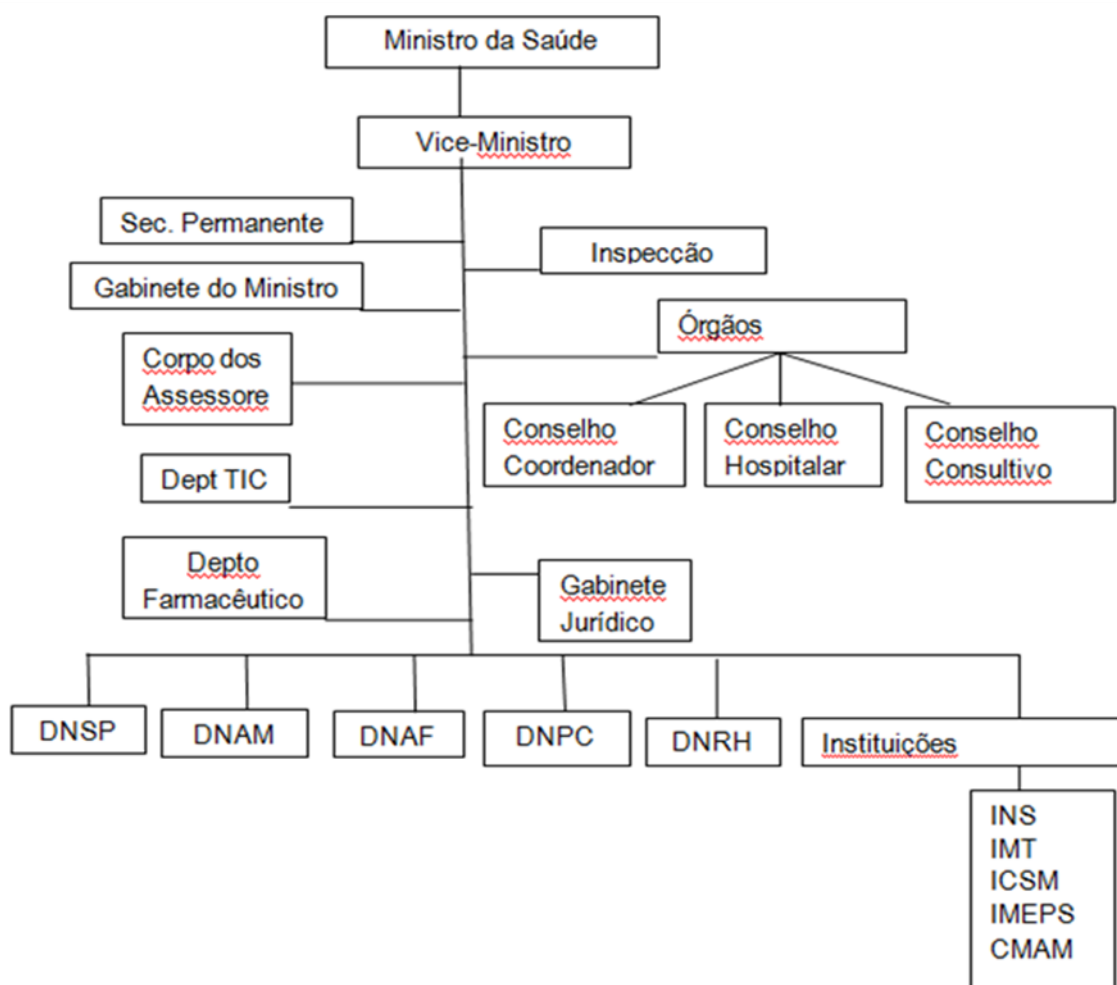


Figura 4. Organograma do Ministério da Saúde

5.4 Normas – de forma simples, norma é uma forma acordada, repetível de se fazer algo. É um documento que contém uma especificação técnica ou outros critérios precisos desenvolvidos para serem utilizados consistentemente como uma regra, directriz ou definição. Exemplo: normas de atendimento da criança com diarreia.

5.5 Fluxograma – é um tipo de diagrama que representa esquematicamente de forma não complicada um processo. Demonstra a sequência operacional do desenvolvimento de um processo.

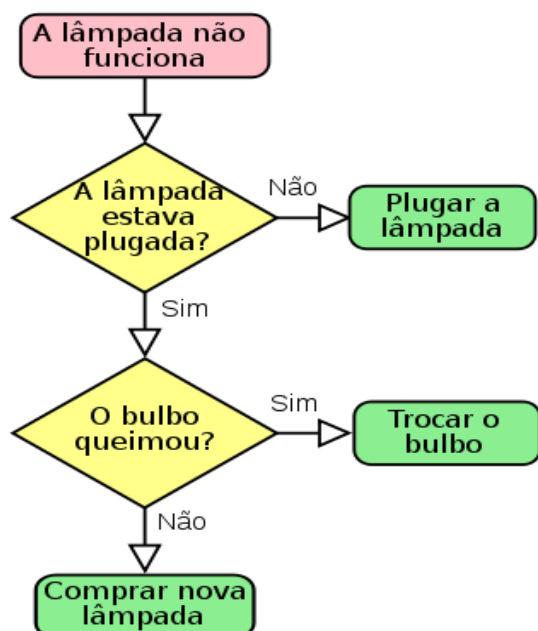


Figura 5. Exemplo de um Fluxograma

BLOCO 6: PONTOS-CHAVE

- 6.1 O Sistema Nacional de Saúde (SNS)** corresponde à rede de serviços organizada para responder às necessidades de saúde da população. Este é formado por uma série de instituições (centros de saúde, hospitais, etc), em que se realizam actividades diversas (exemplo formação de pessoal, prevenção de doenças, cuidados curativos) levadas a cabo, para garantir prestação de serviços em quantidade e qualidade necessárias para suprir as necessidades da população.
- 6.2 Gestão** é o processo de planificar, organizar, dirigir e controlar o uso de recursos numa maneira eficiente, a fim de atingir os objectivos de uma determinada organização.
- 6.3 Eficiência** é assim a capacidade de utilizar os recursos disponíveis (*inputs*) da melhor forma possível, com vista a atingir os objectivos previamente definidos (*outputs*).
- 6.4 MISAU** é o órgão responsável pela administração e gestão do SNS ao nível central. A gestão aos níveis provincial e distrital é da responsabilidade da Direcção provincial de Saúde e dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social, respectivamente.
- 6.5 A estrutura hierárquica do SNS** permite-nos identificar a sua organização, bem como a cadeia de gestores e suas respectivas responsabilidades.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	2
Tópico	A Estrutura Hierárquica do Serviço Nacional de Saúde	Tipo	Teórica
Conteúdos	- Estrutura Nacional - Estrutura Provincial	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever o organigrama do MISAU.
2. Descrever em linhas gerais o papel das estruturas nacionais, provinciais e distritais, dentro do sistema de saúde.
3. Distinguir em linhas gerais as funções principais do nível nacional, provincial distrital e da US.
4. Descrever a estrutura da DPS.
5. Descrever as principais funções dos departamentos da DPS.
6. Descrever em detalhe a estrutura de funcionamento dos Departamentos de Assistência Médica e de Saúde Pública.
7. Descrever o Organigrama do departamento de Saúde Pública.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Estrutura Hierárquica do SNS		
3	Estrutura Hierárquica do SNS – Nível Nacional		
4	Estrutura Hierárquica do SNS – Nível Provincial		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolver o material):

- Serra, Carlos e Cossa, Damásia, *COLECTÂNEA DA LEGISLAÇÃO DE SAÚDE*, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Centro de Formação Jurídica e Judiciária, 2007, Maputo

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem

1.2 Apresentação da estrutura da aula

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: ESTRUTURA HIERÁQUICA DO SNS

Conforme referido na aula 1, o **Serviço Nacional de Saúde (SNS)** corresponde à rede de serviços organizada para responder às necessidades de saúde da população, e é formado por uma série de instituições em que se realizam actividades diversas, levadas a cabo para garantir prestação de serviços em quantidade e qualidade necessárias para suprir as necessidades da população.

Quem é o responsável pela gestão do SNS, de modo a garantir os objectivos acima citados?

A gestão do SNS é feita por órgãos do governo. Como o SNS é muito grande e está disperso por todo o país (desde as cidades até as áreas mais recônditas), esta gestão é feita a diferentes níveis, conforme ilustra a tabela abaixo:

Tabela 1. Estrutura das instituições gestoras do Serviço Nacional de Saúde

Nível	Órgãos Gestores	Papel principal
Nível Nacional	Ministério da Saúde (MISAU)	<ul style="list-style-type: none">Responsável pela coordenação de todas as actividades relacionadas à prestação de cuidados de saúde no país;Responsável pela definição de políticas, directrizes e normas que devem ser aplicadas nas instituições de saúde.
Nível Provincial	Direcções Provinciais de Saúde (DPS) e Direcção de Saúde da Cidade de Maputo	<ul style="list-style-type: none">Responsável pela coordenação e implementação de todas actividades relacionadas a prestação de cuidados de saúde, a nível provincial
Nível Distrital	Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social (SDSMAS) e Direcções de Saúde das cidades	<ul style="list-style-type: none">Responsável pela coordenação e implementação de todas actividades relacionadas a prestação de cuidados de saúde, a nível distrital

No bloco seguinte, apresenta-se a descrição mais detalhada dos órgãos gestores do SNS.

BLOCO 3: ESTRUTURA HIERÁQUICA DO SNS – NÍVEL NACIONAL

3.1 Órgão Gestor e Objectivos

O Ministério da Saúde é o Órgão Central do Aparelho do Estado que, de acordo com os princípios, objectivos e tarefas definidas pelo governo, é responsável por coordenar todas as actividades relacionadas à prestação de cuidados de saúde no nosso país. Este é responsável pela definição de políticas, directrizes e normas que devem ser aplicadas em todas instituições de saúde nos domínios público, privado e comunitário.

O MISAU está sediado na Cidade de Maputo e é liderado pelo Ministro da Saúde que coordena uma vasta equipa de profissionais de saúde e de outras áreas que trabalham em conjunto.

A Visão do MISAU é “alcançar níveis de saúde para os Moçambicanos aproximados à média da África Sub-Sahariana, com acesso a cuidados de saúde básicos de boa qualidade, através de um Sistema de Saúde que responda às expectativas dos cidadãos”.

A Missão do MISAU é “Promover e preservar a saúde da população moçambicana, promover e prestar cuidados de saúde de boa qualidade e sustentáveis, tornando-os gradualmente acessíveis a todos os Moçambicanos com equidade e eficiência.”

Os Princípios Orientadores do MISAU são eficiência e equidade; flexibilidade e diversificação; parcerias e participação comunitária; transparência e prestação de contas, e integração e coordenação.

Os Objectivos do MISAU são:

- Promover e dinamizar a resolução dos problemas de Saúde, concebendo e desenvolvendo programas de promoção e protecção de Saúde bem como de prevenção e combate à doença;
- Prestar cuidados de saúde à população através do sector público da saúde;
- Promover e apoiar o sector privado com fins não lucrativos;
- Promover, supervisionar e apoiar um Sistema Comunitário de prestação de cuidados de saúde;
- Formular a política farmacêutica e dirigir a sua execução de acordo com as orientações gerais traçadas pelo Governo;
- Promover e orientar a formação técnico-profissional do pessoal de Saúde;
- Promover o desenvolvimento de tecnologias apropriadas para o Sistema de Saúde;
- Promover o desenvolvimento da investigação em Saúde aos diferentes níveis de atenção, para garantia de uma melhor definição de Política de Saúde e gestão de programas.

3.2 Organização e Funções

Os sectores descritos abaixo, constituem os órgãos centrais do MISAU. Os seus dirigentes, subordinam-se directamente ao Ministro da Saúde, e apresentam funções específicas:

A. Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM)

A DNAM é responsável pela planificação (em coordenação com outros sectores) e controle da implementação de actividades diversas nas áreas de assistência médica (nos sectores público e privado), área farmacêutica (nos sectores público e privado). Este é o órgão central, responsável por garantir uma melhoria crescente da qualidade de prestação de cuidados de saúde à população.

B. Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP)

A DNSP é responsável pela planificação (em coordenação com outros sectores) e controle da implementação de actividades diversas nas áreas de promoção de saúde e de prevenção e controle de doenças. Por outras palavras, este é o órgão central, responsável por criar condições favoráveis, para que progressivamente seja reduzido o número de pessoas que padece de doenças, sobretudo de doenças preveníveis.

É nesta direcção que encontramos: o programa alargado de vacinação (PAV), programa de saúde materno-infantil (SMI), saúde ambiental, sanidade internacional, programa nacional de

controlo da tuberculose (PNCT), programa nacional de controlo da Lepra (PNCL), programa de nutrição, vigilância epidemiológica, entre outros.

C. Direcção Nacional de Planificação e Cooperação (DNPC)

Este é o órgão responsável por planificar (em coordenação com outros sectores), os aspectos relacionados a actividades do sector, recursos materiais e humanos, bem como garantir e controlar a sua implementação. Este sector é também responsável por promover em coordenação com o Ministério dos Negócios Estrangeiros, relações de cooperação com países vizinhos, organizações governamentais e não-governamentais que operem na área de saúde.

D. Direcção Nacional de Administração e Finanças (DNAF)

Este é o órgão que zela pela gestão criteriosa do património e bens do estado, através da elaboração e difusão de normas e procedimentos de gestão, e controle da sua implementação; de programação e execução orçamental, logística e manutenção do equipamento e de infra-estruturas de saúde.

Este sector também participa na planificação e coordenação das actividades dos demais órgãos centrais, de forma a garantir estabilidade na implementação dessas mesmas actividades e alcance dos objectivos e programas do Governo na prestação de cuidados de saúde.

E. Direcção Nacional de Recursos Humanos (DNRH)

A DNRH é responsável pela gestão de recursos humanos do sector de saúde a nível nacional. Tem as seguintes funções:

- Prover o MISAU e o SNS (Serviço Nacional de Saúde) de pessoal adequadamente formado e especializado;
- Garantir a eficácia de gestão de quadros e do pessoal da Saúde em geral;
- Garantir o processo de formação e especialização do pessoal técnico específico e demais trabalhadores da saúde.

F. Gabinete de inspecção

A Inspeção Geral de Saúde visa fiscalizar e controlar o cumprimento da legislação sanitária, administrativa, económico-financeira vigente em todas as instituições do Ministério da Saúde e em estabelecimentos privados de prestação de cuidados de saúde sediados em todo o território nacional.

G. Gabinete do Ministro da Saúde

Este é o órgão responsável por organizar e coordenar as actividades do Ministro da Saúde e do vice Ministro da Saúde.

Vide organograma na aula 1.

3.3 Funcionamento

O Ministro da Saúde interage com os demais sectores do SNS, a nível nacional e provincial, através dos órgãos colectivos, abaixo descritos:

- Conselho consultivo: é liderado pelo Ministro da Saúde, e tem por função apreciar e tomar decisões sobre questões de gestão corrente do MISAU. Reúne-se semanalmente e tem como membro o vice ministro, o secretário-geral do MISAU, os directores nacionais, o inspector-geral e outro quadro que o ministro entenda pontualmente convidar.

- Conselho Nacional Coordenador de Saúde: é o colectivo através do qual o Ministro da Saúde coordena, planifica e controla o desenvolvimento dos programas e actividades aos diversos níveis, e de um modo geral a aplicação da política de saúde do sector.

Este conselho reúne-se anualmente, e é constituído pelos membros do conselho consultivo e por outros, a saber: chefes de departamentos centrais, Directores Provinciais de Saúde, Médicos chefes provinciais, Directores dos Hospitais Centrais, Directores de instituições subordinadas aos órgãos centrais e outros quadros que o Ministro entenda pontualmente convidar.

- Conselho hospitalar: é o colectivo através do qual o Ministro da Saúde coordena, planifica e controla a actividade médica assistencial nos Hospitais. Reúne-se anualmente e é composto pelo conselho consultivo (excepto o inspector geral), pelo chefe do Departamento de Assistência Médica, Directores Provinciais de Saúde, Médicos Chefes Provinciais, Directores dos Hospitais Centrais e Provinciais, e outros quadros que pontualmente o Ministro queira convidar.

BLOCO 4: ESTRUTURA HIERÁQUICA DO SNS - NÍVEL PROVINCIAL

4.1 Órgão Gestor e Objectivos

As Direcções Provinciais de Saúde são os órgãos dos governos provinciais do aparelho do estado, que de acordo com os princípios, objectivos e tarefas definidas pelo Governo são responsáveis pela coordenação e implementação de todas as actividades relacionadas à prestação de cuidados de saúde, a nível provincial. Por outras palavras, estas são responsáveis por zelar pela implementação da política de saúde em todas instituições provinciais de saúde, quer seja nos domínios público, privado ou comunitário.

Todas as províncias apresentam uma Direcção Provincial de Saúde, liderada ao mais alto nível pelo Director Provincial de Saúde, que coordena uma vasta equipa de profissionais de saúde e de outras áreas, no sentido de atingir os seguintes objectivos:

- Prestar cuidados de saúde em quantidade e qualidade, para suprir as necessidades populacionais da província;
- Em conformidade com a política de saúde, coordenar, organizar e planificar as actividades relacionadas à prestação de cuidados de saúde, promoção de saúde, prevenção e controle de doenças a nível provincial;
- Zelar pela implementação das normas e directivas estabelecidas a nível central, em todas as instituições de saúde da província, quer sejam de domínio público, privado ou comunitário.

4.2 Organização/Estrutura

As Direcções Provinciais de Saúde e a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo estão organizadas nos seguintes departamentos:

- a) Departamento Provincial de Saúde Pública;
- b) Departamento Provincial de Assistência Médica;
- c) Departamento de Administração e Finanças;
- d) Departamento de Recursos Humanos;
- e) Departamento de Planificação e Cooperação;

f) Inspeção Provincial de Saúde.

Para além destes departamentos, a Direcção Provincial de Saúde dirige também a Junta Provincial de Saúde e Instituições Subordinadas (hospitais de nível secundário, terciário e quaternário, Institutos de Ciências de Saúde e os Centros de Formação de Saúde, Laboratórios Regionais de Higiene dos Alimentos e da Água, Depósitos Regionais e Provinciais de Medicamentos, e os Centros de Abastecimentos Provinciais).

4.3 Funções dos Departamentos

A. Departamento Provincial de Assistência Médica

O departamento provincial da assistência médica é da responsabilidade do Médico Chefe Provincial (MCP). Este departamento engloba todos os serviços de saúde relativos às áreas de assistência médica e medicamentosa.

São funções do Departamento Provincial de Assistência Médica:

- Organizar e supervisionar a prestação dos cuidados de saúde nas unidades sanitárias do SNS da província;
- Proceder ao controlo do exercício da medicina por entidades privadas através do seu licenciamento e registo;
- Registar e conceder carteiras profissionais para o exercício da medicina privada aos profissionais de saúde;
- Elaborar uma base de dados e fazer a gestão do pessoal médico em coordenação com o Departamento de Recursos Humanos;
- Elaborar e monitorar uma base de dados do Sistema de Informação, em relação aos indicadores gerais dos Hospitais;
- Elaborar e gerir a base de dados sobre os consumíveis, equipamentos e mobiliário Hospitalar;
- Monitorar a implementação das medidas de biossegurança /Programa de Controlo de Infecções (PCI) em todas as Unidades Sanitárias.

B. Departamento Provincial de Saúde Pública

O departamento provincial de Saúde pública é da responsabilidade do Chefe de departamento de Saúde Pública (médico com experiência ou interesse nesta área). Este departamento engloba todos os programas de saúde direccionados a saúde pública, e respectivas repartições.

São funções do Departamento Provincial de Saúde Pública:

- Promover a Saúde da população, prevenir e controlar as doenças e gerir os programas de Saúde;
- Controlar a higiene do ambiente em coordenação com outros órgãos e instituições;
- Proceder ao controlo epidemiológico de doenças, utilizando de forma operativa o Sistema de Informação em Saúde.

C. Departamento Provincial de Administração e Finanças

O departamento provincial de administração e finanças é liderado por um técnico (geralmente superior) da área de administração e finanças. Este departamento coordena

todas as actividades ligadas a actividades de administração e finanças do sector de saúde na província.

São funções do Departamento Provincial de Administração e Finanças:

- Fazer a planificação e gestão financeira do orçamento atribuído à Direcção Provincial de Saúde bem como as receitas e outros fundos postos à sua disposição;
- Promover, apoiar e controlar a gestão financeira e patrimonial dos órgãos distritais e instituições subordinadas;
- Gerir o património e garantir a manutenção das infra-estruturas e do equipamento em geral.

D. Departamento Provincial de Recursos Humanos

O departamento provincial de recursos humanos é liderado por um técnico (geralmente superior) da área de recursos humanos. Este departamento coordena todas as actividades ligadas a gestão de recursos humanos do sector de saúde na província.

São funções do Departamento Provincial de Recursos Humanos:

- Planificar, administrar e gerir os recursos humanos do sector dentro das competências que lhe são atribuídas;
- Gerir o Sistema de Informação do pessoal, mantendo actualizado e fornecendo aos Órgãos Centrais os dados necessários e previstos no Sistema;
- Exercer as competências que forem delegadas pelo Governador Provincial no âmbito da administração e gestão de pessoal do nível básico, elementar e dos serviços gerais, nomeadamente os processos de nomeação, contratação, aposentação e outros;
- Elaborar o plano de formação do sector na Província em coordenação com os outros Departamentos;
- Promover a formação contínua dos profissionais de Saúde da Província;
- Apoiar e controlar o funcionamento das Instituições de Formação do ponto de vista pedagógico, técnico e administrativo garantindo o cumprimento das normas e regulamentos;
- Monitorar o pagamento de salários aos funcionários do quadro e contratados.

E. Departamento Provincial de Planificação e Cooperação

O departamento provincial de planificação e cooperação é responsável por coordenar as actividades de planificação e cooperação do sector saúde na província.

São funções do Departamento Provincial de Planificação e Cooperação:

- Elaborar em colaboração com os outros Departamentos, o Plano e Orçamento anual do Sector na Província e controlar a sua execução;
- Coordenar o processo de reabilitação, ampliação e construção de infra-estruturas sanitárias e sociais;
- Coordenar as actividades das ONGs e outras entidades que cooperam e exercem actividades na Província na área da Saúde;
- Gerir o Sistema de Informação de Saúde (SIS) ao seu nível.

F. Inspecção Provincial de Saúde

O gabinete provincial de Inspecção de Saúde é responsável por coordenar as actividades de inspecção às instituições do sector saúde provinciais (privadas ou públicas).

São funções do gabinete de inspecção provincial as seguintes:

- Proceder a inspecções regulares e extraordinárias aos órgãos e instituições do sector na Província;
- Realizar inspecções regulares às Instituições de Saúde do sector privado;
- Proceder à auditoria financeira, em colaboração com a Direcção Provincial do Plano e Finanças, quando solicitado ou por sua própria iniciativa.

G. Junta Provincial de Saúde

A Junta Provincial de Saúde é um órgão da Direcção Provincial de Saúde que se destina a validar, ou não, decisões ou propostas de decisões tomadas pelas Juntas Distritais de Saúde e pelos Hospitais Centrais ou Provinciais, respeitantes ao estado de saúde dos cidadãos e a sua capacidade laboral para as funções que exercem.

4.4 Funcionamento

Nas Direcções Provinciais de Saúde e na Direcção de Saúde da Cidade de Maputo funcionam os seguintes colectivos:

a) Colectivo de Direcção:

O Colectivo de Direcção é um colectivo dirigido pelo Director Provincial de Saúde que tem por funções apreciar e tomar decisões sobre questões de gestão corrente da Direcção Provincial de Saúde. Este órgão, reúne-se semanalmente e tem a seguinte composição:

- Director Provincial de Saúde;
- Médico Chefe Provincial;
- Director do Hospital Central ou do Hospital Provincial;
- Inspector-Chefe Provincial;
- Chefes de Departamentos Provinciais;

b) Conselho Provincial Coordenador de Saúde:

O Conselho Provincial Coordenador de Saúde é o colectivo através do qual o Director Provincial de Saúde coordena, planifica e controla o desenvolvimento dos programas e das actividades do nível provincial e local e de modo geral a aplicação da política da Saúde do Sector.

O Conselho Provincial Coordenador de Saúde tem reuniões ordinárias e extraordinárias. As reuniões ordinárias realizam-se anualmente, e as extraordinárias realizam-se quando situações anormais o exijam e por decisão do Director Provincial de Saúde e autorização expressa do Governador Provincial.

O Conselho Provincial Coordenador de Saúde tem a seguinte composição:

- Director Provincial de Saúde;
- Médico Chefe Provincial;
- Director do Hospital Central ou Provincial;
- Director Clínico do Hospital Central ou Provincial;
- Chefes de Departamentos Provinciais;
- Chefes de Repartições;
- Directores dos Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social;
- Médicos Chefes Distritais;
- Directores das Instituições subordinadas da Direcção Provincial de Saúde;
- Outros quadros que o Director Provincial pontualmente queira convidar.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1** O MISAU é o órgão máximo na gestão do SNS. A gestão a nível das províncias é feita pelas Direcções Provinciais de Saúde, e a nível dos distritos pelos SDSMAS e pelas direcções de saúde das cidades.
- 5.2** O MISAU é responsável pela definição de políticas, directrizes e normas que devem ser aplicadas em todas instituições de saúde nos domínios público, privado e comunitário.
- 5.3** A Visão do MISAU é “alcançar níveis de saúde para os Moçambicanos aproximados à média da África Sub-Sahariana, com acesso a cuidados de saúde básicos de boa qualidade, através de um Sistema de Saúde que responda às expectativas dos cidadãos”.
- 5.4** O MISAU está sediado na cidade de Maputo, é liderado pelo Ministro da Saúde, e está organizado em direcções nacionais, cujos dirigentes se subordinam directamente ao Ministro da Saúde.
- 5.5** As Direcções Provinciais de Saúde e os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social são responsáveis pela coordenação e implementação das actividades relacionadas a prestação de cuidados de saúde, a nível provincial e distrital, respectivamente.
- 5.6** As direcções provinciais estão sediadas nas capitais provinciais, são lideradas pelo director provincial de saúde e estão organizadas em departamentos, cujos directores subordinam-se directamente ao director provincial.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	3
Tópico	A Estrutura Hierárquica do Serviço Nacional de Saúde	Tipo	Teórica
Conteúdos	Estrutura ao Nível Distrital	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever a estrutura do Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS).
2. Descrever as principais funções do Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social (com ênfase para a repartição de saúde).
3. Descrever a estrutura de funcionamento do SDSMAS.
4. Interpretar o organigrama dos serviços de saúde a nível distrital.
5. Descrever o papel do Director dos SDSMAS, do Director Clínico, do Responsável distrital de Saúde da Comunidade, do Chefe do núcleo de estatística e planificação, dos chefes distritais dos programas de saúde, chefes distritais das áreas de assistência.
6. Listar as tarefas específicas que o Director dos SDSMAS deve desempenhar;
7. Listar as tarefas específicas que o Director Clínico deve desempenhar;
8. Listar as tarefas específicas que o Responsável do programa de Saúde da Comunidade deve desempenhar;
9. Listar as tarefas específicas que o Responsável do Núcleo Distrital de Estatística e Planificação deve desempenhar.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Estrutura hierárquica do SNS- Nível Distrital		
3	Elementos Chave dos SDSMAS		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolver o material):

- Serra, Carlos e Cossa, Damásia, *COLECTÂNEA DA LEGISLAÇÃO DE SAÚDE*, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Centro de Formação Jurídica e Judiciária, 2007, Maputo
- Regulamento –Tipo da Orgânica do Serviço Distrital de Saúde Mulher e Acção Social
- Revisão do Sector Saúde, Governação. MISAU 2012

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem

1.2 Apresentação da estrutura da aula

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: ESTRUTURA HIERÁRQUICA DO SNS – NÍVEL DISTRITAL

2.1 Órgão Gestor e Objectivos

O Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social abreviadamente designado por SDSMAS é o órgão do aparelho distrital do Estado responsável pela planificação, direcção e coordenação das actividades nas áreas de Saúde, Mulher e Acção Social.

Os SDSMAS localizam-se nas sedes distritais, e são liderados ao mais alto nível pelo Director do SDSMAS do respectivo distrito. No sector da saúde, o director distrital e a sua equipa trabalham no sentido de atingir os seguintes objectivos:

- Prestar cuidados de saúde em quantidade e qualidade, para suprir as necessidades populacionais do distrito;
- Em conformidade com a política de saúde e com as directivas da direcção provincial, coordenar, organizar e planificar as actividades relacionadas à prestação de cuidados de saúde, promoção de saúde, prevenção e controle de doenças a nível distrital;
- Zelar pela implementação das normas e directivas estabelecidas a níveis superiores (provincial e central), em todas as instituições de saúde do distrito, quer sejam de domínio público, privado ou comunitário.

2.2 Organização e Estrutura

A reestruturação dos governos distritais ocorrida com a descentralização administrativa confere aos distritos o papel de base de planificação e unidade orçamental e acomoda uma planificação de carácter *territorial*, abandonando-se assim gradualmente a estruturação *sectorial*.

O SDSMAS estrutura-se em: a) Repartição de Controlo de Doenças e Promoção de Saúde chefiada pelo médico-chefe distrital; b) Repartição de Assistência Médica também dirigida pelo médico-chefe distrital; c) Repartição de Assuntos de Mulher e Acção Social; d) Repartição de Administração e Planificação e e) Repartição de Recursos Humanos. Assim, o sistema actual prevê uma dupla subordinação, pelo que, por exemplo, um SDSMAS responde à autoridade distrital para assuntos administrativos e de gestão (subordinação territorial) e à DPS para assuntos técnicos (subordinação sectorial).

Para além destas repartições, o Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social possui ainda a Junta Distrital de Saúde e outras instituições a ele subordinadas, ou seja, que estão sob seu comando. São as seguintes: unidades Sanitárias, Instituições de Acção Social, o Depósito Distrital de Medicamentos, o Centro Distrital de Abastecimentos e o Centro de Formação de Pessoal.

Cada uma das instituições subordinadas apresenta um gestor, que se subordina directamente ao director distrital.

2.3 Funções das Repartições do SDSMAS

Conforme referido acima, as actividades do SDSMAS compreendem para além da área de saúde, as áreas de Mulher e de Acção Social. Dentro dos SDSMAS, estas áreas são asseguradas por técnicos específicos do Ministério da Mulher e Acção Social, que se subordinam ao director dos SDSMAS, como o responsável máximo pelas actividades do sector no distrito. Em linhas breves, no âmbito da saúde, seguem-se as principais funções do SDSMAS:

- Assegurar o bom funcionamento das unidades sanitárias
- Planificar a gestão dos recursos humanos, materiais e medicamentos
- Assegurar a prevenção e tratamento das doenças
- Promover a saúde materno-infantil e nutricional
- Promover a higiene, o saneamento do meio e a qualidade de vida
- Envolver a comunidade na promoção da saúde
- Promover a medicina tradicional
- Realizar campanhas de vacinação
- Divulgar informação sobre epidemias e pandemias
- Promover a educação e prevenção do HIV/SIDA e outras doenças

2.3.1 Repartição de Controlo de Doenças e Promoção de Saúde e Repartição de Assistência Médica

A repartição de controlo de doenças e promoção de saúde e a repartição de assistência médica **é da responsabilidade do Médico Chefe Distrital** (ou Director clínico nos distritos em que não há médico), que lidera e coordena as actividades de duas equipas de gestores, a saber:

Equipa de gestores da área de assistência médica (directores clínicos das unidades sanitárias, responsável distrital de enfermagem, responsável distrital de farmácia, responsável distrital de laboratório, responsável distrital de radiologia, e outros mediante o tipo de unidades sanitárias presentes no distrito).

Equipa de gestores da área de controlo de doenças e promoção de saúde (chefes dos programas de saúde, descritos abaixo).

No âmbito da assistência médica, as funções são as seguintes:

- Assegurar uma boa organização e funcionamento das unidades sanitárias;
- Assegurar a aplicação de normas e regulamentos das actividades clínicas, de enfermagem, farmácia, meios auxiliares de diagnóstico e outras, pelo pessoal de Saúde;
- Fazer a gestão do Programa de HIV/SIDA e de Saúde ocupacional;
- Controlar e fiscalizar a prestação de cuidados de saúde por entidades privadas com fins lucrativos e não lucrativos;
- Controlar e fiscalizar o exercício da actividade farmacêutica por entidades privadas;
- Coordenar com a Repartição de Administração e Finanças, a gestão do pessoal da carreira específica da saúde;
- Fazer a gestão do Depósito Distrital de Medicamentos.

No âmbito de Controlo de Doenças e Promoção de Saúde as funções são as seguintes:

- Promover e coordenar actividades de participação e envolvimento comunitário nos programas de Saúde, visando a promoção da Saúde da comunidade pela própria comunidade;
- Supervisionar a implementação das actividades do âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente, PAV, Saúde Materno-infantil, Nutrição, Saúde Escolar, Saúde Ambiental, Saúde Mental, Tuberculose e Lepra;
- Divulgar a informação sobre a prevenção de doenças transmissíveis e não transmissíveis ao homem;
- Coordenar e supervisionar as actividades das ONGs e parceiros em geral que trabalham na área da Saúde;
- Fazer a vigilância epidemiológica das doenças de notificação obrigatória;
- Realizar inspecções sanitárias aos mercados, estabelecimentos comerciais e hoteleiros;
- Realizar actividades de controlo da qualidade da água;
- Realizar o controlo sanitário nas zonas fronteiriças;
- Promover acções de controlo e combate aos vectores causadores de doenças;
- Promover a colaboração intersectorial.

2.3.2 Repartição de Administração e Planificação

A repartição de administração e planificação é da responsabilidade do administrador distrital do SDSMAS, que em conjunto com a sua equipa (contabilistas, técnicos de administração e finanças, responsável pelos recursos humanos, chefe da secretaria) coordenam e executam as actividades nestas áreas, sob orientação do director dos SDSMAS.

São as seguintes funções, por respectivas áreas:

A. Administração e finanças

No âmbito da Administração Geral:

- Supervisionar a gestão administrativa, financeira e patrimonial das Unidades Sanitárias e Sociais do Distrito;
- Fazer a administração e gestão dos recursos humanos do Distrito;
- Fazer a gestão do Centro de Abastecimento Distrital;
- Fazer a gestão do Património;
- Fazer a gestão dos meios de transporte, do mobiliário, equipamento e das infra-estruturas;
- Garantir o apoio logístico e aprovisionamento geral às Unidades Sanitárias e Sociais do Distrito;
- Supervisionar a gestão administrativa das instituições de formação de pessoal de Saúde e de Acção Social.

No âmbito das Finanças:

- Fazer a gestão do Orçamento atribuído, bem como da receita consignada e de outros fundos.

B. Planificação

- Coordenar a elaboração do Plano e do Orçamento anuais e fazer o controlo e monitoria da sua execução;
- Coordenar a elaboração do Plano de construção de novas infra-estruturas sanitárias e sociais em coordenação com a Secretaria distrital;
- Coordenar a elaboração do Plano de manutenção de Infra-estruturas de Saúde e Acção Social e coordenar a sua execução;
- Organizar e gerir o Sistema de Informação em Saúde e Acção Social;
- Supervisionar as actividades de recolha e tratamento da informação nas Unidades Sanitárias e Sociais;
- Recolher, processar e difundir a informação sobre Saúde e Acção Social.

Junta Distrital de Saúde

A Junta Distrital de Saúde é um órgão do SDSMAS, liderado pelo Médico Chefe Distrital, que se destina a autenticar ou não, decisões ou propostas de decisões tomadas pelas Unidades Sanitárias, respeitantes ao estado de saúde dos cidadãos e a sua capacidade laboral para as funções que exercem.

São funções da Junta Distrital de Saúde:

Compete à Junta Distrital de Saúde dar parecer, autenticar e tomar decisões sobre:

- a) A aptidão física, psíquica e sensorial para o reinício de funções na Função Pública;
- b) A incapacidade física, psíquica e sensorial de trabalhadores em serviço na Função pública ou em outras instituições públicas ou privadas;
- c) O grau de incapacidade permanente parcial e total em caso de acidente em serviço ou doença profissional dos trabalhadores da Função pública ou, quando tal é expressamente solicitado, de trabalhadores de outras instituições públicas ou privadas;
- d) A transferência de certos doentes para o Hospital Provincial ou Central quando se constata estarem esgotados os recursos locais para o seu tratamento;
- e) A concessão de regimes especiais de assistência, nos termos do Estatuto Geral dos Funcionários do Estado, a funcionários públicos portadores de certas doenças crónicas;
- f) A reclassificação profissional de trabalhadores padecendo de certas doenças.

2.4 Funcionamento do SDSMAS

No Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social, funcionam os seguintes Órgãos:

- Colectivo de Direcção do Serviço Distrital;
 - Conselho Distrital Coordenador.
- a) Colectivo de Direcção

O Colectivo de direcção do SDSMAS, também designado colectivo restrito, é um órgão de consulta do Director dos SDSMAS e tem a função de apoiar na planificação e implementação das actividades, bem como de analisar e emitir pareceres sobre assuntos diversos da instituição como estado de saúde da população, grau de execução das actividades, execução orçamental, gestão de recursos humanos, entre outros.

Fazem parte deste colectivo, os seguintes membros:

- Director dos SDSMAS;
- Médico chefe Distrital;
- Administrador do SDSMAS;
- Chefe dos Recursos Humanos (caso exista) e outros quadros que pontualmente o Director dos SDSMAS entenda pontualmente convidar.

Este órgão reúne-se ordinariamente de quinze em quinze dias e extraordinariamente sempre que pela natureza dos assuntos a tratar se julgar necessário.

b) Conselho Distrital coordenador

O Conselho Distrital Coordenador, também designado colectivo alargado do Director dos SDSMAS, é um órgão de consulta dirigido pelo Director do Serviço Distrital através do qual se planifica e monitora o desenvolvimento dos Programas de saúde, ao nível distrital.

Este colectivo tem a seguinte composição:

- Director dos SDSMAS;
- Médico Chefe Distrital (MCD);
- Chefes das Repartições e respectivas secções;
- Chefes das Instituições subordinadas e outros quadros distritais, que pontualmente o Director dos SDSMAS entenda convidar.

O colectivo reúne-se mensalmente e é convocado pelo Director dos SDSMAS, sendo que uma das actividades principais deste é de fazer a análise da execução das actividades do mês corrente, antes de referir os dados à DPS.

BLOCO 3: ELEMENTOS CHAVE DOS SDSMAS

Os SDSMAS apresentam uma equipa liderada pelo director distrital, composta por elementos, que desempenham em coordenação, funções de gestão do sector de saúde a nível distrital. Abaixo estão descritas as funções dos elementos chave dos SDSMAS.

3.1 Director dos SDSMAS

O director distrital tem as seguintes responsabilidades e funções:

- Conhecer a organização política e administrativa do país e do distrito em particular;
- Conhecer o perfil do distrito (dados geográficos, demográficos, particularidades culturais, políticas, etc);
- Conhecer a sua área de saúde, rede sanitária, (materiais, humanos), e estado de saúde da população;
- Conhecer os mecanismos de relacionamento nas instituições públicas em geral e dentro do SNS;
- Conhecer os mecanismos de relacionamento com a comunidade;
- Conhecer a sua equipa de saúde (idade, categorias, tempo de trabalho, produtividade, local de trabalho, etc), e fazer a sua gestão de forma a rentabilizar o pessoal alocado;
- Conhecer os recursos materiais disponíveis e sua distribuição pelas instituições diversas;

- Conhecer os recursos financeiros (orçamento) disponíveis, e garantir execução criteriosa dos mesmos;
- Organizar encontros periódicos de balanço com as equipes gestoras das repartições, colectivos restritos e alargados;
- Supervisionar e apoiar na implementação das actividades dos demais sectores;
- Fazer parte do colectivo do governo distrital, participar nos encontros e programas diversos afins.

3.2 Médico Chefe Distrital (ou director clínico)

O MCD tem as seguintes responsabilidades e funções:

Área de assistência médica

- Organizar, supervisionar, coordenar e controlar as actividades na área de assistência médica;
- Planificar em coordenação com os demais responsáveis clínicos pelas unidades sanitárias, e chefes distritais das áreas de assistência médica as actividades a serem implementadas de forma a garantir prestação de serviços curativos de saúde em quantidade e qualidade;
- Reunir mensalmente com a sua equipa para analisar em conjunto os indicadores relativos à prestação de cuidados de saúde nas unidades sanitárias, identificar problemas e solucionar, ou desenhar propostas de soluções.

Área de Controlo de Doenças e Promoção de Saúde

- Organizar, supervisionar, coordenar e controlar as actividades na área de saúde pública;
- Planificar em coordenação com os demais chefes de programas, as actividades na área de saúde pública a serem implementadas, bem como os recursos que serão necessários, para a implementação destas.
- Reunir mensalmente com a sua equipa, para analisar em conjunto com os chefes dos programas os indicadores relativos ao estado de saúde da população do distrito, identificar problemas e solucionar, ou desenhar propostas de soluções;

Para além destas actividades, o MCD tem as seguintes funções perante o Director dos SDSMAS:

- Fazer parte do colectivo do Director Distrital, participar nas reuniões e nas acções de planificação das actividades globais do distrito;
- Reportar e propor soluções concretas em relação aos problemas relacionados com a utilização dos serviços de saúde;
- Apoiar na gestão da US e responder a solicitações do director distrital;
- Substituir o Director Distrital, sempre que solicitado;
- Fornecer dados estatísticos, analisados e interpretados usando mapas, formulários, e procedimentos do sistema de informação pré-estabelecidos, referentes aos seguintes aspectos: estado de saúde da população, disponibilidade de recursos (materiais, humanos, tecnológicos) para a prestação de cuidados de saúde, volume e cobertura das actividades e serviços prestados, eficiência e eficácia do sistema de saúde.

3.3 Chefes dos Programas de Saúde a nível distrital

A nível distrital, os programas de saúde estão organizados de tal forma, que no seu todo correspondem ao programa de Saúde da Comunidade (SC).

O programa de SC é uma espécie de programa mãe que engloba todos outros programas.

3.3.1 Chefe Distrital de Saúde da Comunidade

O chefe distrital de SC é geralmente um técnico da área de Medicina Preventiva, que trabalha em estrita coordenação com os responsáveis de cada programa, e com o MCD. Este é o elemento número dois a nível distrital, na cadeia de gestão dos programas de saúde, e substitui o MCD na sua ausência. Na maior parte das vezes, o chefe da SC é também o responsável pelo núcleo distrital de estatística e planificação (NEP), pelo que serão descritos em conjunto. Tem as seguintes funções:

- Apoiar e supervisionar os demais chefes de programas na planificação, organização do sector a nível distrital;
- Apoiar os demais chefes de programas na implementação das actividades dos programas a nível distrital;
- Servir de elo de ligação, entre os demais programas e entre estes e o médico chefe distrital;
- Recolher e compilar os dados de todos os programas, e de todas unidades sanitárias, calcular os indicadores do SIS, analisá-los, e alertar aos demais chefes de programas por falhas e incongruências na informação recebida;
- Actualizar mensalmente a base de dados do SIS, elaborar relatórios mensais, e referir ao médico chefe e director distrital para análise conjunta e posterior validação.

3.3.2 Ramificações do programa de saúde da comunidade

Os programas de saúde, que fazem parte do programa de saúde da comunidade são os seguintes:

- Programa Alargado de Vacinação (PAV)
- Programa de Saúde Materno-Infantil (SMI)
- Programa da malária
- Programa de ITS/HIV-SIDA
- Programa Nacional de Controlo da Tuberculose e Lepra (PNCTL)
- Programa de Nutrição
- Programa de Saúde escolar
- Programa de Saúde Mental
- Programa de Saúde Ambiental

Cada programa apresenta um responsável, que tem as seguintes funções:

- Planificar, requisitar e gerir os recursos necessários para a implementação das actividades do programa a nível distrital;
- Supervisionar e apoiar a implementação das actividades do sector nas USs de todo o distrito;

- Recolher, agregar e tratar dados estatísticos (referidos pelos Directores das Unidades Sanitárias) relativos ao programa, que permitam avaliar qualitativa e quantitativamente a sua evolução, e referir ao Chefe da SC para compilação do relatório mensal;
- Prestar contas ao MCD sobre a evolução do programa a nível distrital, bem como reportar problemas enfrentados, e sugerir propostas para a sua resolução.

3.3.3 Chefes distritais das diversas áreas de Assistência Médica

Para além dos chefes dos programas de saúde, existem também os responsáveis distritais pelas diversas áreas da assistência médica (enfermagem, laboratório e banco de sangue, radiologia, farmácia, medicina física e reabilitação, e outros mediante o tipo de US). Estes trabalham em coordenação com o médico chefe distrital ou director clínico, prestando apoio e supervisionando as actividades prestadas nas unidades sanitárias distritais, a nível do seu sector.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1** O Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Acção Social abreviadamente designado por SDSMAS é o órgão do aparelho distrital do Estado responsável pela planificação, direcção e coordenação das actividades nas áreas de Saúde, Mulher e Acção Social.
- 4.2** O SDSMAS estrutura-se em: a) Repartição de Controlo de Doenças e Promoção de Saúde chefiada pelo médico-chefe distrital; b) Repartição de Assistência Médica também dirigida pelo médico-chefe distrital; c) Repartição de Assuntos de Mulher e Acção Social; d) Repartição de Administração e Planificação e e) Repartição de Recursos Humanos.
- 4.3** Para o seu funcionamento, o SDSMAS apresenta dois órgãos colectivos liderados pelo director distrital, que se reúnem periodicamente para o balanço das actividades no sector de saúde e tomada de decisões importantes. Estes órgãos são o colectivo restrito e o colectivo alargado.
- 4.4** O programa de Saúde da Comunidade é uma espécie de programa mãe que engloba todos outros programas. Este é geralmente dirigido por um técnico da área de Medicina Preventiva, que na maior parte das vezes, desempenha igualmente a função de chefe do NEP.
- 4.5** Para além de apoiar e supervisionar os demais programas de saúde, o Chefe de SC é também responsável por recolher e compilar os dados de todos os programas, por actualizar a base de dados do SIS, por elaborar relatórios e por referi-los ao MCD e Director dos SDSMAS, para análise conjunta e posterior validação.
- 4.6** O MCD é o responsável pela gestão dos programas de saúde a nível distrital, quer seja na área de assistências médica ou na área de controlo de doenças e promoção de saúde. Nos distritos em que não há médico, esta função é desempenhada por um técnico de medicina.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	4
Tópico	A Estrutura Hierárquica do Serviço Nacional de Saúde	Tipo	Teórica
Conteúdos	Estrutura ao Nível da Unidade Sanitária – Nível Primário de prestação de cuidados de saúde	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

Sobre Estrutura ao nível da Unidade Sanitária:

1. Descrever a estrutura das unidades sanitárias de nível primário: Centro de Saúde rural tipo 1 (CS1), CS2, centros de saúde urbanos tipo A,B, e C.
2. Descrever o organograma do CS1, CS2, CSU tipo A, CSU tipo B e CSU tipo C.
3. Descrever os principais serviços do CS1, CS2,CSU tipo A, CSU tipo B e CSU tipo C.
4. Descrever os horários de funcionamento dos seguintes serviços :
 - a. Laboratório;
 - b. Consultas externas;
 - c. Serviços de urgência.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	A Estruturação dos Cuidados de Saúde – Nível Primário		
3	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolver o material):

- Serra, Carlos e Cossa, Damásia, *COLECTÂNEA DA LEGISLAÇÃO DE SAÚDE*, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Centro de Formação Jurídica e Judiciária, 2007, Maputo

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem

1.2 Apresentação da estrutura da aula

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: A ESTRUTURAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE – NÍVEL PRIMÁRIO

A prestação de cuidados de saúde no SNS está organizada em 4 níveis sendo que cada um deles corresponde a diferentes tipos de unidades sanitárias. São eles:

- Nível primário: composto por centros de saúde rurais e urbanos.
- Nível secundário: composto por Hospitais, distritais, rurais e gerais.
- Nível terciário: composto por Hospitais Provinciais.
- Nível quaternário: composto por Hospitais Centrais.

O nível primário está capacitado para resolver 80 a 90% dos problemas de saúde, e as situações que não podem ser resolvidas a este nível devem ser referidas para o nível secundário. De igual forma, o nível secundário refere os seus casos sem solução para o nível terciário, e este, por sua vez, para o nível quaternário.

De forma decrescente, mas obedecendo a mesma sequência, é feita a referência dos pacientes após a sua estabilização.

Exemplo: o centro de saúde rural I transfere um caso de fractura exposta do fémur para o hospital distrital. No hospital distrital, a conclusão é que o caso é muito complicado e deve ser transferido para observação pelo ortopedista, no hospital provincial. Após o tratamento do doente e sua estabilização no hospital provincial, o mesmo paciente é referido para a sua unidade sanitária de proveniência, desde que se considere que haja condições para o seguimento do paciente.

Nível Primário de Prestação de Cuidados de Saúde: É composto por Centros de Saúde, que em concordância com a sua localização, são classificados em: C.S Urbanos e em C.S Rurais. Abaixo descritos.

2.1 Centros de Saúde Rurais

Os centros de saúde rurais subdividem-se em 2 tipos, nomeadamente os Centros de Saúde tipo I (CSI) e Centros de Saúde tipo II (CSII), em conformidade com o grau de complexidade técnica da sua infra-estrutura física, da sua organização e equipamento, dotação de pessoal e a população a servir na sua zona de influência directa.

2.1.1 Centro de Saúde Rural tipo II (CSII)

Localização, estrutura e equipa de trabalho:

- Os CSII localizam-se em sedes de Postos Administrativos pouco populosos e em sedes de localidades ou outros aglomerados populacionais em que a população justifique.
- O CSII deve ter as seguintes características físicas e infra-estruturas mínimas:
 - Sala para SMI e PAV;
 - Sala para consultas de medicina geral, com pequeno espaço para arquivos;
 - Sala para tratamentos (injecções, pensos, etc);
 - Pequeno depósito de medicamentos;
 - Área de espera;

- Maternidade com sala de partos e pequena enfermaria de puérperas com 3 camas;
- Deve também conter as seguintes instalações periféricas: instalações sanitárias para o pessoal e público, fonte de abastecimento de água e de energia, vedação e zona para aterro sanitário com incineradora ou fossa para o lixo orgânico.
- A equipa mínima de trabalho que deve ser alocada a um CSII é constituída pelos seguintes elementos:
 - 1 Agente de Medicina;
 - 1 Enfermeira de SMI ou parteira elementar;
 - 1 Agente de nutrição e
 - 1 Servente

Nos casos em que não houver agente de medicina disponível, este poderá ser substituído por um enfermeiro elementar ou básico.

Funções

Os CSII destinam-se a servir populações da sua zona de influência directa, compreendidas entre 7.500 a 20.000 habitantes.

No CSII, são realizadas as seguintes tarefas:

- Acções de mobilização social e de Educação para a Saúde compreendendo também a Educação Nutricional;
- Acções educativas promovendo saneamento do meio ambiente, nomeadamente, (construção de latrinas, luta contra vectores e correcta eliminação do lixo, incluindo os gerados pela própria unidade sanitária);
- Controlo da qualidade da água para beber, potável ou não potável;
- Saúde materno-infantil incluindo o planeamento familiar e o programa alargado de vacinações:
 - Consultas preventivas às crianças de 0 a 4 anos
 - Vacinações;
 - Re-hidratação oral;
 - Consultas pré-natais (detecção de ARO) e pós-parto;
 - Consultas de planeamento familiar;
 - Assistência ao parto.
- Prevenção controlo e vigilância das doenças locais mais comuns;
- Consultas de medicina geral e tratamentos;
- Atendimento de urgência e prestação de primeiros socorros;
- Distribuição de medicamentos essenciais, que será feito nos próprios locais de consulta e por ocasião destas. Não há farmácia, o paciente sai da consulta já medicado;
- Recolha e tratamento de dados estatísticos de base e notificação das doenças notificáveis, de acordo com os modelos de Sistema de informação de Saúde (SIS), prestação atempada de informação sobre suspeita de surtos epidémicos e elaboração de relatórios periódicos;
- As actividades no CSII decorrem no horário normal de funcionamento das instituições do estado (7:30 as 15:30).

2.1.2 Centro de Saúde Rural tipo I (CSI)

Localização, estrutura e equipa de trabalho:

- Os CSI, localizam-se em sedes de distrito com pouca população e em sedes de Postos Administrativos, sedes de localidades ou outros aglomerados populacionais em que a população justifique.
- Idealmente o CSI deverá ter as seguintes características físicas e infra-estruturais mínimas:
 - Zona de atendimento externo constituída por:
 - Sala de SMI e PAV;
 - Sala para consultas de medicina geral (com espaço para registos e arquivos médicos), espaços para triagem de adultos e de crianças;
 - Pequeno laboratório;
 - Sala para tratamentos;
 - Pequeno depósito de medicamentos e zona de espera;
 - Gabinete para consulta de odontoestomatologia com uma cadeira de odontoestomatologia;
 - Sala de Raios X.
 - Maternidade constituída por:
 - Uma sala para admissão;
 - Observação e posto de enfermagem;
 - Sala de dilatação e de partos (com uma divisória e 2 camas) e pequena enfermaria de puérperas com um máximo de 6 a 8 camas, com respectivas instalações sanitárias.
 - Bloco de internamento com 10 a 18 camas, constituído por:
 - Enfermaria de mulheres, de crianças e enfermaria de homens;
 - Posto de enfermagem e sala de tratamentos;
 - Área para esterilização (que pode eventualmente ficar anexa a maternidade);
 - Quarto com uma cama de cuidados especiais;
 - Instalações sanitárias para utentes de ambos os sexos.
 - Deverá ainda conter espaço para as actividades de gestão e as seguintes instalações periféricas:
 - Instalações sanitárias para público e pessoal (incluindo vestiários);
 - Pequena cozinha;
 - Pequena lavandaria manual;
 - Pequeno armazém;
 - Casa mortuária;
 - Fonte de abastecimento e sistema de distribuição de água corrente;
 - Fonte de abastecimento e sistema de distribuição de energia eléctrica (eventualmente com instalações para gerador);
 - Vedação e passagens cobertas entre os diversos edifícios, e zonas para tratamento dos lixos gerados pela unidade sanitária;
 - Aterros sanitários e/ou fossa para lixo.
- A equipa mínima de trabalho que deve ser alocada a um CSI, é constituída pelos seguintes elementos:
 - 1 Técnico de Medicina (TM);
 - 1 Agente de Medicina Preventiva (AMP);
 - 1 Agente de Medicina (AM);
 - 2 a 3 enfermeiros básicos ou elementares;
 - 2 a 3 enfermeiras de SMI básicas (eventualmente uma parteira);
 - 1 Agente das seguintes áreas: laboratório, odontoestomatologia, farmácia, radiologia;

- 1 Agente de administração de unidades sanitárias;
- 3 a 5 serventes.

Enquanto não houver TM em número suficiente para suprir as necessidades do país, este poderá ser substituído por um Ag. de Medicina, o mesmo poderá acontecer com o Ag. de laboratório, que poderá ser substituído por um microscopista.

Sempre que justificar, o CSI poderá ter um médico.

Funções:

Os CSI destinam-se a servir populações da sua zona de influência directa, compreendidas entre 16.000 a 35.000 habitantes.

No CSI, são realizadas as seguintes tarefas:

- Acções de mobilização social e um programa sistemático de educação para a Saúde compreendendo também a Educação Nutricional;
- Acções educativas promovendo a mobilização social para o saneamento do meio ambiente, nomeadamente, no que respeita a construção de latrinas, luta contra vectores e correcta eliminação do lixo, tomando todas as acções concretas para que os lixos gerados pelo próprio C.S sejam apropriadamente eliminados;
- Controlo da qualidade da água para beber, potável ou não potável;
- Inspeções sanitárias aos estabelecimentos que comercializem e/ou manipulem alimentos, bem como exames médicos e inspeções de saúde nomeadamente a trabalhadores, estudantes e desportistas;
- Saúde materno-infantil incluindo o planeamento familiar e o programa alargado de vacinações:
 - Consultas preventivas às crianças de 0 a 4 anos
 - Vacinações;
 - Prevenção e controle das afecções respiratórias agudas e das doenças diarreicas, incluindo re-hidratação oral;
 - Consultas pré-natais (detecção de ARO) e pós-natais;
 - Consultas de planeamento familiar;
 - Assistência ao parto.
 - Prevenção, controlo e vigilância das doenças endémicas locais mais comuns, nomeadamente malária, tuberculose, lepra, HIV, parasitoses, etc, tendo em conta as estratégias de luta definidas;
 - Consultas de medicina geral e tratamentos;
 - Prestação de cuidados de saúde de medicina geral e tratamento de doentes em regime de internamento;
 - Atendimento de urgência disponível 24 horas e prestação de primeiros socorros;
 - Prestação de cuidados de odontoestomatologia e desenvolvimento de acções promotivas e preventivas no quadro da saúde oral;
 - Distribuição de medicamentos essenciais, que será feito nos próprios locais de consulta, mas que poderá também ser feita em local para esse fim especificamente determinado (farmácia);
 - Desenvolver acções promotivas e preventivas no quadro de saúde escolar;
 - Recolha, agregação (dos dados referidos pelos diversos CSII do distrito) e tratamento de dados estatísticos de base e notificação das doenças notificáveis, de acordo com os modelos do SIS e prestação atempada de informação sobre suspeita de surtos epidémicos;
 - Supervisão e apoio logístico e técnico às acções de saúde e de saneamento do meio realizados na comunidade e nas unidades sanitárias periféricas.

2.2 Centros de Saúde Urbanos

Destinam-se a servir populações de áreas urbanas, e diferem em concordância com a sua estrutura física, organização e equipamento, dotação de pessoal e a população a servir na sua zona de influência directa. Subdividem-se em 3 tipos, nomeadamente CSU tipo 'C', tipo 'B' e tipo 'A':

2.2.1 Centro de Saúde Urbano tipo 'C'

Localização, estrutura e equipa de trabalho:

- Os CS Urbano tipo C localizam-se em vilas ou em bairros pouco populosos das cidades em geral, nas suas periferias;
- A estrutura física dos CSU tipo C é semelhante a dos CSII, e difere deste apenas nos seguintes pontos:
 - Nem sempre apresenta maternidade anexa;
 - Apresenta também um quarto com uma a duas camas para que os doentes que necessitem de ser evacuados esperem o respectivo transporte.
- A equipa mínima de trabalho que deve ser alocada a um CSU tipo C é constituída pelos seguintes elementos:
 - 1 Agente de Medicina;
 - 1 Enfermeira de SMI ou parteira elementar;
 - 1 Enfermeiro(a)
 - 1 Servente

O CS poderá ainda beneficiar das visitas periódicas de outros trabalhadores de saúde afectos a unidades sanitárias mais diferenciadas.

Funções:

Os CS Urbano tipo destinam-se a servir populações da sua zona de influência directa num raio de 4 km, compreendidas entre 10.000 e 25.000 habitantes;

- O CS Urbano tipo C dispensará cuidados de saúde primários, para o que realizará as mesmas tarefas que o CS Rural tipo II, contudo a assistência a partos só se fará nos centros que tiverem maternidade anexa.
- Para além das actividades no quadro de cuidados primários, o CS poderá ainda desenvolver acções promotivas e preventivas no quadro de saúde escolar.

2.2.2 Centro de Saúde Urbano tipo 'B'

Localização, estrutura e equipa de trabalho:

- Os CS Urbano tipo B localizam-se em vilas de grande densidade populacional ou em bairros mais populosos das cidades.
- O CSU tipo B tem uma estrutura física semelhante à do CSI, e diferem apenas nos seguintes pontos:
 - Não apresenta sala de raio X (teoricamente, estes localizam-se em zonas urbanas, em que os pacientes que necessitem de radiografias possam facilmente aceder a um hospital de referência);
 - Não apresenta maternidade, nem bloco de internamento;
 - Apresenta um quarto com uma ou duas camas onde os pacientes que necessitem de ser evacuados para USs de referência possam aguardar pelo respectivo transporte;
 - Nas suas instalações periféricas não constam serviços requeridos ao internamento como cozinha e lavandaria (actividades realizadas nas USs de referência);
- A equipa mínima de trabalho que deve ser alocada a um CSU tipo B é similar a do CSI, e diferem apenas nos seguintes pontos:
 - Não apresenta técnico de radiologia;
 - O número de enfermeiros, enfermeiras de SMI, e de serventes reduz para um, dois e 3, respectivamente.

A semelhança do que está preconizado para os CS I, o TM e o Ag. de laboratório, poderão ser substituídos por um Ag. de Medicina e microscopista, respectivamente.

O CS poderá ainda beneficiar das visitas periódicas de outros trabalhadores de saúde afectos a unidades sanitárias mais diferenciadas.

Funções

Os CS Urbano tipo B destinam-se a servir populações da sua zona de influência directa num raio de 2 a 4 km, compreendidas entre 18.000 e 48.000 habitantes.

- O CS Urbano tipo B dispensará cuidados de saúde primários e realizará as mesmas tarefas que o CS Rural tipo I, distinguindo-se deste nos seguintes aspectos:
 - A assistência a partos só se fará nos centros que tiverem maternidade anexa;
 - Não apresenta serviços de internamento
 - Não são realizados exames de radiografia, sendo que os pacientes que necessitarem deste exame deverão ser referidos para USs de referência.

O CSU tipo B também tem como responsabilidade a realização de visitas de supervisão e apoio logístico e técnico aos centros de saúde urbanos tipo C situados na zona de influência directa.

Para além das actividades no quadro de cuidados primários, o CS poderá ainda desenvolver acções promotivas e preventivas no quadro de saúde escolar.

2.2.3 Centro de Saúde Urbano tipo 'A'

Localização, estrutura e equipa de trabalho:

- Os CS Urbano tipo A localizam-se nas cidades ou em bairros destas, sempre que a densidade populacional o justificar;
- A estrutura física dos CSU tipo A é mais complexa e completa do que a dos CSU tipo C e B, e apresenta as seguintes características físicas estruturais:
 - Zona de atendimento externo constituída por:
 - *Duas salas para consultas pré e pós natais e de planeamento familiar;*
 - *Salas para SMI/PAV com espaço suficiente para trabalharem 2 a 3 enfermeiras ao mesmo tempo;*
 - *Salas para consulta de medicina geral para médico, Técnico de medicina e 3 para consultas por Agentes de medicina;*
 - *Sala para arquivo clínico com balcão de inscrição de doentes, acessível à sala de espera;*
 - *Gabinete para técnico e agentes de Med. Preventiva;*
 - *2 a 3 gabinetes para consultas de odontoestomatologia e respectivas cadeiras;*
 - *Área para esterilização;*
 - *Laboratório;*
 - *Sala de raio X;*
 - *Gabinete para atendimento aos doentes com tuberculose e Lepra;*
 - *Sala para tratamentos;*
 - *Farmácia e respectivo armazém de medicamentos e zona de espera;*
 - *Quarto com 2 a 3 camas para que doentes a serem evacuados, possam aguardar pelo transporte.*
 - Espaço para as actividades de gestão e instalações periféricas, a saber:
 - *Instalações sanitárias para público e pessoal;*
 - *Pequeno armazém;*
 - *Fonte de abastecimento e sistema de distribuição de água corrente;*
 - *Fonte de abastecimento e sistema de distribuição de energia eléctrica;*

- *Vedação, e eventualmente passagens cobertas entre os diversos edifícios e zonas para tratamento dos lixos;*
- *Aterros sanitários e/ou incinerador, e/ou fossa para lixo orgânico.*
- A equipa mínima de trabalho que deve ser alocada a um CSU tipo A é constituída pelos seguintes elementos:
 - 1 Médico;
 - 1 Tc de medicina;
 - 1 Tc. de Radiologia;
 - 1 Ag. de Radiologia;
 - 1 Tc de Medicina Preventiva;
 - 2 a 4 Agente de Medicina;
 - 1 Tc de odontoestomatologia;
 - 1 a 2 Ags. de odontoestomatologia;
 - 1 Tc de Laboratório;
 - 1 a 2 Ag.s de Laboratório;
 - 1 Tc de Farmácia;
 - 1 a 2 Ag.s de Farmácia;
 - 5 Enfermeiras de SMI;
 - 4 a 5 Enfermeiros(a);
 - 1 Ag. de Administração de Unidades Sanitárias;
 - 2 a 3 escriturários ou dactilógrafos;
 - 1 Servente

Enquanto não houver médicos em número suficiente para cobrir as necessidades do país, um mesmo médico poderá repartir o seu tempo em dois centros da mesma categoria (2.5 dias úteis em cada centro por semana).

Funções

Os CS Urbano tipo A destinam-se a servir populações da sua zona de influência directa num raio de 1 a 4 km, compreendidas entre 40.000 e 100.000 habitantes.

- O CS Urbano tipo A dispensará cuidados de saúde primários e realizará as mesmas tarefas que o CS Urbano tipo B, contudo o CSU tipo A servirá uma população mais volumosa e disporá dum pessoal não só mais numeroso, como também mais qualificado.

BLOCO 3: PONTOS-CHAVE

- 3.1** A prestação de cuidados de saúde no SNS está organizada em 4 níveis diferentes, iniciando pelo nível primário e menos complexo ao nível quaternário e mais complexo.
- 3.2** Embora na prática nem sempre se verifique, o nível primário deve ser capacitado para resolver 80 a 90% dos problemas de saúde. Este é composto por Centros de Saúde, que em concordância com a sua localização, são classificados em: C.S Urbanos e em C.S Rurais.
- 3.3** Os centros de saúde rurais subdividem-se em 2 tipos, Centros de Saúde tipo I (CSI) e Centros de Saúde tipo II (CSII), em conformidade com o grau de complexidade técnica da sua infra-estrutura física, da sua organização e equipamento, dotação de pessoal e a população a servir na sua zona de influência directa.
- 3.4** Os Centros de Saúde Urbanos são de 3 tipos, A, B, e C. Estes destinam-se a servir populações de áreas urbanas, e diferem em concordância com a sua estrutura física, organização e equipamento, dotação de pessoal e a população a servir na sua zona de influência directa.
- 3.5** Todos os centros de saúde estão no nível primário de prestação de cuidados de saúde, destes, o CS Rural tipo I é o mais completo, com capacidade de internamento, serviço de urgência 24 horas para primeiros socorros, e serviço de radiologia, contudo, não apresenta bloco operatório, e todos os casos cirúrgicos de urgência e electivos devem ser referidos para os hospitais de nível secundário com bloco operatório.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	5
Tópico	A Estrutura Hierárquica do Serviço Nacional de Saúde	Tipo	Teórica
Conteúdos	Estrutura ao Nível da Unidade Sanitária – Níveis Secundário, terciário e quaternário de prestação de cuidados de saúde	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever a estrutura das unidades sanitárias de nível secundário: hospitais distrital, rural e geral, nível terciário e quaternário.
2. Descrever o organigrama dos hospitais distrital, rural e geral.
3. Descrever os principais serviços dos hospitais distrital, rural e geral.
4. Para os cargos mencionados abaixo:
 - a. Descrever os cargos e as responsabilidades principais (com ênfase para director do Hospital/Centro de Saúde e director clínico)
5. Descrever os níveis de decisão dos líderes e gestores das Unidades Sanitárias de nível primário e secundário. Lista de cargos:
 - a. Director do Hospital;
 - b. Director Clínico;
 - c. Administrador do Hospital;
 - d. Director de enfermagem/Enfermeiro Chefe;

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Nível Secundário de Prestação de Cuidados de Saúde		
3	Nível Terciário de Prestação de Cuidados de Saúde		
4	Nível Quaternário de Prestação de Cuidados de Saúde		
5	Cargos Chave na Gestão das Unidades Sanitárias		
6	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolver o material):

- Serra, Carlos e Cossa, Damásia, *COLECTÂNEA DA LEGISLAÇÃO DE SAÚDE*, Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Centro de Formação Jurídica e Judiciária, 2007, Maputo
- Ministério da Saúde, *Guião para o Gestor Distrital de Saúde*, 1ª edição, 2003

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem

1.2 Apresentação da estrutura da aula

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: NÍVEL SECUNDÁRIO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Os hospitais de nível secundário são de 3 tipos (**Distrital, Rural e Geral**) e têm como função dispensar cuidados de saúde secundários à população, constituindo desta forma o primeiro nível de referência para os doentes que não encontram solução para os seus problemas nos centros de saúde. Contudo, nos casos de urgência e em algumas excepções, poderão receber pacientes que estabeleçam o seu primeiro contacto com o SNS. O conteúdo disposto nesta aula é baseado no diploma ministerial n.º 127/02 de 31 de julho.

2.1 Hospital Distrital

Localização, estrutura e equipa de trabalho:

- O Hospital distrital destina-se a servir de unidade hospitalar de primeiro nível de referência, de vários Centros de Saúde, que no seu conjunto constituem a zona de captação do Hospital distrital.
- Em geral, os Hospitais Distritais localizam-se em sedes de Distritos e, eventualmente, entre sedes de Postos Administrativos localizadas estrategicamente em relação às vias de comunicação e aos fluxos de transporte de zonas populosas. Contudo, nem todos os Distritos terão estrategicamente um Hospital Distrital, pois para a sua criação, é necessário que a população da área de saúde que para ele drena o justifique.
- A estrutura física dos hospitais distritais apresenta as seguintes áreas, cada uma delas devidamente estruturada:
 - Zona de atendimento externo;
 - Bloco de internamento com 25 a 60 camas;
 - Maternidade;
 - Espaço para as actividades de direcção, gestão e estatística;
 - Instalações periféricas para pessoal e público.

Sempre que justificar, os hospitais distritais poderão ter um bloco de cirurgia anexo.

- Para a realização das suas actividades o Hospital Distrital será dotado de uma equipa composta por:
 - 1 ou 2 Médicos;
 - 1 Técnico de medicina geral (TMG);
 - 1 Técnico de radiologia (TR);
 - 1 Agente de radiologia (AR);
 - 1 Técnico de Medicina Preventiva (TMP);
 - 2 a 4 Agentes de Medicina (AM);

- 1 Técnico de odontoestomatologia;
- 1 a 2 Agentes de odontoestomatologia;
- 1 Técnico de Laboratório;
- 1 a 2 Agentes de Laboratório;
- 1 Técnico de Farmácia;
- 1 Agente de Farmácia;
- 5 Enfermeiras de SMI de níveis médio e básico;
- 6 a 10 Enfermeiros(a);
- 1 Agente de Administração de Unidades Sanitárias;
- 1 a 2 escriturários ou dactilógrafos;
- 8 a 10 Serventes

Os Hospitais que tiverem um bloco de cirurgia anexo, deverão ter também um Técnico de medicina especializado em Cirurgia, 1 Técnico de medicina especializado em anestesia e um Técnico de medicina ou enfermeiro instrumentista.

Funções

O hospital distrital desempenha basicamente as mesmas funções que os CSI, a diferença é que os hospitais distritais estão melhor capacitados em termos de infra-estrutura, equipamento e pessoal (sempre tem médico de clínica geral) e atendem a um volume maior de pacientes.

- Os Hospitais Distritais destinam-se a servir a população referida pelos centros de saúde (incluindo CSI) da sua zona de captação, contudo poderão receber directamente pacientes em situações de urgência e algumas excepções. A zona de captação dos hospitais distritais compreende 50.000 a 250.000 habitantes.
- No âmbito de prestação de cuidados de saúde de nível secundário, o hospital distrital desempenhará as seguintes actividades:
 - Acolhimento e admissão dos doentes dos diversos centros de saúde da sua zona de captação;
 - Prevenção, tratamento e controle das principais doenças endémicas a nível nacional e regional;
 - Diagnóstico clínico, com recurso a exames radiológicos e laboratoriais;
 - Prestação de cuidados clínicos por médico de clínica geral, em regime ambulatorio, de internamento e nos serviços de urgência (durante 24 horas, excepto os casos que necessitem de grande cirurgia);
 - Distribuição mediante apresentação de receita médica ou de outro profissional da carreira de Medicina, de uma gama alargada de medicamentos pela farmácia;
 - Recolha e tratamento dos dados estatísticos epidemiológicos e clínicos, e análise quantitativa e qualitativa das actividades; de recursos e de custos.
 - Supervisão e apoio logístico e técnico às actividades de saúde realizadas nos níveis mais periféricos da zona.

2.2 Hospital Rural

A principal diferença entre os hospitais rural e distrital é que para além de apresentar capacidade para servir a uma população maior, o hospital rural possui condições para a realização de intervenções de grande cirurgia para o internamento e dispõe de serviços individualizados de 4 especialidades básicas (medicina interna, pediatria, cirurgia, ginecologia e obstetrícia).

Localização, estrutura e equipa de trabalho:

- Os Hospitais rurais podem situar-se em zona rural ou urbana, mas o que lhes faz justificar a definição de rural, mesmo quando situados em zona urbana, é o facto de servirem de nível de referência essencialmente a populações, na sua maioria, provenientes de áreas de saúde situadas em zonas rurais. Em geral localizam-se em sedes de distritos, localizados estrategicamente em termos de vias de comunicação e fluxo de transporte de zonas populosas.
- A estrutura física dos hospitais distritais apresenta as seguintes áreas, cada uma devidamente estruturada:
 - Zona de atendimento externo;
 - Bloco operatório para grande cirurgia;
 - Bloco de internamento com entre 60 a 200 camas, com quatro serviços distintos (medicina interna, pediatria, cirurgia e ginecologia/ obstetrícia);
 - Maternidade anexa ao serviço de ginecologia e obstetrícia;
 - Espaço para as actividades de direcção, gestão e estatística;
 - Instalações periféricas para pessoal e público.
 - Eventualmente, alguns hospitais rurais destinados a albergar actividade de formação, terão também um anexo para esse fim com: sala de aulas com capacidade para 20 alunos, uma pequena biblioteca, um gabinete para os formadores e capacidade de hospedagem para entre 8 a 12 formandos.
- Para a realização das suas actividades o Hospital Rural será dotado de uma equipa composta por:
 - 3 a 5 Médicos (dos quais pelo menos 1 a 3 especialista);
 - 2 a 3 TMG;
 - 1 a 2 TM especializados em anestesia;
 - 1 a 2 TM especializados em cirurgia;
 - 1 a 2 enfermeiros instrumentistas;
 - 1 a 2 Técnicos de Radiologia;
 - 1 a 3 Agentes de Radiologia;
 - 1 Técnico de Medicina Preventiva;
 - 2 a 4 Agentes de Medicina;
 - 2 a 3 Técnicos de odontoestomatologia;
 - 1 a 2 Agentes de odontoestomatologia;
 - 1 a 2 Técnicos de Laboratório;
 - 1 a 2 Agentes de Laboratório;

- 1 a 2 Técnicos de Farmácia;
- 1 a 3 Agentes de Farmácia;
- 1 Técnico ou Agente de medicina física e reabilitação (fisioterapia);
- 5 a 8 Enfermeiras de SMI de níveis médio e básico;
- 15 a 25 Enfermeiros(as);
- 2 a 4 Técnicos de Administração de Unidades Sanitárias;
- 2 a 4 escriturários ou dactilógrafos;
- 30 Serventes

Enquanto não houver médicos especialistas em número suficiente, os médicos-cirurgiões poderão ser substituídos por 2 técnicos de medicina especializados em cirurgia, e os outros especialistas (pediatra e gineco-obstetra) por médicos de clínica geral com interesse e experiência nas respectivas áreas.

Funções

- Os Hospitais Rurais destinam-se a servir população referida pelos centros de saúde, e eventualmente pelos hospitais distritais da sua zona de captação. A zona de captação dos hospitais rurais compreende populações entre 150.000 e 900.000 habitantes;
- No âmbito de prestação de cuidados de saúde de nível secundário, o hospital rural desempenhará as mesmas actividades que os hospitais distritais, e ainda as seguintes actividades:
 - Prestação de cuidados nos serviços de urgência durante 24 horas por dia, incluindo os casos de cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia que necessitem de grandes cirurgias, e casos agudos do foro médico e pediátrico;
 - Transfusões sanguíneas quando necessário;
 - Supervisão e apoio logístico e técnico a actividades de saúde realizadas nos níveis mais periféricos da zona (centros de saúde e hospitais distritais);
 - Servir de locais do estágio, tanto para a formação de base como para pós-graduação, de uma variada gama de profissionais de saúde.
 - Envio para o Hospital Provincial de referência, ou mesmo eventualmente, directamente para o Hospital Central os casos que não podem ser resolvidos a esse nível e carecem de cuidados especializados.

Nota: Existe um pensamento actual que os Hospitais Distritais serão maiores que os Hospitais Rurais, sendo um hospital de referência para os centros de saúde e hospitais rurais, e localizados em distritos estratégicos que recebem as transferência/referências de distritos vizinhos. No entanto, ainda este pensamento não foi transformado em despacho ministerial ou um dispositivo legal.

2.3 Hospital Geral

Os Hospitais Gerais são muito parecidos aos hospitais rurais, em praticamente todos os aspectos, mas distinguem-se destes por se localizarem sempre em zona urbana e por servirem de primeiro nível de referência essencialmente a populações provenientes de áreas de saúde situadas em zonas urbanas. Estes, a semelhança dos hospitais rurais, prestam cuidados de cirurgia geral em regime de urgência (24 horas por dia), realizando também intervenções de grande cirurgia electiva.

BLOCO 3: NÍVEL TERCIÁRIO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

O nível terciário de prestação de cuidados de saúde é composto pelos Hospitais Provinciais.

Os Hospitais Provinciais têm como função dispensar cuidados de saúde terciários e constituem o nível de referência para os doentes que não encontram solução para os seus problemas de saúde nos Hospitais de nível secundário, ou para os doentes referidos de Hospitais Distritais e de Centros de Saúde que estejam próximos a este, e sem possibilidade de transferir os pacientes para um hospital de nível secundário. Contudo, em casos de urgência e outros casos excepcionais, podendo também receber directamente doentes que efectuem o seu primeiro contacto com o SNS.

Em geral, localizam-se na capital provincial, mas nada impede que se localizem fora desta (num ponto mais estratégico ou mais populoso), ou que numa mesma província haja 2 hospitais provinciais, se as necessidades assim o exigirem.

A zona de captação dos Hospitais Provinciais compreende em princípio, população entre 800.000 e 2.000.000 habitantes, contudo na maior parte das vezes o volume populacional tem sido maior. O número de camas é calculado em função da densidade populacional e dos parâmetros de utilização, e em geral, está entre 200 e 450 camas.

Neste momento existem 7 hospitais provinciais (Pemba, Lichinga, Quelimane, Tete, Chimoio, Xai-Xai e Inhambane).

Embora nem sempre se verifique, as principais características de um Hospital Provincial que o distinguem dos hospitais de nível secundário, são que para além de estar capacitado para servir a uma população maior, este deve possuir melhores condições de meios auxiliares diagnósticos, e os serviços especializados das 4 especialidades básicas devem sempre ser cobertos por médicos especialistas (pediatra, cirurgião, gineco-obstetra e internista).

BLOCO 4 : NÍVEL QUATERNÁRIO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

O nível quaternário do SNS é composto pelos Hospitais Centrais. Estes têm como função dispensar cuidados de saúde quaternárias, e servem de ponto de referência para os doentes provenientes de hospitais provinciais, rurais, e gerais, bem como para os doentes provenientes de hospitais distritais e de centros de saúde, que se situam nas proximidades deste, e que não têm possibilidades de aceder a hospitais gerais, rurais ou provinciais. Em situações de urgência e outros casos excepcionais, este pode receber directamente pacientes que efectuem o seu primeiro contacto com o SNS.

Actualmente, o país dispõe de 3 hospitais centrais, a saber:

- Hospital Central de Nampula: serve as províncias de Cabo Delgado, Nampula e Niassa;
- Hospital Central da Beira: serve as províncias de Sofala, Tete, Manica, e Zambézia.
- Hospital Central de Maputo: serve a Cidade de Maputo, e as províncias de Maputo, Gaza, Inhambane, e serve também como ponto de referência dos outros hospitais centrais, nomeadamente de Nampula e Sofala. Também recebe doentes dos Hospitais Provinciais, da região centro e norte, sempre que a necessidade assim o exija.

Os Hospitais Centrais são os mais diferenciados do SNS e possuem melhores condições de diagnóstico e tratamento que os hospitais de níveis inferiores, bem como uma mais variada gama de serviços de especialidade prestados, como otorrinolaringologia, oftalmologia, entre outros.

BLOCO 5: CARGOS CHAVE NA GESTÃO DAS UNIDADES SANITÁRIAS

A composição da equipa gestora das unidades sanitárias varia em concordância com o nível de prestação de cuidados de saúde das mesmas, ou seja, quanto maior o nível, maior a complexidade da

unidade sanitária, e mais completa ou numerosa é a equipa de gestão. Por exemplo, nos CSII, o clínico, acumula as responsabilidades de direcção em termos administrativos e clínicos.

Abaixo, apresenta-se uma descrição das funções de entidades chave na gestão de unidades sanitárias de nível primário (CSR tipo I e CSUs) e secundário, por serem estas a de maior interesse para o técnico de medicina:

- **Director do Centro de Saúde/Director geral do Hospital:** é responsável máximo pela gestão da unidade sanitária, e responde perante o director distrital pela sua organização, funcionamento, eficiência e disciplina, de modo a atingir da forma mais efectiva possível os objectivos (execução das actividades preconizadas) da unidade sanitária. Basicamente desempenha as seguintes actividades:
 - Assegura e garante a correcta aplicação dos regulamentos, directivas e normas de trabalho, cumprimento de horários e a realização das actividades assistenciais, administrativas e de logística; garantindo a implementação das políticas definidas pelo Conselho alargado da Direcção;
 - Usa suas competências para gerir recursos humanos, materiais e financeiros da unidade sanitária, de forma a garantir os requisitos para a execução das actividades na unidade sanitária;
 - Zela pela elevação constante dos cuidados e serviços prestados pela unidade sanitária;
 - Assegura a ligação da unidade sanitária com a comunidade e estruturas político-administrativas locais;
 - Assegura e garante a boa apresentação e higiene do hospital, bem como a boa apresentação e higiene dos funcionários em particular no que diz respeito ao uso de fardamento;
 - Assegura quando necessário, a existência de locais de estágio para formação de técnicos de saúde;
- **Director clínico:** é o responsável pela área clínica da unidade sanitária, que em última instância é representada pela assistência médica e medicamentosa e responde perante o director do hospital pela organização, funcionamento, eficiência e disciplina, do sector clínico. Basicamente desempenha as seguintes actividades:
- **Coordena e assegura o funcionamento dos departamentos ou serviços da área de assistência;**
 - Zela pela assistência médica e medicamentosa ao nível da unidade sanitária;
 - Decide as referências e as evacuações para fora da sua jurisdição e assina as respectivas guias;
 - Faz a supervisão dos sectores da unidade sanitária, a saber: enfermagem, PNCTL, SMI incluindo maternidade, consulta externa, internamento (quando aplicável), laboratório, radiologia, farmácia, e outros;
 - Fomenta a ligação e coordenação entre os departamentos ou serviços da área de assistência e entre estes e os restantes de modo a otimizar o desenvolvimento integrado do hospital;
 - Analisa as estatísticas mensais dos sectores sob a sua responsabilidade antes de referir os dados ao SDSMAS;
 - Organiza semanalmente reuniões técnicas com os trabalhadores dos sectores para discussão de casos clínicos e rotinas de atendimento;
 - Resolve ou propõe soluções de conflitos de natureza técnica, ética e deontológica;
 - Realiza formações para elevar os conhecimentos e desempenho das técnicas pela equipa de trabalho, procurando elevar o seu nível qualitativo, e quando necessário quantitativo;

- Participa em actividades de formação contínua nas áreas da sua competência e de acordo com os planos e os currículos de formação planificados a nível distrital;
- **Director de enfermagem:** é o responsável pelo exercício profissional de enfermagem dentro dos hospitais, e responde perante o director clínico ou perante o director de serviço pela organização, funcionamento, eficiência e disciplina do seu sector. Em geral, faz a planificação, a coordenação e orientação técnica do pessoal de enfermagem, velando pela qualidade e humanização dos cuidados prestados. Em cada enfermaria existe um enfermeiro chefe. O responsável pelos enfermeiros chefes de cada enfermaria/sector é o Director de enfermagem.
- **Administrador hospitalar:** é o responsável administrativo da unidade sanitária, e responde perante o respectivo director pela organização, funcionamento e disciplina do sector. Por outras palavras, o administrador da unidade sanitária é a pessoa responsável pelos aspectos práticos da administração, como pagamento de salários, pagamento de contas correntes (água, luz, gás), aquisição de alimentos para os pacientes, aquisição de material de higiene e limpeza, aquisição de combustível para a ambulância, entre outros.

Os demais sectores clínicos (radiologia, laboratório e banco de sangue, farmácia, odontoestomatologia, fisioterapia, e outros) das Unidades Sanitárias são geridos pelo técnico mais capacitado e experiente do sector, que por sua vez, responde pela sua organização, funcionamento, eficiência e disciplina perante o director clínico.

BLOCO 6: PONTOS-CHAVE

- 6.1 Os hospitais de nível secundário são de 3 tipos (**Distrital, Rural e Geral**), e têm como função dispensar cuidados de saúde secundários à população, constituindo desta forma, o primeiro nível de referência para os doentes que não encontram solução para os seus problemas nos centros de saúde.
- 6.2 Os Hospitais Rurais e Distritais destinam-se a servir a população referida pelos centros de saúde da sua zona de influência. A principal diferença entre estes, segundo o diploma ministerial 127/02 em vigor, é que o hospital rural possui condições para a realização de intervenções de grande cirurgia para o internamento e dispõe de serviços individualizados de 4 especialidades básicas (medicina interna, pediatria, cirurgia, ginecologia e obstetrícia).
- 6.3 Os Hospitais Gerais são muito parecidos aos hospitais rurais em praticamente todos os aspectos, mas distinguem-se destes por se localizarem sempre em zona urbana e por servirem de primeiro nível de referência essencialmente a populações provenientes de áreas de saúde situadas em zonas urbanas.
- 6.4 O nível terciário de prestação de cuidados de saúde é composto pelos Hospitais Provinciais. Estes têm como função dispensar cuidados de saúde terciários e constituem o nível de referência para os doentes que não encontram solução para os seus problemas de saúde nos Hospitais de nível secundário, ou para os doentes referidos de Centros de Saúde que estejam próximos a este, e sem possibilidade de transferir os pacientes para um hospital de nível secundário.
- 6.5 Os Hospitais Centrais são os mais diferenciados do SNS, e possuem melhores condições de diagnóstico e tratamento que os hospitais de níveis inferiores, bem como uma mais variada gama de serviços prestados.
- 6.6 Todos hospitais (de nível secundário a quaternário) em casos de urgência e outros casos excepcionais podem também receber directamente doentes que efectuem o seu primeiro contacto com o SNS.
- 6.7 Na gestão das unidades sanitárias:

- O director geral é o gestor máximo e responde pela gestão administrativa das mesmas.
- O director clínico responde pelos aspectos práticos ligados a prestação de cuidados de saúde.
- O director de enfermagem/enfermeiro chefe é o responsável pelo exercício profissional de enfermagem dentro dos hospitais, e responde perante o director clínico ou perante o director de serviço pela organização, funcionamento, eficiência e disciplina do seu sector.
- O administrador é o responsável pelos aspectos práticos da administração, como pagamento de salários, pagamento de contas correntes (água, luz, gás), aquisição de alimentos para os pacientes, aquisição de material de higiene e limpeza, aquisição de combustível para a ambulância, entre outros.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	6
Tópico	A Estrutura Hierárquica do SNS	Tipo	Teórica
Conteúdos	Normas de Funcionamento das Estruturas Provinciais, Distritais e das Unidades Sanitárias Correspondência e Comunicação Escrita	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

Sobre normas de funcionamento das estruturas provinciais, distritais e das várias unidades sanitárias :

1. Identificar o fluxograma de informações/comunicações entre as US/DDS e a DPS (detalhar para diferentes tipos de informações).

Sobre estrutura ao nível da Unidade Sanitária:

1. Explicar a hierarquia de autorizações dentro do SNS

Sobre correspondência e comunicação escrita:

1. Elaborar uma carta formal no estilo do SNS.
2. Explicar como preencher um registo de correspondência.
3. Explicar como organizar um arquivo de correspondência.
4. Explicar como elaborar correspondências profissionais para profissionais de saúde dos vários níveis: ofícios, convocatória, avisos e cartas.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Fluxograma de Informações e Hierarquia de Autorizações		
3	Gestão de Documentos: Registo de Correspondências, Gestão de Arquivos		
4	Elaboração de Documentos Oficiais: Elaboração de uma Carta Formal		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia

- Chiavenato Idalberto, *Teoria geral da administração*, volume 1, 6ª edição, Campus editora, 2001
- McMahon R. Barton E. Piot M. Sendo um líder: um guia para a gestão no cuidado primário (On being in charge: a guide to management in primary health care). Geneva: Organização Mundial de Saúde; 1992.
- www.etica.pro.br
- Política nacional de saúde

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: FLUXOGRAMA DE INFORMAÇÕES E HIERARQUIA DE AUTORIZAÇÕES NO SNS

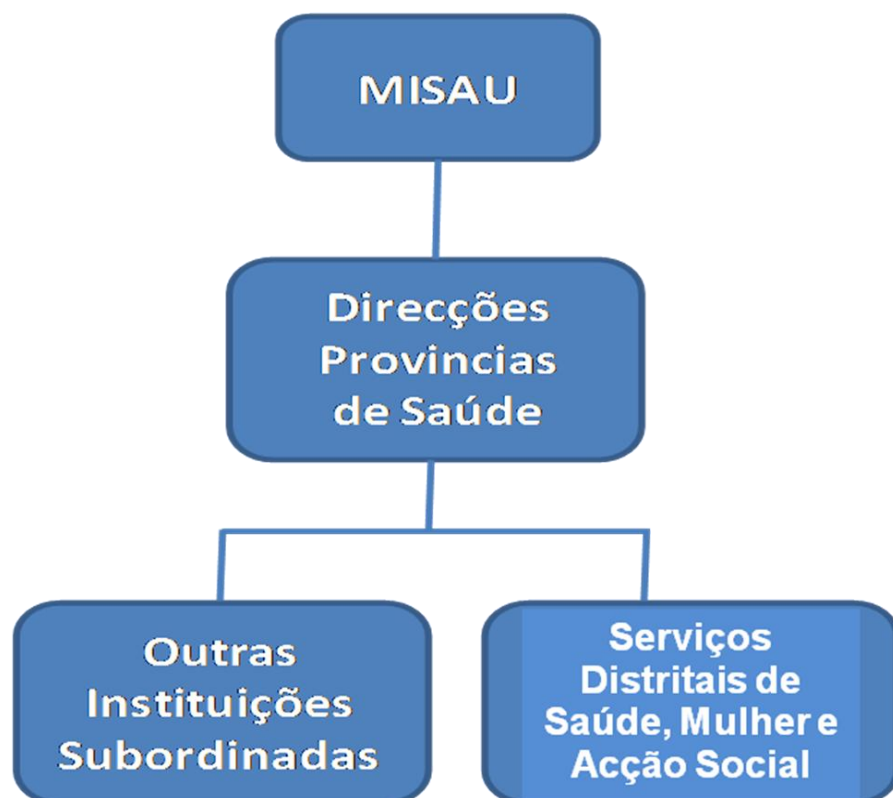
2.1 Fluxograma de informações

Para um funcionamento adequado dentro do SNS, é necessário que haja boa comunicação, entre os demais níveis gestores (nacional, provincial e distrital). Por essa razão, dentro do SNS, o fluxo de informação, obedece a uma estrutura hierárquica pré-estabelecida pelo MISAU.

Vários tipos de documentos sobre assuntos técnicos ou administrativos (relatório de actividades, notas sobre normas, despachos ministeriais, documentos sobre colocação e movimentação de pessoal, etc), são veiculados no SNS, contudo, em todos os casos deve-se respeitar as normas de comunicação, pois desta forma, é possível uma melhor coordenação e organização dentro do sector.

Em geral, a sequência de veiculação de informações, de nível central para periférico e de nível periférico para nível central obedecem à seguinte hierarquia:

De nível Central para nível periférico:



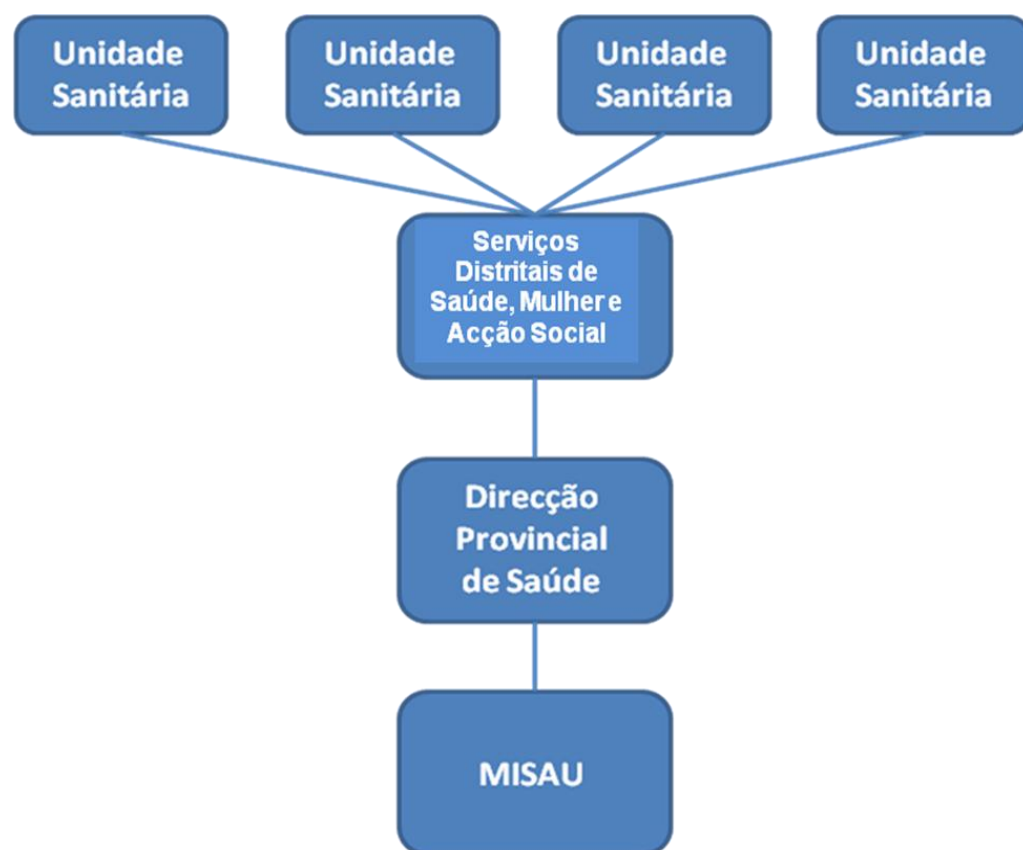
A informação emitida pelo MISAU, é veiculada para a Direcção provincial de Saúde, que por sua vez, analisa a informação, e a veicula (transcreve ou divulga) para as instituições implicadas (SDSMAS, Hospitais Centrais, provinciais e gerais, outras instituições subordinadas).

Uma vez nos SDSMAS, a informação pode ser veiculada (transcrição/divulgação) ou não para as unidades sanitárias periféricas, de acordo com o seu conteúdo.

Exemplo: 'Nota sobre normas de funcionamento dos bancos de socorros dos Hospitais Distritais.

Embora, a nota em questão, diga respeito ao Hospital Distrital e não a DPS, e nem ao SDSMAS directamente, o documento emitido pelo MISAU, deve obedecer a sequência definida, e ser submetido primeiro às DPS, depois aos SDSMAS, que por sua vez o enviam a US. Desta forma, a informação é de domínio de todos os níveis de gestão, e por outro lado, os níveis superiores, podem apoiar e supervisionar a implementação da mesma.

De nível periférico para nível central:



O trajecto da informação de nível periférico para nível central, segue a mesma sequência, contudo no sentido contrário. As várias unidades sanitárias de cada distrito, enviam a informação para as respectivas direcções distritais, e por sua vez cada direcção distrital, envia a informação para direcção provincial, e esta para os órgãos centrais (MISAU).

Exemplo: Envio de dados estatísticos mensais pelo SIS

Os dados produzidos nas USs, são enviados ao SDSMAS, onde são agregados, analisados, tratados, e validados. Estes dados são depois enviados à DPS, que por sua vez, agrega e compila os dados de todos os distritos, e depois de analisá-los e tratá-los, envia ao MISAU.

Ao nível distrital, algumas particularidades, são específicas para cada tipo de informação.

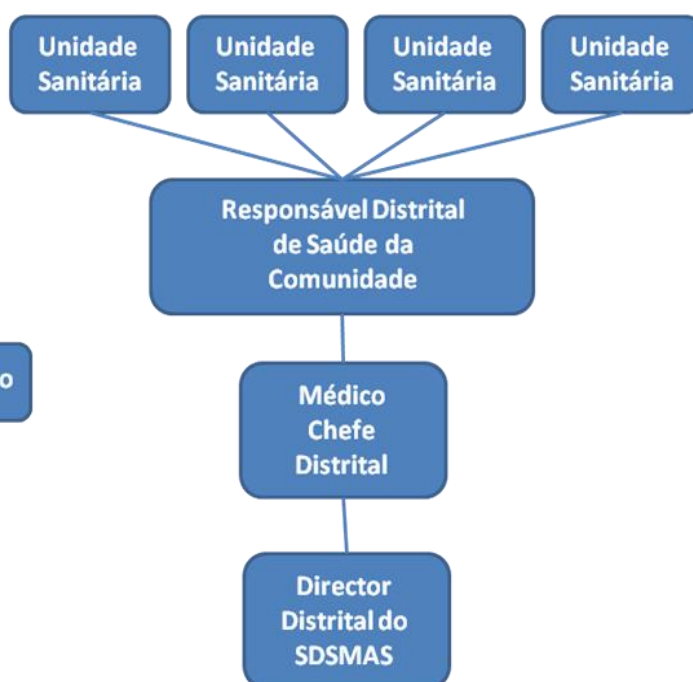
Abaixo apresentados os diagramas relativos ao circuito de informação dos documentos ao nível distrital, por tipo de informação. Os documentos são principalmente de 2 tipos:

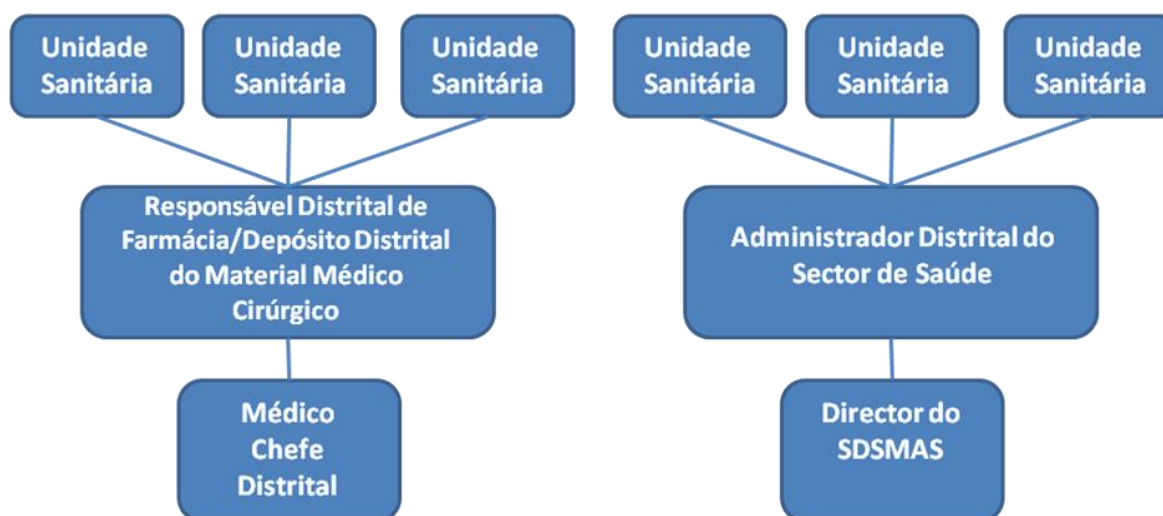
- Documentos sobre assuntos administrativos - os principais tipos são:
 - Pedidos de licenças (disciplinas, férias)
 - Requisições de material diverso
 - Despachos sobre normas e protocolos
- Documentos sobre assuntos técnicos – os principais tipos são:
 - Requisições de medicamentos
 - Requisições de material médico-cirúrgico
 - Sistema de informação de Saúde
 - Despachos sobre normas e protocolos

**Assuntos ligados aos Recursos Humanos
Nível da Unidade Sanitária**



Sistema de Informação de Saúde





2.2 Hierarquia de autorizações

A hierarquia de autorizações no SNS, varia de acordo com a matéria em questão e com o nível de gestão.

A nível distrital (que interessa ao TMG), o director dos SDSMAS, apresenta uma lista de competências pré-estabelecidas, que o orientam na tomada de decisões. Os assuntos que não são da competência do director dos SDSMAS, devem ser referidos para consideração à níveis superiores.

A nível distrital, o SDSMAS, representados pelos directores distritais, apresenta, dupla subordinação, a saber:

- Subordinação administrativa: subordinação ao Administrador do Distrito. Com algumas excepções, todos os assuntos ligados à gestão de recursos humanos são do domínio do administrador distrital, que para a sua tomada de decisão, considera os pareceres dos directores distrital dos SDSMAS e director provincial de saúde.

Exemplo: Sobre pedido de transferência de um funcionário, de um distrito para outro.

Neste caso, o funcionário submete primeiro o documento ao director dos SDSMAS, que após solicitar o parecer do director da unidade sanitária em que o funcionário trabalha, emite um parecer final do distrito e envia o documento para a Direcção Provincial de Saúde, para consideração e emissão de parecer. Após a emissão do parecer na DPS, o documento deve ir ao Administrador do Distrito, que é quem tem a competência de deferir ou indeferir o pedido do funcionário. É importante que o Director dos SDSMAS, antes de emitir o seu parecer, tenha o parecer do chefe dos recursos humanos e do Médico chefe distrital.

- Subordinação técnica: subordinação à Direcção Provincial de Saúde. Todos os assuntos relacionados com a área técnica (como requisições de material médico-cirúrgico, medicamentos, material de formação, etc) são do domínio da DPS, onde cada responsável provincial (ex: farmácia, laboratório, finanças, etc), responde pela sua área.

BLOCO 3: GESTÃO DE DOCUMENTOS: REGISTO DE CORRESPONDÊNCIAS, GESTÃO DE ARQUIVOS

A gestão de documentos dentro de uma instituição de trabalho, é uma das principais actividades a serem realizadas, para se garantir uma coordenação e organização efectiva de qualquer sector.

É importante salientar, que quase todas as actividades no ramo da saúde, envolvem o registo de informação (ex: processo clínico, partogramas, fichas de notificação de doenças, relatórios e planos, etc), e que sem um manejo adequado desta mesma informação, não é possível avaliar e monitorar a evolução das actividades do sector.

3.1 Registo de correspondências

O registo de correspondências é um método de controlo da informação que entra e sai de uma instituição. As instituições geralmente apresentam um livro de registo para documentos que entram e um livro de registos para documentos que saem da instituição. Em geral, o registo é feito pelo pessoal colocado na secretaria, contudo, nas unidades sanitárias de nível primário, por exiguidade de pessoal, esta actividade é feita pelo pessoal técnico.

Ao registar a informação, deve-se obedecer alguns passos como:

- Registo da data de saída ou de entrada
- Registo do número de referência do documento (deve-se ter o cuidado para não duplicar, por isso só se preenche no documento depois de registar no livro).
- Registo do local de origem do documento (para os documentos que chegam), e do local de destino dos documentos (para os documentos que saem).

3.2 Manejo de arquivos

Tanto as instituições gestoras, como as unidades sanitárias, devem ter um sector específico para o arquivo de documentos, bem como um funcionário responsável por esta área, contudo, no cenário actual, na maioria das vezes, este requisito só é cumprido nas instituições gestoras e nas unidades sanitárias mais complexas, com mais recursos. Nas unidades sanitárias menos complexas como alguns tipos de Centros de Saúde, esta actividade é muitas vezes desempenhada pelo pessoal de saúde. No gabinete médico por exemplo, muitas vezes o clínico que realiza as consultas, é também responsável por levantar os processos clínicos dos pacientes antes das consultas e por arquivá-los de forma ordeira, no fim das actividades.

Existem vários métodos para organizar um arquivo de documentos, em função da natureza do conteúdo e da instituição. Nesta aula, o objectivo é fornecer informação básica ao TMG, para que quando necessário, este saiba como organizar e manejar um arquivo de documentos de forma funcional.

Os métodos mais frequentemente usados, segregam os documentos de acordo com: ordem numérica, alfabética, geográfica e de assunto. Abaixo apresentados alguns exemplos:

Exemplo 1: Organização de arquivo de processos clínicos de um SDSMAS: ordem de assunto

Assunto	Exemplos de Documentos que podem ser arquivados	Exemplos de Pastas
Recursos Humanos	Processos individuais dos funcionários, Processos disciplinares, Mapa de efectividade,	Pasta de processos dos funcionários Pasta de processos disciplinares Pasta de efectividade
Documentos do MISAU	Notas, despachos, circulares e outros documentos do ministério	Pasta de notas Pasta de despachos Pasta de circulares
Documentos da DPS	Notas, despachos, circulares e outros documentos da Direcção Provincial	Pasta de notas Pasta de despachos Pasta de circulares
Documentos da administração do distrito	Notas, despachos, circulares e outros documentos da Direcção Provincial	Pasta de notas Pasta de despachos Pasta de circulares
Documentos sobre ONGs locais	Relatórios, requerimentos, comunicações, e outros documentos sobre as ONGs locais	Pasta de relatórios Pasta de documentos diversos

Exemplo 2: Organização do arquivo do gabinete de consultas: ordem de assunto e ordem alfabética

1º: Organização por ordem de assunto, da seguinte forma:

1. Consulta de homens
2. Consulta de mulheres
3. Consulta de crianças
4. Consulta de mulheres grávidas

2º: Organização por ordem alfabética, dentro de cada bloco de assuntos

Dentro de cada bloco de assunto (ex: consulta de mulheres), os processos clínicos são organizados em ordem alfabética, usando como referência as iniciais dos nomes dos pacientes. Desta forma os processos dos pacientes com nomes que iniciem por A, ficam todos no mesmo grupo, os processos dos pacientes com nomes que iniciem com B ficam no mesmo grupo e assim por diante.

Dentro de cada grupo de processos organizados por inicial do nome, a organização é facultativa, podendo ser usada como referência o apelido ou o primeiro nome.

Exemplo: Organização do arquivo de consultas de mulheres, usando como referência a inicial do apelido.

Para os seguintes nomes:

1. Maria Pedro Zefanias
2. Carla zombola
3. Paulino Melo
4. Jubeta Zimba
5. Amélia Alfredo Materula
6. Tânia Muluana

Usando como referência as iniciais dos apelidos, a organização seria a seguinte:

Para os apelidos com inicial "Z" (nomes 1,2,4), a ordem de organização seria:

1. Primeiro nome: Maria Pedro Zefanias
2. Segundo nome: Jubeta Zimba

3. Terceiro nome: Carla Zombola

O primeiro nome, colocado na pasta de nomes com apelido “Z”, neste caso, é Maria Pedro Zefanias, porque depois da letra “Z”, segue-se a letra “e”. O nome seguinte seria o do apelido Zimba e por fim o do apelido Zombola, seguindo a ordem das iniciais que seguem a letra “Z”, respectivamente.

Exercício: Explique como organizar a pasta de nomes com apelidos que iniciam com a letra M.

BLOCO 4: ELABORAÇÃO DE DOCUMENTOS OFICIAIS: ELABORAÇÃO DE UMA CARTA FORMAL

Elaboração de uma carta formal

Universalmente, foi estabelecido um leque de informações básicas que devem estar presentes em todas as cartas formais, contudo a disposição destas pode variar de país para país, e de acordo com a natureza do documento. De qualquer forma, uma carta formal deve conter os seguintes dados:

- Data de emissão da carta, número de referência
- Nome e título da entidade remetente (Pessoa ou instituição que envia a carta)
- Nome e endereço do departamento / direcção / instituição remetente
- Nome da entidade destinatária (a que se destina a carta)
- Nome e endereço do departamento / direcção / instituição destinatária
- Assunto sublinhado
- Conteúdo ou desenvolvimento
- Agradecimentos
- Assinatura da entidade ou pessoa remetente

Abaixo, apresenta-se um exemplo de uma carta formal, com o modelo usado no SNS:



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
GOVERNO DA PROVÍNCIA DA ZAMBÉZIA
DIRECÇÃO PROVINCIAL DE SAÚDE

HOSPITAL PROVINCIAL DE QUELIMANE

À:
Direcção Nacional de Assistência Médica
MISAU - Maputo

Entidade destinatária

Número de referência: 245/11

Número de
referência

Assunto: Informação sobre medicamentos fora do prazo

Assunto

Sr. Director Nacional

Responsável
pela entidade
destinatária

Em resposta a nota número 334/11, do dia 12/03/11, emitida por Vossa Excia, relativa aos.....

Conteúdo ou
desenvolvimento

Cordiais Saudações

Quelimane, aos 19 de Julho de 2011

O Director Geral

Categoria do
responsável da
entidade remetente

Dr. Abílio Cabral Machonisse
(Médico Generalista de 1ª Classe)

Nome legível do
responsável da
entidade

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1** Para garantir boa comunicação o fluxo de informação obedece uma estrutura hierárquica pré-estabelecida no SNS.
- 5.2** Duas actividades importantes a realizar na gestão de documentos, são: o registo de correspondências e a organização dos documentos em arquivos.
- 5.3** O registo de correspondência deve ser preenchido cada vez que uma carta entre ou sai da US
- 5.4** A organização do arquivo do gabinete de consultas deve ser por ordem de assunto (pediatria, medicina, ginecologia, cirurgia)
- 5.5** Os processos clínicos devem ser organizados alfabeticamente por apelido do paciente
- 5.6** Uma carta formal do SNS sempre deve ser elaborada obedecendo o formato padrão usado no SNS.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	7
Tópico	Planificação, Organização, Coordenação, Supervisão e Monitoria de Actividades e Serviços	Tipo	Teórica
Conteúdos	Planificação das Actividades e Serviços ao Nível Distrital	Duração	1 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Definir os conceitos gerais de planificação e ciclo de planificação
2. Descrever os objectivos e a importância da planificação em saúde
3. Listar os elementos chave na equipa de planificação distrital
4. Listar os aspectos importantes a ter em conta durante o processo de planificação
5. Descrever os aspectos importantes na preparação da planificação
6. Descrever os tipos de planos que devem ser elaborados ao nível do distrito e ao nível da US incluindo:
 - a. Planos anuais;
 - b. Planos semestrais;
 - c. Planos de acção trimestrais;
 - d. Planos de trabalho semanais;

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Planificação em Saúde – Considerações Gerais		
3	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolver o material):

- MISAU, Direcção nacional de planificação e cooperação, *Manual do curso integrado de planificação, monitoria e avaliação em sistemas de informação de saúde*, 1ª edição, Setembro 2009

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem

1.2 Apresentação da estrutura da aula

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: PLANIFICAÇÃO EM SAÚDE– CONSIDERAÇÕES GERAIS

2.1 Conceito

Planificação: é um processo sistemático que consiste na identificação de objectivos futuros desejáveis, bem como na determinação de estratégias de acção concretas e dos recursos necessários para o seu alcance.

O acto de planificação, está inserido dentro de um ciclo, denominado **ciclo de planificação**. O “ciclo de planificação” é um processo recorrente de medida, análise e acção elaborado para melhorar a gestão; é também conhecido como o ciclo de “triplo A”: Avaliação, Análise e Acção.

Os passos do ciclo de planificação são os seguintes:

1. A análise da situação
2. A priorização e análise dos problemas a resolver
3. A definição de objectivos ou metas
4. Preparação do plano de acção:
 - 4.1 A formulação das intervenções (definição das actividades e estratégias a executar
 - 4.2 Determinação da alocação de recursos
 - 4.3 Determinação do orçamento
5. Implementação
6. Monitoria e avaliação

2.2 Porque é que é importante realizar a planificação em saúde?

De uma forma geral, A planificação em saúde deve ter como objectivo melhorar o estado de saúde duma dada população, promovendo a equidade de acesso a cuidados de saúde cada vez de melhor qualidade. O plano dever alcançar este objectivo através da oferta de serviços de saúde eficientes e eficazes, tomando em consideração os recursos disponíveis.

A planificação tem os seguintes objectivos:

A nível da gestão de programas de saúde, permite:

- A identificação e priorização de problemas (ex: alta mortalidade materna, baixo despiste de tuberculose) no sector da saúde;
- A identificação de objectivos gerais (ex: redução da mortalidade materna) e específicos (ex: redução da mortalidade materna por hemorragia pós-parto) a alcançar no sector saúde;
- A definição de actividades (ex: formação das parteiras em matéria de “cuidados de suporte de doentes graves”) a realizar para garantir o alcance dos objectivos do sector;

- A definição de estratégias de utilização dos recursos disponíveis (pessoal de saúde, viaturas, unidades sanitárias, medicamentos, recursos financeiros, etc), para alcançar os objectivos traçados, de forma mais eficaz possível;
- Que os esforços no sector de saúde, sejam aplicados de forma coordenada e sinérgica (junção de esforços);
- Alterar o rumo de certos programas, com base na experiência obtida no período anterior;
- Definir estratégias de acção, perante acontecimentos não esperados (ex :epidemias)

Ao nível dos procedimentos administrativos, permite:

- Identificar os objectivos que realmente podem ser alcançados num período específico, e usar a experiência para a planificação do ano seguinte, evitando planos muito ambiciosos e inalcançáveis;
- Identificar erros e problemas nos serviços relacionados ao incumprimento do plano, e usar a experiência para evitar que os erros se repitam novamente ;
- Distribuição equitativa do trabalho e das responsabilidades, de forma a evitar que uns fiquem muito sobrecarregados e outros com pouco trabalho ;
- Orientação clara sobre o rumo que as actividades devem tomar, evitando que programas importantes sejam esquecidos ou deixados para trás ;
- Identificação atempada de sinais de alerta sobre problemas no cumprimento do plano, evitando os constrangimentos de resolver os problemas à última da hora

2.3 Quem são os elementos chave do distrito no acto de planificação?

Os membros chave que participam no processo de planificação a nível distrital, são os seguintes :

- Director dos serviços distritais de saúde ;
- Médico chefe ou director clínico do distrito ;
- Todos constituintes do colectivo alargado de direcção (chefes NED, chefe da saúde da comunidade, chefe dos programas de saúde: SMI, Tuberculose e Lepra, ITS/HIV, saúde mental, saúde oral, saúde escolar, saúde ambiental, Malária, nutrição);
- Representante da comunidade e dos utentes ;
- Representantes das unidades sanitárias (da sede e pelo menos uma periférica)

Cada membro deverá representar e argumentar pelo seu sector, após ter analisado em conjunto com os demais colegas, a evolução das actividades do sector. Onde há hospital de nível secundário, também deve haver uma planificação interna da unidade sanitária

A participação de representantes da comunidade e dos utentes, é importante, pois permite colher subsídios, que os relatórios muitas vezes não permitem, como : grau de satisfação dos utentes e da população em geral com os serviços de saúde, tempos de espera, dificuldades no fluxograma das unidades sanitárias, mau atendimento nas unidades sanitárias, entre outros.

2.4 Quais são os aspectos chave a ter em conta durante o processo de planificação?

Os aspectos a ter em conta durante o processo de planificação, são :

a) Apresentação e análise de dados e informação:

Dados e informação são essenciais para garantir que os planos abrangem as prioridades ou problemas específicas do distrito (ou outra unidade de actuação), e assim formam a

justificação pelas acções prioritárias identificadas no plano.

Indicam as prioridades nacionais e provinciais que precisam de maior atenção, identificam os problemas de saúde mais comuns no distrito, e ajudam a identificar os serviços que precisam de mais ou menos recursos. Finalmente ajudam a identificar problemas de funcionamento interno que precisam ser resolvidos.

É extremamente importante que dados e informações chave sejam apresentados e explicados numa forma simples e compreensível no início de qualquer actividade de planificação. Fontes específicas de dados incluem:

- SIS: o uso de dados do SIS para fazer o diagnóstico situacional;
- Documentos orientadores de níveis superiores (ex: relatório do último conselho coordenador de saúde, Plano Quinquenal do Governo, Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS): servem de orientação em termos de objectivos a atingir, e na determinação das áreas prioritárias ;
- Informação fornecida pela comunidade : as autoridades comunitárias (líderes comunitários, régulos, secretários), e outras entidades como os ACS, (APEs, parteiras tradicionais, activistas de saúde) geralmente possuem informação de grande importância sobre eventos vitais que ocorrem no distrito, tais como, mortes maternas, nascimentos não registados, etc ;
- Dados e informação de pesquisa local: as vezes outros sectores, ONGs ou outros parceiros realizam estudos locais que poderiam ajudar a informar melhor o processo de planificação ;

b) Envolvimento dos eventuais responsáveis pela implementação do plano.

Uma das maiores causas de fracassos de planos, é a falta de envolvimento dos implementadores na sua elaboração. Pessoas responsáveis por serviços ou actividades específicas têm de ser envolvidas na definição de prioridades mas também na elaboração de estratégias. Isto é extremamente importante para que os planos sejam viáveis, para a identificação das prioridades locais e também para garantir uma boa compreensão e implementação dos mesmos. Idealmente a elaboração de componentes do plano deve ser delegada aos directores e à aqueles colegas responsáveis por sectores nas USs;

c) Informação sobre os recursos disponíveis

É importante identificar os recursos (materiais, financeiros, humanos) disponíveis no último período. Desta forma, será possível fazer uma estimativa aproximada dos recursos que serão disponibilizados.

d) Priorização dos problemas

Nenhuma organização, seja unidade sanitária, direcção distrital, ONG ou empresa privada consegue abranger todas as necessidades ou resolver todos os problemas que existem no seu sector (seja saúde, acção social, ou obras públicas). Por isso, um dos componentes mais difíceis e importantes da planificação é a priorização.

Um dos piores erros feitos na planificação é uma das garantias de que nenhum objectivo será alcançado é de tentar priorizar tudo o que é importante, sem levar em conta os recursos, tempo e a complexidade do problema. Em outras palavras quem tenta fazer tudo numa vez acaba não fazendo nada. Na aula seguinte, será descrita a etapa de priorização dos problemas.

e) Particularidades específicas do seu distrito (unidade sanitária, ou outro campo de acção)

- Ter em conta o perfil do distrito: particularidades do tempo (cheias, secas, calamidades naturais), vias de acesso (transitabilidade das estradas no tempo chuvoso), perfil epidemiológico (alta prevalência de malária, Schistosomíase, Lepra), principal actividade de subsistência (pesca, agricultura)
- Sobreposição de actividades no distrito: a planificação deve evitar sobreposições, quando se trata de actividades que envolvem grande parte da população. Ex: nunca se deve planificar uma campanha de vacinação, na mesma altura de uma campanha eleitoral, pois a adesão da população não será boa.

2.5 Quais são os tipos de planos elaborados no distrito?

De entre os planos elaborados na direcção distrital ou na unidade sanitária, o principal e mais abrangente de todos, é o **Plano Operativo Anual (POA)**. Em geral, um plano operacional tem uma duração de um ano, daí a designação plano operacional anual (POA). Este plano, determina objectivos operacionais (metas); está voltada para a optimização e maximização de resultados; é de carácter imediatista – curto prazo; é detalhada no estabelecimento de tarefas; está voltada para a gestão de recursos e para a eficiência.

A partir do POA, são produzidos outros planos mais curtos, como o plano semestral, o plano trimestral e o plano mensal, em que cada um deles, especifica as acções concretas a realizar por períodos. Conforme veremos na aula seguinte, estes planos podem e devem ser alterados no decurso do tempo, em função do grau de cumprimento das actividades nos períodos anteriores, e de outros factores relacionados, como disponibilidade de recursos, transitabilidade das vias de acesso, calamidades naturais, etc.

De salientar que, com base no POA da instituição, cada sector, deve elaborar o seus planos, e que os mesmos, devem ser de fácil acesso, permitindo que todos os funcionários o possam consultar, quando necessário. De igual forma, todos os funcionários devem ter o seu plano individual de trabalho, para que cada uma saiba exactamente o que deve fazer no trabalho.

Conforme veremos nas aulas seguintes, este plano (e os outros), é elaborado com base em directivas do Governo a nível nacional e provincial, do MISAU, e da Direcção Provincial.

Os planos de acção podem ser de uma unidade sanitária (geralmente de nível 2 em diante), distritais, provinciais e nacionais.

2.6 Quais são os passos para a preparação da planificação?

A preparação da planificação, é a primeira etapa para a elaboração dos planos de acção. O exercício da planificação, é um acto complexo, que deve obedecer uma ordem lógica e sequenciada, envolve muitos sectores, e um número relativamente grande de funcionários. Por outro lado, este exercício também envolve gestão de recursos como tempo, recursos humanos, materiais e financeiros, pelo que deve ser preparado com antecedência suficiente.

As actividades preparatórias importantes a ter em conta são:

- Determinar a data, número de dias e agenda da planificação, em concordância com o calendário recomendado pela DPS;
- Identificar as pessoas que serão envolvidas, e convocar com antecedência (pelo menos 2 semanas);
- Determinar necessidades financeiras para a planificação;
- Recolher os documentos chave orientadores e de base para actualizar sobre o perfil do distrito e outros aspectos (dados demográficos, epidemiológicos, segurança alimentar, abastecimento de água, vias de acesso, etc);

- Recolher os documentos chave orientadores do Governo e Sector de Saúde;
- Resolver aspectos logísticos diversos (transporte, lanches, material de escritório, computadores, etc);
- Preparar o mapa do distrito com demarcação das áreas de influência por unidade sanitária.

2.7 Quando deve ocorrer o exercício da planificação?

A planificação no sector de saúde, não é diferente da planificação que ocorre noutros sectores do governo. Esta, deve ser realizada de acordo com a planificação em todos outros sectores públicos.

O calendário da planificação, obedece uma cascata estabelecida no governo, e inicia primeiro no distrito, depois na província e por fim é realizada ao nível central. Desta forma, as prioridades da comunidade do distrito (pólo de desenvolvimento), são levadas em conta tanto na planificação provincial como na planificação anual.

As datas para planificação podem variar, desde que obedeçam aos intervalos abaixo descritos:

- Planificação distrital: Abril a Maio
- Planificação provincial: Maio
- Planificação nacional: Junho

BLOCO 3: PONTOS-CHAVE

- 3.1** Planificação: é um processo sistemático que consiste na identificação de objectivos futuros desejáveis, bem como na determinação de estratégias de acção concretas e dos recursos necessários para o seu alcance.
- 3.2** De uma forma geral, a planificação em saúde, tem como objectivo, melhorar o estado de saúde da população, através da provisão de serviços de saúde em qualidade e quantidade desejáveis, tomando em consideração os recursos e meios disponíveis e os métodos de cuidados de saúde.
- 3.3** O POA, é um documento orientador, através do qual, o gestor da unidade sanitária ou direcção distrital (ou qualquer outro funcionário) pode rapidamente colher informação para realizar os seus planos de acção a curto prazo (geralmente um ano), e realizar as actividades planificadas.
- 3.4** Durante o exercício de planificação, é necessário que se tenha em conta as directrizes traçadas pelo governo a nível do sector saúde, contudo, nunca se deve esquecer que a planificação tem de ir ao encontro das necessidades reais e prioridades do distrito, e que esta deve ser feita com base em dados reais sobre os recursos (materiais, financeiros e humanos) disponíveis;
- 3.5** O exercício da planificação, é um acto complexo, que deve obedecer uma ordem lógica e sequenciada, envolve muitos sectores, e um número relativamente grande de funcionários, pelo que deve ser devidamente preparado.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	8
Tópico	Planificação, Organização, Coordenação, Supervisão e Monitoria de Actividades e Serviços	Tipo	Teórica
Conteúdos	Etapas da Planificação – 1ª Parte Análise/Diagnóstico de Situação Priorização dos Problemas e Análise	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever a etapa de diagnóstico ou análise de situação.
 - a. Explicar o objectivo de um diagnóstico de necessidades e identificar o momento exacto para a sua elaboração.
 - b. Listar os passos de um diagnóstico de necessidades.
 - c. Descrever as seguintes técnicas para diagnóstico de necessidades:
 - i. Análise de forças e fraquezas institucionais.
 - ii. Árvore de problemas
 - d. Explicar a diferença entre os problemas primários e os problemas secundários
 - e. Elaborar um protocolo para um diagnóstico de necessidades.
2. Descrever a etapa de priorização de problemas.
 - a. Explicar como analisar os problemas de modo a identificar as prioridades

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Etapas no Processo da Planificação – o Ciclo da Planificação		
3	1º Etapa da Planificação - Análise Situacional		
4	2º Etapa da Planificação - Definição de Prioridades		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolver o material):

- MISAU, Direcção nacional de planificação e cooperação, *Manual do curso integrado de planificação, monitoria e avaliação em sistemas de informação de saúde*, 1ª edição, Setembro 2009.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem

1.2 Apresentação da estrutura da aula

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: ETAPAS NO PROCESSO DA PLANIFICAÇÃO – O CICLO DA PLANIFICAÇÃO

Conforme referido na aula anterior, independentemente da área de trabalho, o exercício da planificação, apresenta etapas específicas inseridas num ciclo, denominado o ciclo da planificação.

As etapas do exercício de planificação são as seguintes:

- 2 A análise da situação
- 3 A priorização e análise dos problemas a resolver
- 4 A definição de objectivos ou metas
- 5 Preparação do plano de acção:
 - 5.1 A formulação das intervenções (definição das actividades e estratégias a executar)
 - 5.2 Determinação da alocação de recursos
 - 5.3 Determinação do orçamento
- 6 Implementação
- 7 Monitoria e avaliação

Estas etapas se complementam, e no seu todo elas respondem às seguintes perguntas:

- ONDE ESTAMOS AGORA? **Correspondente à etapa de análise de situação e de priorização de problemas**
- PARA ONDE PRETENDEMOS IR? **Correspondente às etapas de definição de objectivos ou metas**
- COMO LÁ CHEGAR? **Correspondente às etapas de formulação de intervenções, determinação de alocação de fundos e de preparação do plano de acção e orçamento (preparação do plano de acção)**
- COMO SABER SE ESTAMOS NO BOM, OU NO MAU CAMINHO, OU SE JÁ CHEGAMOS AO OBJECTIVO? **Correspondente à etapa de monitoria e avaliação**

Nesta aula, o foco será dado as 2 primeiras etapas do ciclo de planificação.

BLOCO 3: 1ª ETAPA DA PLANIFICAÇÃO – ANÁLISE DA SITUAÇÃO

Esta etapa envolve a avaliação da situação actual de saúde da população, e do funcionamento dos serviços de saúde de várias perspectivas, para identificar os problemas e estabelecer as necessidades. Para determinar as necessidades do sector, primeiro é necessário que se faça uma avaliação crítica da situação actual, a fim de se identificar os problemas existentes, e todos os factores que estão por detrás dos mesmos.

Uma forma de identificação dos problemas e definição das necessidades, seria:

Primeiro fazer um estudo, baseado na **análise de forças e fraquezas institucionais**, relacionadas ao desempenho dos programas de saúde.

Segundo, para cada problema encontrado (problema primário), elaborar a **árvore de problemas**, de modo a identificar todos os factores envolvidos na origem do problema, também denominados problemas secundários.

3.1 Análise de forças e fraquezas institucionais

Para a análise de forças e fraquezas institucionais, deve-se proceder com os seguintes passos:

1. Revisão dos planos e relatórios anteriores: a revisão do plano anterior permite-nos identificar não só os problemas de saúde actuais, como também os constrangimentos enfrentados no passado, para a implementação do plano, através das seguintes perguntas:
 - O grau de cumprimento do plano anterior foi satisfatório?
 - Quais foram as áreas fracas na execução do plano?
 - Que constrangimentos contribuíram para o resultado negativo nas áreas fracas?
 - Recursos humanos? Financeiros? Materiais?
 - Má-organização?
 - Fraca Planificação?
 - Conflito de prioridades com outros sectores?
 - Factores imprevistos? Por exemplo um surto ou calamidade natural
 - Ou outros factores não ligados ao sector como: factores sociais, económicos, culturais, ambientais, políticos, etc
 - Quais foram as áreas fortes na execução do plano?
 - Que actividades concorreram para o alcance dos resultados positivos?
 - Que lições podemos tirar para o futuro, ou para implementar nos programas com fraco desempenho?
 - Melhorar a coordenação na equipa?
 - Melhorar a gestão de insumos?
 - Aumentar recursos humanos?
 - Realizar campanhas de mobilização da comunidade?
 - O que devemos fazer para manter ou aumentar o nível de desempenho?

Após uma análise do plano anterior, é necessário verificar se os factores que contribuíram para o mau desempenho das áreas fracas (ex: insuficiência de ESMI formadas em COEB, falta de coordenação da equipa de uma unidade sanitária periférica, má gestão dos fundos do programa, elaboração tardia do plano de contingência para cólera, etc), se mantêm, foram modificados, ou podem ser modificados.

2. Análise dos dados SIS locais, para verificar o grau de cumprimento das metas estabelecidas, comparar com os dados de períodos anteriores, e reflectir em torno dos problemas identificados, comparando ao mesmo tempo as mudanças na disponibilização de recursos.

Exemplo:

Que factores concorreram para que a taxa de cobertura de partos institucionais, reduzisse este ano? Porque houve aumento da quebra vacinal? Que aspectos positivos se verificaram este ano comparativamente ao período anterior?

3. Análise dos dados SIS provinciais, permite a realização de reflexões, após a comparação dos dados locais com os dados de outros distritos, e da província em geral.

Exemplo:

O nosso hospital, tem mais ESMI e clínicos alocados na pediatria do que hospital de Manjacaze, mas apesar disso, a nossa taxa de mortalidade infantil foi maior. Que factores concorreram para que a taxa de mortalidade infantil no nosso hospital fosse maior, que a do hospital de Manjacaze?

4. Colheita de informação dos utentes e comunidade, como fontes de informação proveniente da comunidade. Informação muitas vezes difícil de encontrar nos relatórios produzidos na saúde.

Exemplo:

A comunidade informa que as mulheres não dão parto na maternidade do Centro de Saúde de Balama (o que reduz a taxa de cobertura de partos institucionais) porque há mau atendimento e cobranças ilícitas na maternidade.

5. Análise de relatórios do governo local e da Direcção Provincial

Exemplo:

O relatório anual do governo distrital informa que houve problemas políticos no Posto Administrativo de Namanhumbire, e que este facto, tem levado a divulgação de mensagens negativas sobre a cólera, que por sua vez fazem com que a população não aceite a cloração dos poços, nem a montagem de um CTC nas redondezas. Este facto contribui para o aumento das taxas de letalidade locais por cólera.

6. Análise de informação local em documentos de outros sectores, ONGs e outros parceiros.

Exemplo:

Os Serviços Distritais de Infra-estruturas, informa que mais de 50% das famílias do distrito de Momba não têm latrinas em suas casas, nem fonte de abastecimento de água potável. Este facto contribui para o aumento de doenças infecto-contagiosas de transmissão feco-oral.

3.2 Elaboração da árvore de problemas

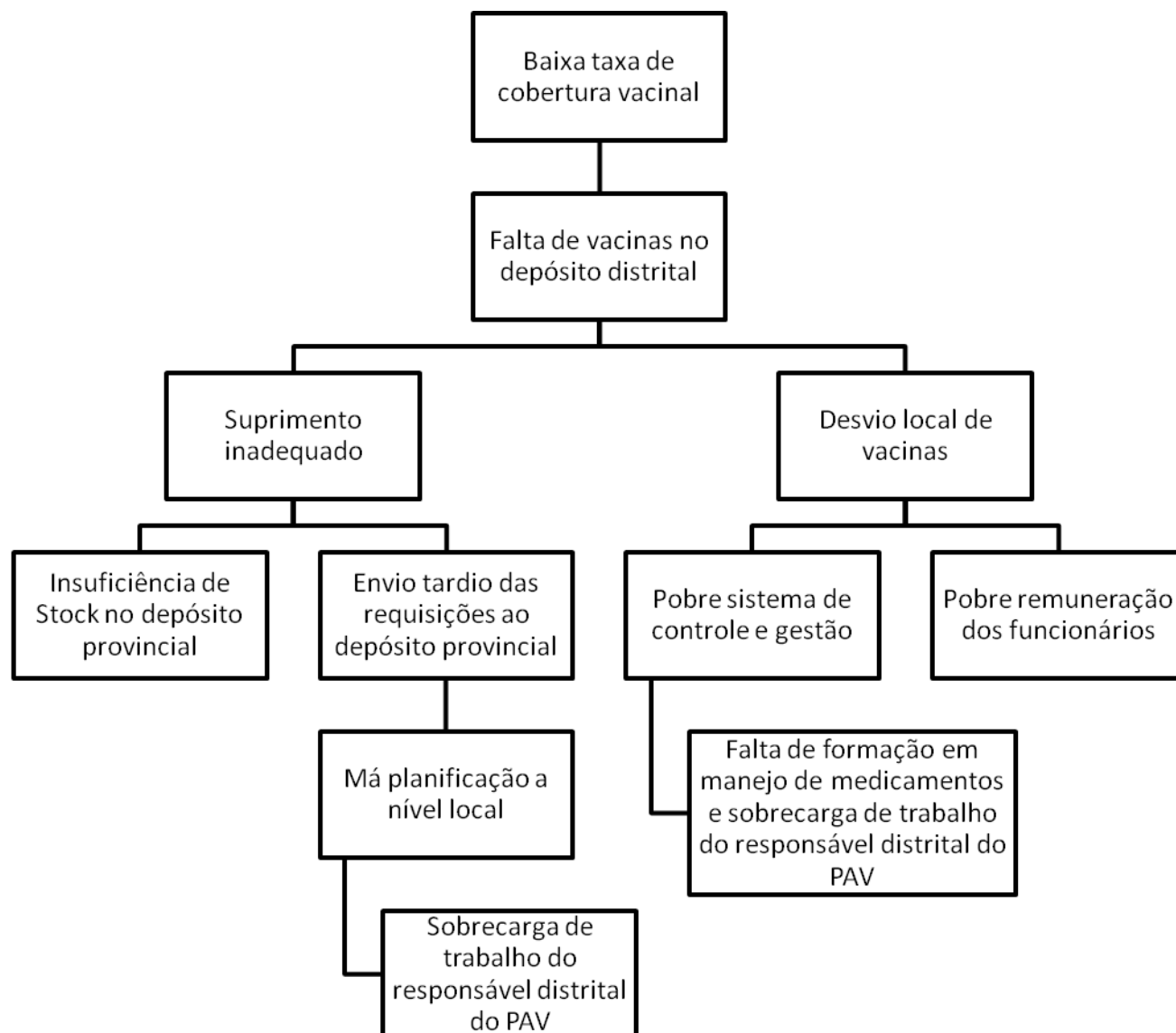
Os problemas podem ser primários ou secundários.

Os problemas primários são aqueles que têm impacto directo no estado de saúde da população, como redução da cobertura vacinal (aumenta o número de casos de doenças preveníveis), redução de número de partos institucionais (aumenta o número de mortes materno-fetais), enquanto que os problemas secundários, são aqueles que contribuem para a ocorrência dos problemas primários, ou seja, os que estão envolvidos na sua origem, como mau atendimento (faz com que as mulheres deixem de ir à maternidade), má planificação (faz com que as vacinas acabem antes do tempo previsto e menos crianças são vacinadas).

Para a identificação das necessidades, é necessário identificar não só o problema primário, como também os problemas secundários que devem ser resolvidos, para eliminar ou minimizar o problema.

Abaixo, apresentado um método de identificação de problemas e necessidades, a árvore de problemas e necessidades, onde após o diagnóstico do problema primário, devem ser listados em cadeia sequenciada os problemas secundários que estão por detrás deles.

Exemplo: Árvore de problemas para o problema: Baixa cobertura vacinal



Com base no diagrama acima apresentado, é possível identificar as necessidades, ou seja, os assuntos concretos que devem ser melhorados a nível local. Neste caso, por exemplo, para melhorar a cobertura vacinal, um dos problemas a serem resolvidos, é relacionado com as actividades do gestor distrital do PAV. Verificou-se que o mesmo apresenta sobrecarga de trabalho, e dificuldades na área de gestão de medicamentos, e estes factos têm contribuído para um desempenho insatisfatório das suas actividades, que em última instância, conduzem a uma baixa cobertura vacinal.

Uma vez identificado este problema, e as necessidades para solucioná-lo, já será possível determinar actividades a realizar para alcançar uma boa cobertura.

BLOCO 4: 2ª ETAPA DA PLANIFICAÇÃO – DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Após a identificação dos diversos problemas, é necessário fazer um exercício de reflexão conjunta para se seleccionar as prioridades, que são geralmente os problemas com impacto mais negativo.

O uso de uma matriz multi-variada é útil para quantificar os achados dentro de uma tabela organizada por ordem de prioridade, o que permite rapidamente visualizar os resultados.

Exemplo de uma Matriz Multivariada

Prioridade	Magnitude	Gravidade	Vulnerabilidade	Custo da intervenção	Procura do público	Impacto na saúde pública	Sofrimento e Desabilidade	Consequências		
								económicas	familiares	sociais
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										

Os critérios para a identificação das prioridades devem ser explícitos. Por exemplo:

- Magnitude do dano: qual é o tamanho do problema? (Portanto o número de pessoas afectadas a partir dos dados de incidência e prevalência).
 - Por exemplo, o HIV que afecta 11.5% dos Moçambicanos em relação à Lepra que afecta 0.5% dos Moçambicanos. O problema é maior para o HIV que para a Lepra. Neste critério, prioridade é HIV.
- Gravidade do dano: qual é a gravidade ou o perigo que o problema traz? É um risco grave para a vida das pessoas? É causa de maior sofrimento? Reduz a habilidade de levar uma vida normal? Reduz a produtividade? (Portanto, de acordo com a taxa de letalidade e as sequelas produzidas).
 - Por exemplo, o HIV é grave, letal, reduz a habilidade de levar uma vida normal, reduz a produtividade. No entanto a Lepra por si não mata (taxa de letalidade zero), porém produz sequelas (percentagem de deformidades grau 2 de 9.5% para o período 2000 a 2006). Neste caso, a prioridade é o HIV.
- Vulnerabilidade do dano (ou factibilidade da intervenção): relacionada com a possibilidade de prevenir/controlar o dano ou de resolver o problema.
 - Por exemplo, ambas doenças (HIV e Lepra) são preveníveis e passíveis de se controlar os danos. O HIV não tem cura, o que torna o seu tratamento mais dispendioso. Já a Lepra tem cura.
- Custo da intervenção: é função da disponibilidade de recursos. Em geral prevenir é mais eficaz e barato do que tratar.
 - Por ex: a sensibilização sobre abstinência, fidelidade e uso consistente do preservativo é bem mais barato que tratar casos de SIDA. O mesmo acontece em relação a Lepra.
- Impacto de saúde pública (nacional e internacional). Nas doenças infecciosas a imunidade e a saúde de um indivíduo protege a comunidade em volta. Por ex.: a vacinação contra o sarampo, protege a criança e impede a disseminação da infecção na comunidade. O tratamento precoce da malária, protege a família do doente de contrair a malária, pois quebra a possibilidade de o parasita chegar a formas sexuadas e completar o ciclo na próxima picada do mosquito.
 - Neste caso, o diagnóstico e tratamento precoce da Lepra protege a família do doente e outros contactos do doente de contrair a Lepra. O mesmo acontece com o HIV, o diagnóstico precoce e tratamento oportuno dos casos limita a disseminação da infecção pelo HIV e das infecções oportunistas. O tratamento visando a prevenção da transmissão vertical, reduz substancialmente o risco do recém-nascido nascer infectado.

- Importância percebida pelos utentes (a procura do público). O envolvimento e auscultação das comunidades permite também maior participação, envolvimento voluntário e maior impacto das intervenções.
 - Ambas doenças (Lepra e HIV) têm o seu estigma comunitário e tem sua importância do ponto de vista do utente.
- Outros assuntos que podem ser abordados são as consequências económicas, sociais e familiares.
 - Necessário nestes casos fazer uma avaliação, no entanto, de grosso modo, as consequências económicas, sociais e familiares são maiores na infecção pelo HIV que pela Lepra.

É neste sentido, que usando estas variáveis, poder-se-á concluir que a prioridade, num ambiente de escassos recursos, é para o HIV do que para a Lepra. Aqui foi dado exemplo com duas doenças, mas o mesmo exercício pode-ser efectuado para todas as doenças que o perfil epidemiológico mostrar e priorizar-se.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

5.1 O exercício de planificação envolve etapas específicas, nomeadamente:

1. A análise da situação
2. A priorização e análise dos problemas a resolver
3. A definição de objectivos ou metas
4. Preparação do plano de acção:
 - 4.1 A formulação das intervenções (definição das actividades e estratégias a executar
 - 4.2 Determinação da alocação de recursos
 - 4.3 Determinação do orçamento
5. Implementação
6. Monitoria e avaliação

5.2 A primeira etapa é a análise situacional que envolve a avaliação da situação actual de várias perspectivas a fim de se identificar os problemas existentes e sucessos anteriores. Nesta fase, procede-se com:

- Revisão dos planos e relatórios anteriores
- Análise dos dados do SIS locais
- Análise dos dados SIS provinciais
- Colheita de informação dos utentes e comunidade
- Análise de relatórios do governo local e da Direcção Provincial
- Análise de informação local em documentos de outros sectores

5.3 Após a identificação dos diversos problemas, é necessário fazer um exercício de reflexão conjunta para se seleccionar as prioridades. As prioridades devem ser seleccionadas usando-se uma Matriz Multivariada.

5.4 Na priorização dos problemas, em geral as prioridades serão para aqueles problemas com maior impacto negativo. Deve-se priorizar também os problemas considerados mais importantes a nível nacional e com maior impacto negativo na comunidade.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	9
Tópico	Planificação, Organização, Coordenação, Supervisão e Monitoria de Actividades e Serviços	Tipo	Teórica
Conteúdos	Etapas da Planificação – 2ª Parte Definição de Objectivos e Metas Elaboração do Plano de Acção	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever a etapa de “definição de objectivos e metas” desejáveis, do ciclo da planificação.
2. Descrever com exemplos o processo de definição de objectivos gerais e específicos (MARTES).
3. Descrever a etapa de preparação do plano de acção:
 - a. Formulação de intervenções (definição de actividades e estratégias a executar)
 - b. Determinação da alocação dos recursos
 - c. Determinação do orçamento
4. Descrever um plano anual do SNS, listando e explicando os vários componentes do mesmo.
5. Identificar os indicadores de desempenho para as actividades e para os objectivos definidos.
6. Avaliar se as actividades concorrem ou não para os objectivos do plano anual.
7. Atribuir responsabilidades para os membros de uma equipa.
8. Elaborar um cronograma viável de implementação do plano anual.
9. Explicar os riscos de elaboração de planos excessivamente ambiciosos.
10. Interpretar um cronograma e avaliar a viabilidade (incluindo identificar a precedência de actividades, sequência lógica, sobreposição de tarefas etc...).
11. Descrever de forma resumida, a etapa de implementação do plano de acção.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	3ª Etapa da Planificação - definição de Objectivos e Metas Desejáveis		
3	4ª Etapa - Elaboração do Plano de Acção		
4	O Plano Operativo Anual do SNS: Exercício		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolver o material):

- MISAU, Direcção nacional de planificação e cooperação, *Manual do curso integrado de planificação, monitoria e avaliação em sistemas de informação de saúde*, 1ª edição, Setembro 2009.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem

1.2 Apresentação da estrutura da aula

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: 3ª ETAPA DO CICLO DE PLANIFICAÇÃO – DEFINIÇÃO DE OBJECTIVOS E METAS DESEJÁVEIS

Esta etapa do ciclo de planificação, envolve a determinação dos objectivos gerais e dos objectivos específicos a alcançar. Para a realização desta etapa, é necessário que o colectivo reunido, tenha já uma imagem clara da situação de saúde no distrito (através da análise de situação) e que já tenha priorizado os problemas a resolver.

Como definir os objectivos?

Para responder a esta pergunta, é necessário que se conheça o significado de cada conceito, pelo que abaixo apresentam-se as definições:

- **Objectivo Geral:** o objectivo geral, estabelece de forma geral e abrangente, as intenções e os resultados esperados do programa, orientando o seu desenvolvimento. *Os objectivos gerais para o sector saúde já estão definidos no programa quinquenal do governo, cabendo ao trabalhar na elaboração dos objectivos específicos que concorrerão para o alcance dos objectivos gerais, tendo em conta o contexto local.*

Exemplo: Reduzir a taxa de prevalência de Lepra de 7 casos/10.000 habitantes, para menos de 2 casos /10.000 em todo país, até ao fim do ano de 2011.

- **Objectivo específico:** os objectivos específicos, constituem o conjunto de objectivos que devem ser traçados, de forma a alcançar os objectivos gerais. Resultam da concretização das actividades definidas.

Exemplo: Para alcançar o objectivo geral acima citado como exemplo, 2 objectivos específicos são definidos:

1. Aumentar a taxa de tratamento completo de 70% para 95%, no distrito de Moma, durante o ano de 2011;
2. Examinar 100% dos contactos intra-domiciliares de casos multibacilares, do distrito de Moma;
3. Expandir os pontos de tratamento comunitário da Lepra, dos 17 actuais para 30, até o mês de Outubro;

Os objectivos específicos, são definidos de tal forma, a que respondam ou resolvam a problemas prioritários (e respectivas causas), que impeçam o alcance do objectivo geral. Uma forma fácil de definir objectivos, é converter os problemas em afirmações. Ex: para o problema – fornecimento irregular de medicamentos, o objectivo seria, garantir o fornecimento regular de medicamentos.

Ao elaborar um objectivo específico, temos que ter em conta que este deve ser **mensurável** (possibilita a medição das actividades e recursos), **apropriado** (relaciona de maneira lógica os problemas com o objectivo geral), **realista** (tendo em conta os recursos disponíveis e os prazos de alcance), **temporal** (com o prazo de alcance claramente definido) e específico (identifica alvos concretos) - MARTES.

Os objectivos gerais, são geralmente estabelecidos a nível central e nalguns casos a nível provincial. No distrito, a equipa de planificação, deve trabalhar concretamente nos objectivos específicos, que o seu distrito deve atingir (tendo em conta os recursos disponíveis e as particularidades do distrito), para alcançar os objectivos gerais.

BLOCO 3: 4ª ETAPA DO CICLO DE PLANIFICAÇÃO - ELABORAÇÃO DO PLANO DE ACÇÃO

O Plano de acção, é geralmente elaborado numa forma de matriz padrão, usada por todas as instituições do SNS. A matriz pode eventualmente apresentar pequenas variações, mas em geral contém os seguintes dados:

- O problema
- O objectivo geral
- Os objectivos específicos
- As actividades
- O(s) indicadore(s) de monitoria das actividades
- A pessoa ou entidade chave responsável pela implementação
- Os recursos necessários
- O custo da actividade
- O Cronograma das actividades

Conforme referido anteriormente, o objectivo geral é definido em função do problema. Por sua vez, os objectivos específicos, são definidos em função do objectivo geral e as actividades a realizar são definidas em função de cada objectivo específico.

Os indicadores, são os instrumentos usados para avaliar a evolução de determinado programa, no concernente as actividades planificadas e metas estabelecidas.

Nesta etapa, o colectivo reunido no exercício de planificação, identifica após reflexão e discussão, sobre os problemas e objectivos, que actividades e ou estratégias, serão levadas a cabo para atingir os objectivos ou metas desejáveis. Para além disso, são determinados outros aspectos importantes como os recursos necessários, custo da actividade, pessoa ou pessoas responsáveis por cada actividade, e o cronograma das actividades.

3.1 A formulação das intervenções (definição das actividades e estratégias a executar)

Ao nível nacional, são elaboradas as actividades e estratégias que devem decorrer no SNS, em todo o país, como Campanhas de vacinação, campanhas de desparasitação, consultas de planeamento familiar, realização de brigadas móveis, entre outras. A província por sua vez, também elabora (quando necessário) directivas para todos os seus distritos, de acordo com o seu contexto geral e com as suas particularidades (Ex: prevalência de doenças específicas, calamidades naturais, etc).

No distrito, que é o local de implementação, o plano de acção é traçado de acordo com as directivas nacionais e provinciais, e ainda com base nas suas particularidades específicas (descrito na aula 7).

Exemplo: Para o objectivo específico (acima descrito): Expandir os pontos de tratamento comunitário da Lepra, dos 17 actuais para 30, até o mês de Outubro;

As seguintes actividades e estratégias podem ser traçadas:

- Formar 30 Agentes Comunitários de Saúde, em matéria de diagnóstico, suspeita e referência de Lepra, até o mês de Agosto;
- Elaborar material didáctico, para a formação dos Agentes Comunitários de Saúde;
- Solicitar a selecção de 30 voluntários por parte da comunidade;
- Solicitar a identificação de locais para estabelecimento dos pontos de tratamento na comunidade;

- Requisitar fundos para a construção dos pontos de tratamento;
- Requisitar medicamentos suficientes para os pontos de tratamento novos.

3.2 Determinação da alocação dos recursos e determinação do orçamento

A definição dos recursos necessários para a execução do plano, e o estabelecimento de limites temporais (cronograma), para o cumprimento do plano (execução das actividades), constitui um dos maiores desafios durante a elaboração do plano.

O colectivo, deve procurar ser o mais realista possível, e não elaborar planos muito ambiciosos, que depois não poderão ser cumpridos, quer por falta de recursos, quer por planificação deficiente. Como recursos temos:

- Recursos humanos (pessoa ou entidade chave responsável por determinada actividade);
- Recursos materiais (carros, material médico cirúrgico, medicamentos, estabelecimentos, etc);
- Tempo (tempo dos funcionários a alocar, tempo para a realização das actividades);
- Recursos financeiros, correspondente ao orçamento para a realização das actividades.

O colectivo deve ter o conhecimento real dos recursos disponíveis no período da planificação, e sempre que possível, conhecer as possíveis tendências de alteração dos recursos (transferências de pessoal, novos fundos provenientes de ONG, nova ambulância a ser enviada pela província, etc), para não elaborar planos com metas impossíveis de alcançar, o que irá aumentar o grau de incumprimento.

Outro aspecto que se deve ter em conta, é que na atribuição de responsabilidades e na definição do cronograma, é importante que se verifique disponibilidade actual dos recursos disponíveis.

No caso de recursos humanos por exemplo, é importante ter cuidado para não distribuir as tarefas de forma desequilibrada, e resultar em sobrecarga de trabalho para uns e falta de trabalho para outros. Também deve-se ter em conta as competências dos funcionários, para não atribuir responsabilidades a pessoas não preparadas. Ex: o técnico mais capacitado, ou com melhor desempenho, nem sempre é o melhor gestor, e ao atribuir outras actividades fora do contexto técnico, este pode dispersar-se e reduzir a qualidade de desempenho como técnico.

Ao elaborar o cronograma, devem ser evitadas sobreposições entre actividades que envolvam muitas pessoas (campanhas por exemplo), ou com actividades de outros sectores do distrito.

- Abaixo, apresenta-se um exemplo e em seguida um exercício, sobre a elaboração de um POA:

Tabela 1: Exemplo e exercício de elaboração de plano operativo anual

PROBLEMA: ALTO ÍNDICE DE MORTALIDADE MATERNA (700/100.000) NO DISTRITO DE NAMUNO (com CSI, sem bloco operativo anexo), EM 2010										
OBJECTIVO GERAL: REDUZIR A TAXA DE MORTALIDADE PARA (200/100.000) EM 2011										
Objectivo Especifico	Actividades	Indicadores de progresso	Responsável	Recursos	Custo	Fonte de financiamento	Cronograma			
							1º trim.	2º trim.	3º trim.	4º trim.
1. Fortalecimento do sistema de referência de mulheres grávidas á US pela comunidade	Estabelecimento de 5 casas de mães em espera de trabalho de parto	Número de casas de mãe espera estabelecidas	SDSMAS de Namuno	Matérias de construção locais, transporte, mão de obra, espaço para construção	2.500 por casa	Comunidade, fundo de ONGs	x	x	x	
	Formação de 30 parteiras tradicionais	Número de parteiras tradicionais formadas	MCD e Chefe distrital do programa de SMI	Material de formação e didáctico, lanches, 2 formadoras, sala para formação, subsídio de transporte para PTs	32.000	Fundo de ONGs locais	x			
2. Melhoria da capacidade de diagnóstico de ARO, e de manejo de complicações obstétricas pelas ESMI locais										
3. Garantir condições logísticas para a evacuação atempada de mulheres grávidas com complicações obstétricas										

Conforme ilustra a tabela, para cada objectivo específico, podemos ter mais de uma actividade a realizar, e podem estar envolvidos recursos de natureza diferente, como funcionários de sectores diferentes ou fundos de fontes diferentes. Outro aspecto a enfatizar, é que nem todas as actividades planificadas devem acontecer ao longo de todo ano, por exemplo, na tabela acima, a construção de casas de Mães em espera de trabalho de parto foi planificada para decorrer nos 3 primeiros trimestres, enquanto que a formação de parteiras tradicionais foi planificada para decorrer apenas no primeiro trimestre.

Os planos operacionais semestrais, trimestrais e mensais, derivam do plano anual, e estes, podem sofrer alteração, em função do grau de execução do plano nos períodos anteriores, e de outros factores diversos relacionados com a disponibilidade de recursos, surgimento de eventos ou situações não planificadas, entre outros.

Por exemplo, pode-se dar o caso, de o distrito receber fundos não previstos (da comunidade, de ONGs locais). Neste caso, a equipa deverá replanificar-se no sentido de realizar as actividades que estavam de fora, por falta de recursos e que já podem ser realizadas.

Um erro, seria pensar que o ajuste periódico dos planos, deveria contemplar a realização de todas as actividades que não se conseguiu realizar no período anterior, sem ter em conta a disponibilidade de pessoal, recursos financeiros, tempo e as outras actividades já planificadas. Os planos devem ser os mais próximos da realidade possível.

BLOCO 4: O PLANO OPERATIVO ANUAL (POA) DO SNS: EXERCÍCIO (60min)

Orientações para o docente:

- Com base no exemplo acima apresentado, oriente os alunos para que em grupos de 4 a 6, preencham os dados em branco na tabela, referentes aos objectivos 2 e 3, listados para combater o problema apresentado.
- Os grupos deverão realizar o trabalho em 20 minutos, e no final deverão entregar uma versão finalizada do trabalho para correcção posterior;
- Não é necessário que perca tempo para procurar determinar o custo financeiro exacto, uma estimativa é suficiente;
- Nos 40 minutos remanescentes, selecione aleatoriamente 2 grupos para apresentar as duas partes do exercício em plenária, seguindo-se depois a fase de discussão com toda a turma;
- Procure saber dos alunos que outras actividades listariam para o objectivo 1, caso estivessem colocados em cargos de direcção e chefia num distrito com o mesmo problema.
- Procure orientá-los de tal forma que a discussão seja em torno de aspectos reais relacionados com o problema apresentado.

Após a elaboração do plano de acção, segue-se a fase de implementação do mesmo. A implementação do plano de acção duma equipa de saúde, corresponde às actividades realizadas (actividades curativas, de gestão, de prevenção, de promoção de saúde) no dia-a-dia de trabalho da equipa, e são descritas ao longo da formação do TMG. Na aula seguinte, será a descrita a última etapa do ciclo de planificação, correspondente à monitoria.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 6.1** A terceira etapa da planificação, corresponde à definição dos objectivos a alcançar para a resolução dos problemas. Nesta fase são definidos os objectivos gerais, que estabelecem de forma geral e abrangente, as intenções e os resultados esperados do programa, e os objectivos específicos, que constituem o conjunto de objectivos que devem ser traçados, de forma a alcançar os objectivos gerais. Na sua maioria, os objectivos gerais, são traçados à nível central.
- 6.2** A quarta etapa da planificação, consiste na elaboração do plano de acção, e envolve as seguintes sub-etapas:
- A formulação das intervenções (definição das actividades e estratégias a executar)
 - Determinação da alocação de recursos
 - Determinação do orçamento
- 6.3** O Plano Operativo Anual, é geralmente elaborado numa forma de matriz padrão, usada pelas instituições do SNS. A matriz pode eventualmente apresentar pequenas variações, mas em geral contém os seguintes dados:
- O problema
 - O objectivo geral
 - Os objectivos específicos
 - As actividades
 - O(s) indicador(es) de monitoria das actividades
 - A pessoa ou entidade chave responsável pela implementação
 - Os recursos necessários
 - O custo da actividade
 - O Cronograma das actividades
- 6.4** Ao elaborar o plano de acção o colectivo deve ter o conhecimento real dos recursos disponíveis no período da planificação, e sempre que possível, conhecer as possíveis tendências de alteração dos recursos (transferências de pessoal, novos fundos provenientes de ONG, nova ambulância a ser enviada pela província, etc), para não elaborar planos com metas impossíveis de alcançar, o que irá aumentar o grau de incumprimento.
- 6.5** A quinta etapa do ciclo de planificação, é de implementação do plano de acção, e corresponde às actividades realizadas (actividades curativas, de gestão, de prevenção, de promoção de saúde) no dia-a-dia de trabalho da equipa, e são descritas ao longo da formação do TMG.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	10
Tópico	Planificação, Organização, Coordenação, Supervisão e Monitoria de Actividades e Serviços	Tipo	Teórica
Conteúdos	Etapas da Planificação – 3ª Parte Monitoria de Desempenho dos Planos Anuais	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Explicar o objectivo da monitoria dos planos anuais.
2. Explicar e descrever os passos para monitoria sistemática dos planos, incluindo:
 - a. Colheita de informação;
 - b. Análise de informação;
 - c. Seguimento das acções implementadas;
 - d. Implementação de acções correctivas.
3. Elaborar relatórios de desempenho.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Monitoria de Desempenho do Plano Anual: Conceitos Gerais e Objectivos		
3	Passos para a Monitoria Sistemática do Plano Anual no SNS		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolver o material):

MISAU, Direcção nacional de planificação e cooperação, *Manual do curso integrado de planificação, monitoria e avaliação em sistemas de informação de saúde*, 1ª edição, Setembro 2009.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2. Apresentação da estrutura da aula
- 1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: MONITORIA DE DESEMPENHO DO PLANO ANUAL: CONCEITOS GERAIS E OBJECTIVOS

2.1 Conceitos gerais

O processo de monitoria, é um elemento essencial em qualquer programa que procura alcançar os seus objectivos de uma maneira mais efectiva e eficiente. A monitoria, se complementa com um outro processo, denominado avaliação, e ambos permitem colher informações sobre a evolução de um determinado programa, medir a sua eficácia e impacto e melhorar a sua gestão, contudo apresentam algumas diferenças que devem ser esclarecidas:

A avaliação propriamente dita, é um processo periódico, de análise das actividades em curso ou já realizadas, que permite julgar a natureza dos seus resultados e colher lições que permitam melhorar estratégias, planos, acções e decisões.

Por outro lado, **a monitoria é um processo contínuo de recolha e análise de informações sobre a implementação das actividades de um determinado programa ou plano, que nos permite saber se o programa está seguir o curso correcto, e se é necessário alguma intervenção atempada para corrigir eventuais falhas.** Esta, é uma actividade que dentro do SNS, deve ocorrer a todos os níveis (US, direcções distritais e províncias, órgãos centrais), e de forma rotineira.

Dentro do ciclo de planificação, a monitoria corresponde a última etapa, que só ocorre depois da fase de implementação do plano de acção.

2.2 Objectivos

Conforme referido acima, o processo de monitoria, tem como principais objectivos a obtenção de informação sobre a evolução de um determinado programa, a identificação de falhas e determinação de medidas a implementar para resolvê-las. Por outras palavras, a monitoria tem como objectivos, responder as seguintes perguntas:

- Até que ponto e com que ritmo as actividades planificadas estão a ser realizadas?
- Estão a ser verificados progressos em prol do alcance dos objectivos planificados?
- Será que os serviços estão sendo implementados adequadamente e com qualidade?
- Quais são os serviços com alto ou baixo grau de implementação?
- Quais são os impedimentos ou causas do baixo grau de implementação?
- Quem são os responsáveis pela implementação das actividades que estão num bom ou mau curso?
 - Até que ponto o curso das actividades está a ser influenciado pelos responsáveis?
 - Que apoios necessitam os responsáveis?
- Qual é o custo dos serviços?

- Será que na prática a implementação dos serviços exige mais recursos do que os planificados?

BLOCO 3: PASSOS PARA MONITORIA SISTEMÁTICA DO PLANO ANUAL NO SNS

Conforme referido acima, o exercício de monitoria, é realizado de forma contínua e sistemática. De igual forma, a monitoria de um plano operativo anual, ou seja, a monitoria das actividades de uma unidade sanitária (ou outras instituições como direcção distrital e provincial) deve ser feita de forma contínua e faseada ao longo de todo ano, e não somente no final deste período.

O que está estabelecido no SNS, é que as instituições (US, direcções distritais, etc), devem:

- Apresentar um sistema organizado de recolha e análise de dados mensais, e documentar as constatações;
- Elaborar relatórios mensais e enviar um exemplar para os níveis de referência de dados.

Assim, a informação é gradualmente transferida das US para a direcção distrital, desta para a direcção provincial, e por fim para os órgãos centrais.

No fim do período estabelecido para execução do plano (um ano, neste caso), os dados são agregados e compilados num único relatório. Este processo só é bem-sucedido, quando ao longo do ano as actividades são monitoradas de forma contínua.

Os passos para a monitoria de desempenho de um plano são apresentados abaixo, com enfoque nas unidades sanitárias de nível primário e secundário e direcção distrital :

3.1 Colheita de informação

Antes de falar concretamente no processo de recolha de dados, é necessário enfatizar que para que os dados sejam colhidos de forma correcta, e transmitam informação verdadeira, é necessário que os registos sejam bem-feitos. Por esta razão, em todos os serviços das unidades sanitárias, é importante que o pessoal envolvido tenha o cuidado de fazer os registos de forma sistemática e rotineira, de tal forma que os mesmos estejam sempre actualizados, claros e legíveis.

Quais são as fontes de dados mais usadas nas unidades sanitárias ?

As principais fontes de dados das unidades sanitárias, são os livros de registo de cada serviço. Dependendo do tipo de unidade sanitária, os livros de registo variam e podem ser :

- Serviços de internamento : livros de registo por serviço ou enfermaria ;
- Bloco operatório : livro de registos do bloco operatório para grande e pequena cirurgia;
- Banco de Socorros: livro de registo do banco de socorros ;
- Laboratório : livro de registo do laboratório
- Consulta externa: livro de registo de pediatria, de medicina, de cirurgia, e outros de acordo com os tipos de serviços clínicos prestados na unidade sanitária ;
- Outros, de acordo com o tipo e estrutura da unidade sanitária.

De acordo com a organização da unidade sanitária podem haver outros livros de registo, por exemplo, o banco de socorros de determinada unidade sanitária pode apresentar um livro específico para casos de trauma, e um livro para pequena cirurgia, para além do livro geral.

Outros documentos como processos clínicos, cartões dos doentes (ex :cartão de vacina da criança, cartão de seguimento de tuberculose), fichas diversas (ex : ficha da consulta pré-natal), também são usados como fonte de dados, daí a importância de preenchê-los correctamente e com toda informação útil.

O processo de registo e recolha de dados nas unidades sanitárias, pode variar de acordo com a organização e tipo de cada unidade sanitária. Por vezes, é possível ter alguém específico para realizar estas actividades, mas na maior parte dos casos, são os próprios técnicos de saúde que têm de realizar esta actividade. De qualquer forma, o importante é que haja participação de todo o pessoal envolvido na produção, registo e recolha dos dados. É importante que o registo seja feito de forma sistemática, concisa e legível, sempre depois da realização das actividades, para evitar erros.

3.2 Análise da informação

Após a recolha da informação, os dados são agregados em fichas ou impressos de resumo (ex: ficha resumo mensal de SMI), padronizados dentro do SNS.

A análise dos dados de cada unidade sanitária, é feita a partir destes impressos de resumo, e após de se concluir que os dados são **completos, correctos, consistentes e atempados**, procede-se com a sua transcrição para a versão informatizada do módulo básico do SIS, que produz um relatório geral de todo o distrito.

O relatório distrital produzido pelo módulo básico, é analisado, ao nível do SDSMAS, para balanço da implementação do plano de acção distrital.

Mas antes de analisar e interpretar os dados, é necessário verificar se reflectem a realidade, pois dados errados não são úteis para avaliação e análise do desempenho dos planos, e ainda por cima, podem levar a erros de planificação, e por conseguinte, má aplicação dos recursos.

Como verificar se os dados são reais ?

Para verificar se os dados são reais, primeiro é necessário observar com atenção os impressos e verificar se :

- **Os dados estão completos** : para verificar se os dados são completos, algumas perguntas importantes são as seguintes :
 - Foram preenchidos todos os dados solicitados?
 - Existe alguma diferença entre os dados na fonte e nos impressos?
 - Há dados não registados na fonte?
 - Os indicadores previstos são calculados?
- **Os dados estão correctos e consistentes**: para verificar se os dados são correctos e consistentes, algumas perguntas importantes são as seguintes:
 - Há erros de cálculo , por exemplo na soma dos dados totais?
 - Há grandes variações de dados na mesma unidade sanitária ? Por exemplo nos meses anteriores reportava 200 consultas pós-parto e no mês actual reporta 1300;
 - Os dados são registados obedecendo as definições padrão? Por exemplo definição de morte materna, de cólera, de diarreia, etc.
 - Os dados são lógicos ? Por exemplo: seria absurdo notificar-se circuncisões na maternidade.
- **Os dados são atempados** : os dados são referentes a este período? Por exemplo: determinado sector não reportou número de casos de doenças crónicas no período anterior e acrescenta o dado no resumo actual, tal acto não é correcto, pois os dados devem ser referentes ao período em análise.

Depois de identificar os erros é necessário corrigi-los, e encontrar as suas causas para prevenir erros futuros.

Após a verificação da fiabilidade dos dados deve-se proceder com a sua análise.

Com base nos dados colhidos nas fontes, é possível calcular os indicadores estabelecidos por sector ou actividade. Os indicadores nas unidades sanitárias podem ser de produtividade (ex : taxa de ocupação de camas, rendimento médio por camas, número de cirurgias, número de consultas) e de eficiência e qualidade (ex : taxas de mortalidade geral ou por serviço, taxas de letalidade específicas por doença).

A análise dos dados deve ser feita de acordo com os objectivos traçados, através da verificação do grau de implementação das actividades preconizadas para o seu alcance e controle dos indicadores de monitoria de desempenho.

Exemplo : para o objectivo: reduzir a taxa de mortalidade por tuberculose em pacientes com HIV. É importante verificar se o despiste de tuberculose está a ser realizado em todos os pacientes com HIV. Para tal, deve-se verificar o total de casos de HIV internados no período em estudo, e o indicador seria o número de casos de HIV, que foi testado para tuberculose (que fez BK).

3.3 Seguimento das acções implementadas

O seguimento das acções implementadas, permite identificar as razões que estão por detrás dos resultados obtidos. Maior atenção é prestada para as áreas com mau desempenho, de forma a identificar erros de implementação e corrigi-los.

Exemplo: Identifica-se que o número de pacientes que abandonam o tratamento para tuberculose é elevado. O colectivo, reflecte sobre as possíveis causas :

- Será que o aconselhamento dos pacientes está a ser realizado conforme preconizado ?
- Será que o aconselhamento que se faz não é adequado ?
- Será que a pessoa responsável está capacitada para tal ?
- Será que as buscas activas de pacientes faltosos na comunidade estão sendo realizadas ?
- Será que há algum problema com os medicamentos que esteja a criar efeitos adversos anormais, provocando o abandono dos doentes ?
- Será ? Será ?

Após a identificação do(s) problema(s), segue-se a fase de tomada de decisões para resolver o problema. A monitoria contínua, permite identificar os problemas e fazer alterações na planificação de forma a resolvê-los. Quando não é feita de forma contínua, os problemas se acumulam e quando são identificados, já estão numa fase em que a resolução dos mesmos é muito difícil, ou algumas vezes impossível.

3.4 Implementação de actividades para corrigir os problemas

O objectivo final do processo de monitoria, é identificar falhas ou problemas para poder corrigi-las. A simples identificação de problemas, sem a implementação de actividades para solucioná-los, não tem valor, em termos de produção de resultados positivos.

Conforme referido na aula 7, é necessário identificar os problemas primários, e depois fazer uma análise para encontrar todos os problemas secundários, que estão por detrás dos mesmos. Uma árvore de problemas, é um método bom para fazer o exercício.

Perante uma lista de problemas, é necessário definir as prioridades, ou seja, os problemas para os quais devemos definir acções a implementar para a sua resolução.

Ao definir as prioridades, devemos ter em conta primeiro os problemas com maior impacto negativo, contudo, nem sempre, estes devem ser as áreas para as quais direccionamos mais esforços. A nível local, deve-se também ter em conta, os problemas que se podem resolver rapidamente, com os recursos locais e sem elevado custo adicional, pois pelo menos para este grupo de problemas pode-se garantir solução.

Exemplo :

Problema 1 : a taxa de cobertura vacinal com a vacina pentavalente (DTP-HepB-HiB) reduziu no último mês.

Após uma análise das actividades em torno deste problema, verifica-se que apesar de se terem enviado requisições mensais e de urgência, o depósito provincial, não enviou as vacinas por falta de stock. O responsável provincial do PAV, informa que a nível central, já não há stock porque houve problemas de fundos para a sua aquisição, e que esforços estão sendo aplicados para resolver o problema.

Problema 2 : a taxa de cobertura vacinal com BCG reduziu, apesar da disponibilidade de stock no depósito distrital.

Após a análise do problema, constata-se que a enfermeira chefe da maternidade, que era responsável por administrar a vacina aos recém-nascidos na maternidade está de férias, e que a sua substituta não tem realizado esta tarefa.

Neste caso, apesar de os dois problemas serem importantes, e se calhar o primeiro mais importante porque envolve 5 vacinas, enquanto que o segundo envolve apenas uma, a prioridade deveria ir para o problema 2, pois, é o problema que se pode resolver de forma rápida, com os recursos locais e sem custo adicional. Uma simples chamada de atenção e capacitação em trabalho da enfermeira substituta da enfermeira chefe, poderá resolver o problema. Por outro lado, o problema com a vacina pentavalente não deve ser prioridade actual, pois a nível local, não estão disponíveis recursos nem alternativas para resolvê-lo. Trata-se de uma prioridade sim, mas para o nível central de gestão do SNS, pelo que deve ser referido.

3.5 Elaboração de relatórios de desempenho

Os relatórios são documentos que contêm dados analisados, constatações, comentários, observações e indicadores, para poder comunicar e disseminar a informação aos gestores do SNS, e aos demais utilizadores.

Os relatórios no SNS, obedecem a modelos padrão, estabelecidos para as unidades sanitárias e para as instituições gestoras, de qualquer forma, todos os relatórios devem conter as seguintes partes :

a) Introdução :

Consiste na apresentação do perfil da unidade sanitária, através da descrição dos seguintes dados:

- Nível de prestação de serviços e tipo de unidade sanitária;
- Localização geográfica, população de captação e posicionamento no sistema de referências ;
- Informação sobre os serviços disponibilizados na unidade sanitária;
- Informação sobre recursos materiais (equipamentos de diagnóstico, ambulâncias, número de camas, etc) ;
- Informação sobre os recursos humanos alocados à unidade sanitária.

b) Desenvolvimento :

Consiste na apresentação de dados sobre o desempenho da unidade sanitária, essencialmente em forma de texto, tabelas, gráficos, diagramas. Os dados apresentados, são geralmente os seguintes :

- Indicadores de produtividade da unidade sanitária em geral e sectoriais (número de transfusões efectuadas, número de consultas de cirurgia efectuadas, número total de consultas da unidade sanitária), sua interpretação (em função dos recursos disponíveis e das metas estabelecidas), sua evolução comparativamente aos períodos anteriores ;
- Indicadores de eficiência e qualidade da unidade sanitária em geral e sectoriais (ex :tempos de espera da consulta externa, da farmácia e laboratório, taxas de letalidade), sua interpretação (em função dos recursos disponíveis e das metas estabelecidas), sua evolução comparativamente aos períodos anteriores ;
- Dados sobre execução orçamental (ex :gastos com pessoal, com aquisição de consumíveis, com manutenção da unidade sanitária);
- Dados sobre liderança e chefia (ex :número de colectivos restritos e alargados realizados, número de reuniões gerais com trabalhadores);
- Dados sobre gestão de recursos humanos (ex : informação sobre promoções e progressões dos funcionários, transferências);
- Dados sobre interacção com a comunidade, governo local e outras entidades influentes (ex : reuniões coma comunidade, com líderes religiosos, formações ou encontros efectuados com praticantes de medicina tradicional).

c) Conclusão :

Consiste na apresentação de dados de balanço das actividades da unidade sanitária :

- Constrangimentos - ex : insuficiência de fundos e de pessoal, demanda superior às capacidades da unidade sanitária, alta taxa de letalidade por HIV, desnutrição na pediatria, etc ;
- Acções implementadas para solucionar os constrangimentos - ex : reforço da equipa clínica na pediatria, capacitação de clínicos e enfermeiros em matéria de HIV e em matéria de manejo de desnutrição ;
- Avanços - ex : instalação de um centro de reabilitação nutricional, pintura da enfermaria de maternidade, redução do tempo de espera na farmácia de 30 para 7 minutos;
- Planos para o futuro e desafios: pintura das enfermarias de medicina e cirurgia, reabilitação da cozinha, aquisição de fogões a gás para a cozinha, redução das taxas de letalidade na pediatria, instalação de um quarto para berçário ;

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1** A monitoria é um processo contínuo de recolha e análise de informações sobre a implementação das actividades de um determinado programa ou plano, que nos permite saber se o programa está seguir o curso correcto, e se é necessária alguma intervenção atempada para corrigir eventuais falhas.
- 4.2** A monitoria do plano operativo anual de uma unidade sanitária (ou instituição gestora), deve ser feita de forma contínua e faseada ao longo de todo ano, de forma a garantir que os problemas sejam resolvidos gradualmente, e que os objectivos sejam alcançados.
- 4.3** O processo de registo e recolha de dados nas unidades pode variar de acordo com a organização e tipo de cada unidade sanitária. Por vezes, é possível ter alguém específico para realizar estas actividades, mas na maior parte dos casos, são os próprios técnicos de saúde que têm de realizar esta actividade, de qualquer forma, o importante é que os dados sejam registados de forma concisa, correcta, atempada e legível, e que haja coordenação entre as pessoas envolvidas no processo de produção, registo e recolha de dados.
- 4.4** Antes de analisar e interpretar os dados, é necessário verificar se reflectem a realidade, pois dados errados não são úteis para avaliação e análise do desempenho dos planos, e ainda por cima, podem levar a erros de planificação, e por conseguinte, má aplicação dos recursos.
- 4.5** A análise dos dados deve ser feita de acordo com os objectivos traçados, através da verificação do grau de implementação das actividades preconizadas para o seu alcance e controle dos indicadores de monitoria de desempenho.
- 4.6** Quando feita de forma contínua, a monitoria permite a identificação e resolução atempada dos problemas.
- 4.7** Os relatórios são documentos que contêm dados analisados, constatações, comentários, observações e indicadores, para poder comunicar e disseminar a informação aos gestores do SNS, e aos demais utilizadores. Dentro do SNS, estão definidos modelos padrão para a sua elaboração.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	11
Tópico	Planificação, Organização, Coordenação, Supervisão e Monitoria de Actividades e Serviços	Tipo	Teórica
Conteúdos	Gestão do Tempo da Equipa de Saúde Introdução a Gestão de Recursos Humanos Processos Individuais dos Funcionários e Agentes do Estado	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

Sobre a Gestão do tempo da equipa de saúde:

1. Explicar a importância da gestão do tempo de uma equipa de saúde.
2. Descrever os principais instrumentos usados na gestão do tempo de uma equipa de saúde : horário de funcionamento, planos de trabalho, escalas de serviço.
3. Para cada um dos instrumentos citados no ponto 2:
 - a) Explicar o objectivo e a utilidade ;
 - b) Explicar as considerações chave para orientar a elaboração, e dar exemplos.
4. Elaborar um plano de férias.

Sobre a gestão dos recursos humanos e processos individuais dos funcionários e agentes do estado:

1. Definir a gestão e administração de recursos humanos;
2. Explicar o objectivo de gestão de recursos humanos;
3. Explicar a interligação da administração e gestão de recursos humanos;
4. Listar o conteúdo de um processo individual.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Gestão do Tempo da Equipa de Saúde: Considerações Gerais		
3	Gestão do Tempo da Equipa de Saúde - Horário de Funcionamento		
4	Gestão do Tempo da Equipa de Saúde - Planos de Trabalho		
5	Gestão do Tempo da Equipa de Saúde – Escalas de Serviço		
6	Gestão do Tempo da Equipa de Saúde – Plano de férias		
7	Introdução a Gestão de Recursos Humanos		
8	Processos Individuais dos Funcionários		
9	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolver o material):

- McMahon R. Barton E. Piot M. Sendo um líder: um guia para a gestão no cuidado primário (On being in charge: a guide to management in primary health care). Geneva: Organização Mundial de Saúde; 1992.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1. Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem

1.2. Apresentação da estrutura da aula

1.3. Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: GESTÃO DO TEMPO DA EQUIPA DE SAÚDE – CONSIDERAÇÕES GERAIS

O tempo é o recurso mais escasso e mais valioso que existe para uma equipa de trabalho, por isso, aprender a administrar o tempo é um dos melhores investimentos que se pode fazer, particularmente quando o pessoal é insuficiente para suprir a demanda de trabalho, como é o caso da maior parte das equipas de saúde do país.

Para a melhor gestão do tempo, é necessário planificar como usá-lo. Planear o tempo significa saber o que se quer fazer e ordenar as acções para a realização da maior quantidade de actividades, no menor tempo para se atingir os objectivos.

O tempo de trabalho é organizado em função das prioridades e das obrigações de cada funcionário e da equipa inteira. O essencial é saber gerir o tempo eficazmente de forma a atingir o equilíbrio entre as responsabilidades profissionais individuais e colectivas da equipa.

E sabido, que muitas vezes o problema não é a falta de tempo, mas sim o mau uso que se faz dele. Um exemplo comum nas unidades sanitárias, é o desperdício de tempo nas primeiras horas da manhã, com as ocorrências de serviço. Ao invés de usar as ocorrências como uma forma rápida de apresentar pontos focais à equipa de entrada (doentes que necessitem de maior atenção, recomendações dos clínicos, inventário, etc), o pessoal de saúde, tende a transformá-las em reuniões de trabalho, resultando no gasto inoportuno de tempo e atraso do atendimento ao público.

Ao planificar o tempo, também é importante recordar o lado pessoal do trabalhador, suas obrigações familiares, sociais, de formação, pois, todos estes aspectos são importantes para o bem estar e motivação do funcionário, e por conseguinte para o seu desempenho.

A planificação do tempo tem os seguintes objectivos:

- Realizar mais trabalho durante o tempo disponível;
- Realizar as tarefas mais importantes durante o tempo disponível;
- Identificar quem deve fazer o quê, e em que período ;
- Identificar as principais fontes de desperdício do tempo;
- Controlar a sequência dos acontecimentos;
- Aumentar a quantidade de tempo disponível para actividades focais;

Nesta aula, serão descritos 3 métodos práticos de gestão de tempo de uma equipa de saúde : a escala de serviços, o plano de trabalho e o horário de funcionamento. Um outro método de gestão de tempo, a delegação de funções será descrito nas aulas seguintes.

BLOCO 3: GESTÃO DO TEMPO DA EQUIPA DE SAÚDE – HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

O estabelecimento de um horário de funcionamento de uma unidade sanitária, é uma actividade útil e importante não só para a gestão do tempo da equipa de trabalho como também para melhorar a organização da unidade sanitária e ainda a planificação do tempo dos utentes da unidade sanitária (para os casos não urgentes).

O horário de funcionamento, é um documento que fica à disposição de todos os funcionários e do público, e é geralmente afixado em locais chave na unidade sanitária. Deve ser elaborado, obedecendo-se às normas de atendimento público, estabelecidas pelo governo (horários de entrada e de saída na função pública, intervalo para almoço, etc). Na sua elaboração, é importante que haja envolvimento da equipa implementadora, pois estes são os que conhecem melhor a natureza do trabalho, o tempo real gasto para a realização das actividades, a demanda, etc.

Tem os seguintes objectivos:

- Garantir que as actividades de rotina da unidade sanitária sejam realizadas dentro do tempo previsto;
- Garantir que os horários de funcionamento da unidade sanitária (horários de visita aos doentes, horário de funcionamento da consulta externa, horário de realização de ecografias, horário de entrega de amostras no laboratório, etc) sejam conhecidos pelo público;
- Evitar enchentes e longos tempos de espera na unidade sanitária, pois com o conhecimento do horário de funcionamento, os utentes podem planificar melhor o horário de chegada à US, de acordo com os serviços procurados;
- Evitar enchentes desnecessárias nos serviços de urgência, poupando tempo precioso para atender os casos de urgências;
- Permitir que as equipas de trabalho de alguns sectores (laboratório, enfermarias) que necessitam de tempo para trabalhar sem a presença do público, se organizem melhor para realizar as suas actividades, sem ter de estar constantemente em interrupções;
- Melhorar a gestão do espaço e a coordenação intersectorial, dentro da unidade sanitária. Ex: um mesmo gabinete pode ser utilizado para realizar ecografias no período da manhã e consultas de medicina no período da tarde.

Abaixo, apresenta-se um extracto de um exemplo de um horário de funcionamento do serviço de Saúde materno-infantil:

Tabela 1: Horário de funcionamento do serviço de SMI do Centro de Saúde de Lugela.

Horário	Actividade
07:00 – 07:30	Palestras de saúde e entrega de senhas de atendimento
07:30 – 12:00	Consultas pré – natais
12:00 – 13:30	Consultas pós – parto e de planeamento familiar
13:30 – 15:30	Consultas da criança em risco

Pelo exemplo acima, é possível ver que a distribuição do tempo, é feita em concordância com o volume de actividades. Neste caso por exemplo as consultas pré-natais são realizadas durante 4:30 h, enquanto que as consultas de Planeamento familiar e pós-parto, são realizadas em 1:30 h. Naturalmente que a equipa de saúde em serviço deve ser flexível, e sempre que possível permitir que os utentes que procuram mais de um serviço no sector, sejam atendidas duma só vez . Por exemplo, realizar a consulta de planeamento familiar da mãe e a consulta da criança em risco da filha de uma vez.

O horário indica os períodos correspondentes aos diversos serviços oferecidos no sector de SMI. Com o horário, é possível gerir melhor o tempo dos trabalhadores, pois na maior parte das vezes, as diversas actividades são realizadas pela mesma pessoa. Também facilita na gestão do espaço (gabinetes, salas de espera). Neste caso por exemplo, o mesmo gabinete que no período da manhã serve para consultas pré-natais, pode ser usado para consultas da criança em risco no período da tarde.

O estabelecimento do horário, também influencia na adesão do público aos serviços de saúde. Neste exemplo, o conhecimento do horário permite que as utentes do serviço de saúde materno-infantil, se

organizem melhor e se dirijam à US, apenas pouco antes do horário de atendimento. Desta forma, a adesão deste grupo aos serviços preventivos de saúde aumenta, pois as enchentes e tempos de espera reduzem, e os utentes saem mais felizes das US.

BLOCO 4: GESTÃO DO TEMPO DA EQUIPA DE SAÚDE – PLANOS DE TRABALHO

O plano de trabalho, consiste numa representação escrita, da organização e distribuição temporal e espacial das actividades a serem realizadas, por um trabalhador, por uma equipa de trabalho, ou por várias equipas de trabalho de uma instituição, como por exemplo uma unidade sanitária.

Nas aulas anteriores, foi descrito o plano de acção anual, seus componentes e etapas de elaboração. O plano de trabalho, é elaborado em concordância com o plano de acção, contudo ao contrário deste que contém objectivos gerais e específicos a realizar e outros aspectos como recursos financeiros, etc, o plano de trabalho, é baseado nas actividades correntes ou rotineiras que devem ser realizadas, por uma determinada equipa, num determinado período temporal (dia, semana, mês, etc), e em determinado local, para se atingir os objectivos planificados.

Conforme referido acima, o plano de trabalho pode ser individual, ou pode ser colectivo. Este deve ser elaborado pelos implementadores, em coordenação com os outros sectores, e obedecendo sempre às normas institucionais.

Tem os seguintes objectivos, e responde as seguintes perguntas:

- Listagem das tarefas ou actividades de rotina a serem realizadas por um trabalhador ou equipa, respondendo a pergunta: O QUE FAZER?
- Distribuição temporal (ao longo do dia, semana, mês, etc), das actividades de rotina a serem realizadas por um trabalhador ou equipa, respondendo a pergunta: QUANDO FAZER?
- Distribuição espacial (comunidade, enfermaria, direcção), das actividades de rotina a serem realizadas por um trabalhador ou equipa, respondendo a pergunta: ONDE FAZER?
- Monitoria e seguimento do grau de cumprimento do plano, respondendo à pergunta: ESTOU A CUMPRIR DEVIDAMENTE COM O MEU TRABALHO?

Abaixo apresenta-se 2 exemplos de planos de trabalho semanais: um plano individual e um plano sectorial.

Tabela 2: Exemplo de um plano de trabalho diário do laboratório do Hospital Rural de Cuamba

Horário	Actividade	Responsável
07:00 – 07:30	Recepção de amostras das enfermarias	Agente de serviço Tobias
07:30 – 08:30	Recolha de amostras externas	Agente de serviço Tobias
	Colheita de sangue para análises externas	Tc Godofredo
08:30 – 10:30	Processamento de amostras de baciloscopia	Tc Crisanto
	Processamento de amostras de hemograma e de bioquímica	Tc Godofredo
10:30 – 12:30	Entrega de resultados de análises das enfermarias	Ag de serviço Tobias
	Entrega de resultados de análises externas	
	Processamento de amostras de urina	Tc Alberto
	Processamento de amostras de fezes	Tc Crisanto
12:30 – 13:30	Registo dos resultados nos livros	Todos os técnicos
13:30 – 15:30	Preparação de reagentes	Tc Crisanto
	Manutenção dos aparelhos	Tc Godofredo
	Lavagem dos equipamentos	Tc Alberto
15 : 30 – 7 :00	Urgência de Chamada	Tc Alberto

Ao contrário do horário de funcionamento dos serviços, que é disponibilizado ao público, e aos outros sectores, o plano de trabalho sectorial, é direccionado ao consumo da equipa, para melhor coordenação e planificação das actividades, entre os membros, de tal forma, a que cada um saiba, o

que deve fazer, quando e onde, deve fazer. O plano também permite monitorar as actividades de toda equipa, e é uma forma rápida de identificar as lacunas resultantes da ausência de um dos membros da equipa, para se poderem fazer os ajustes.

Tabela 3: Plano semanal de trabalho do Director do Centro de Saúde de Nova Mambone

Dia da Semana	Horário					
	07:00 – 07:15	07:15 – 09:30	9:30 – 12:30	13:00 – 14:00	14:00 – 15:30	
Segunda	Ocorrências do Hospital	Visita na enfermaria de medicina	Consulta de Medicina	Audiências internas	Despacho de expediente	
Terça	Ocorrências do Hospital	Visita na enfermaria de medicina	Consulta de Pediatria	Audiências ao público	Despacho de expediente	
Quarta	Ocorrências do Hospital	Participação na sessão ordinária do governo distrital	Colectivo restrito	Audiências internas	Despacho de expediente	
			Audiências ao público			
Quinta	Ocorrências do Hospital	Visita na enfermaria de medicina	Consulta de Pediatria	Reunião de comité TARV	Despacho de expediente	
Sexta	Ocorrências do Hospital	Visitas de supervisão às unidades sanitárias periféricas				
Sábado	08:00 -10:00	Reunião com a comunidade/ ou com outros parceiros				

Este tipo de plano, é útil sobretudo para as pessoas que exercem actividades com características diferentes e que ocorrem em áreas diferentes. Neste caso por exemplo, a mesma pessoa tem actividades clínicas, administrativas, de supervisão, reuniões , etc, e as mesmas actividades, ocorrem em locais diferentes. O plano serve para orientar o trabalhador, ajuda a evitar deixar tarefas importantes de fora, e também permite que o mesmo faça uma avaliação auto-crítica sobre o seu desempenho.

BLOCO 5: GESTÃO DO TEMPO DA EQUIPA DE SAÚDE – ESCALAS DE SERVIÇO

Uma escala de serviço, é um instrumento usado na gestão do tempo de trabalho de uma determinada equipa. É muito usado pelas equipas de saúde, sobretudo para as que trabalham em regime de turnos.

Tem os seguintes objectivos:

- Distribuição equitativa e justa dos turnos de trabalho em geral;
- Distribuição equitativa e justa dos turnos de trabalho que ocorram fora do período normal de trabalho da função pública (fins de semana, feriados, noites);
- Divisão equitativa de outras actividades, não directamente relacionadas ao atendimento clínico (visitas à comunidade, palestras, elaboração de relatórios, limpeza dos materiais, etc);
- Organização do tempo do pessoal de serviço, de forma a facilitar ajustes para compensar os imprevistos (funcionários doentes, em licenças, etc);

Ao elaborar a escala de serviço, é importante ter em conta os seguintes aspectos:

- Sempre que possível, a duração dos turnos deve ser igual para todos turnos. Quando tal não é possível deve haver consenso no seio da equipa. O que se recomenda, é que os turnos sejam de 8 em 8 horas, mas muitas vezes têm se feito ajustes, no turno da tarde, para evitar que os funcionários saiam tarde, e tenham dificuldades de transporte.
- A atribuição de turnos de manhãs, tardes, velas e dos descansos deve ser equitativa;
- A distribuição de turnos em finais de semana e feriados deve ser equitativa;

- Sempre que possível a carga de trabalho semanal, deve ser a mesma, mas quando tal não é possível, deve-se equilibrar nas semanas seguintes, de forma a que a carga de trabalho mensal seja a mesma.

Tabela 4: Exemplo de escala de enfermagem do banco de socorros do Hospital Distrital de Manjacaze

Dia do mês	Dia de semana	7 as 13	13 as 19	19 as 7	Descanso
1	Quarta	Alfredo	Mariamo	Paulino	Luisa
2	Quinta	Mariamo	Luisa	Alfredo	Paulino
3	Sexta	Luisa	Paulino	Mariamo	Alfredo
4	Sábado	Paulino	Alfredo	Luisa	Mariamo
5	Domingo	Alfredo	Mariamo	Paulino	Luisa
6	Segunda	Mariamo	Luisa	Alfredo	Paulino
7	Terça	Luisa	Paulino	Mariamo	Alfredo
8	Quarta	Paulino	Alfredo	Luisa	Mariamo
9	Quinta	Alfredo	Mariamo	Paulino	Luisa
10	Sexta	Mariamo	Luisa	Alfredo	Paulino
11	Sábado	Luisa	Paulino	Mariamo	Alfredo
12	Domingo	Paulino	Alfredo	Luisa	Mariamo
13	Segunda	Alfredo	Mariamo	Paulino	Luisa
14	Terça	Mariamo	Luisa	Alfredo	Paulino
15	Quarta	Luisa	Paulino	Mariamo	Alfredo
16	Quinta	Paulino	Alfredo	Luisa	Mariamo
17	Sexta	Alfredo	Mariamo	Paulino	Luisa
18	Sábado	Mariamo	Luisa	Alfredo	Paulino
19	Domingo	Luisa	Paulino	Mariamo	Alfredo
20	Segunda	Paulino	Alfredo	Luisa	Mariamo
21	Terça	Alfredo	Mariamo	Paulino	Luisa
22	Quarta	Mariamo	Luisa	Alfredo	Paulino
23	Quinta	Luisa	Paulino	Mariamo	Alfredo
24	Sexta	Paulino	Alfredo	Luisa	Mariamo
25	Sábado	Alfredo	Mariamo	Paulino	Luisa
26	Domingo	Mariamo	Luisa	Alfredo	Paulino
27	Segunda	Luisa	Paulino	Mariamo	Alfredo
28	Terça	Paulino	Alfredo	Luisa	Mariamo

No exemplo acima, a escala está organizada em 3 turnos, e é preenchida por 4 enfermeiros. A distribuição da carga de trabalho, em cada semana, é aproximada, mas não é igual, o que implicará um reajuste, na semana seguinte, para compensar os colegas mais sobrecarregados na semana em questão. Mas, note que a carga de trabalho nos 28 dias é igual para todos os trabalhadores. Se contar, irá confirmar que cada enfermeiro tem um total de 7 dias de folga, e 21 turnos. Note também que a escala de 28 dias é divisível por 4 funcionários.

BLOCO 6: GESTÃO DO TEMPO DA EQUIPA DE SAÚDE - PLANO DE FÉRIAS

O plano de férias, é o instrumento, que serve para a programação e registo das férias dos trabalhadores de uma equipa. Dentro das unidades sanitárias, este plano é geralmente realizado por sectores (pediatria, medicina, laboratório, cozinha), após a coordenação entre os membros da equipa, e com os membros das outras equipas. A coordenação com os membros de outras equipas é importante pois permite, a colaboração entre os sectores. Por exemplo, pode-se dar o caso de apoio intersectorial, para fechar lacunas dos funcionários ausentes em licença. Ex: a enfermeira de SMI da pediatria pode fazer turnos na maternidade, e vice-versa.

Tem como principais objectivos, os seguintes:

- Ordenar os períodos de férias dos funcionários, para que todos gozem as suas férias, sem dano para as actividades do sector;

- Evitar sobreposições de férias, entre membros de uma mesma equipa, sobretudo se realizam as mesmas tarefas;
- Evitar que muitos funcionários estejam de férias, em períodos de aumento da demanda de trabalho (épocas assoladas por epidemias, fim do ano devido ao aumento de traumatismos, época de campanhas eleitorais);
- Evitar que funcionários com tarefas chave (elaboração de relatórios, de escalas de serviço, etc) saiam de férias na mesma altura;

Após a elaboração do plano, este deve ser submetido aos recursos humanos para apreciação e emissão de parecer. Nos recursos humanos, faz-se a verificação do processo individual de cada funcionário, para apurar o número exacto de dias a que estes têm direito.

Pode-se dar o caso de determinado funcionário ter pedido ao longo do ano algumas dispensas, e como estas devem ser descontadas da licença anual, o número de dias já gozados deverá ser descontado, o que quer dizer, que o funcionário não poderá gozar os 30 dias.

Também pode-se dar o caso de funcionários com acúmulo de férias, ou férias prestes a sair do prazo (descrito adiante) ou outras situações, que deverão ser esclarecidas pelos recursos humanos.

Por fim, após a emissão do parecer dos recursos humanos, o plano é enviado ao superior hierárquico, que é quem defere (autoriza) ou indefere.

Para as equipas clínicas da unidade sanitária, como a equipa do sector de medicina por exemplo, o plano deve ser elaborado, de forma a contemplar todos os membros do sector, independentemente da categoria. Depois de se submeter o plano aos recursos humanos, este deverá ser enviado ao director da unidade sanitária, ou ao director clínico (por delegação de funções), para sua aprovação.

Não existe um modelo padrão para a elaboração dos planos de férias, o importante é que estes sejam realizados de forma clara, e que sirvam como instrumentos de fácil acesso.

Abaixo apresenta-se um modelo de um plano de férias numa enfermagem de medicina:

Mês / Funcionário	Clínicos	Enfermeiros	Pessoal serventuário
Janeiro		Sousa	Juma
Fevereiro			Ambrósio
Março	Nilza	Bonifácio	
Abril			Maria
Maio	Flávio	Namaímba	
Junho		Saluma	
Julho		Teodósio	Salomão
Agosto	Leida		
Setembro		Zabeth	
Outubro			
Novembro	Isac	Artur	Francisca
Dezembro			

BLOCO 7: INTRODUÇÃO À GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS

Na aula 1, foi introduzido o conceito de gestão dos recursos humanos, como uma das actividades de gestão mais importantes de uma instituição, visto que se refere à gestão do principal recurso de trabalho, que são as pessoas.

Na mesma aula, foi enfatizada a sua importância dentro do Serviço Nacional de Saúde, devido a persistência da insuficiência de recursos humanos para suprir as necessidades de trabalho, na maior parte das instituições de saúde, à nível nacional.

Nesta aula, iremos focar nas particularidades da gestão de recursos humanos e nos seus objectivos.

Alguma das particularidades relacionadas aos recursos humanos que cada gestor deve ter em conta são:

- Gerir recursos humanos é diferente de gerir coisas, e implica entre outros, a gestão de comportamentos de cada pessoa em função dos objectivos da instituição;
- As pessoas não devem ser vistas apenas como recursos de trabalho, mas sim como seres humanos, com sentimentos, personalidades, convicções diferentes, e é importante que os funcionários sintam o apoio da instituição no concernente às suas questões particulares como problemas de saúde, problemas sociais, familiares, etc;
- Gerir recursos humanos não significa apenas proceder com os processos administrativos a eles relacionados (pagamento de salários, transferências, atribuição de funções, etc), mas sim estimular o envolvimento e o progresso dos funcionários, para que cada um desempenhe da melhor forma as suas actividades;
- Cada pessoa tem diferentes níveis de competências, de expectativas, de personalidades, de pontos vista sobre os diversos assuntos, apesar de todas essas diferenças, é importante que tanto o gestor como os demais membros da equipa, se esforcem para manter um ambiente de trabalho positivo;

A gestão de recursos humanos tem os seguintes objectivos:

- Estimular o envolvimento de todos os funcionários, para que todos se sintam responsáveis pelo alcance dos objectivos da instituição;
- Identificar as pessoas mais apropriadas para realizar tarefas específicas (supervisor de enfermagem, responsável pelo serviço de urgências, responsável por assuntos sociais), ou exercer funções em determinados cargos;

BLOCO 8: PROCESSOS INDIVIDUAIS DOS FUNCIONÁRIOS

O processo individual de um funcionário, é a pasta que contém toda informação sobre o percurso do funcionário, na sua instituição de trabalho, desde a sua admissão.

O processo deve conter toda informação relevante sobre a vida do funcionário no local de trabalho, e outras informações que apesar de não estarem relacionadas com o trabalho actual, poderão influir na tomada de decisões e nalguns procedimentos no local de trabalho. Em regra, os documentos presentes no processo individual do funcionário são:

- Cópia de documento de identificação válido ou outra forma de identificação legalmente aceite;
- Cópia do documento de NUIT (número único de identificação tributária)
- Cópia de documentos de identificação de dependentes do trabalhador (filhos, cônjuge) ;

- Certidão de casamento (se for casado);
- Declaração de residência
- Fotografia
- Registo criminal
- Ficha de dados pessoais
- Termo de início de funções
- Contrato de trabalho
- Curriculum Vitae
- Certificados de habilitações literárias / Diploma
- Documentos do processo de candidatura (registo de entrevista, relatórios de entrevistas)
- Registo de férias e faltas
- Registos das avaliações de desempenho

BLOCO 9: PONTOS-CHAVE

- 9.1** O horário de funcionamento, é um documento que fica à disposição de todos os funcionários e do público, e é geralmente afixado em locais chave na unidade sanitária.
- 9.2** O plano de trabalho, consiste numa representação escrita, da organização e distribuição temporal e espacial das actividades a serem realizadas, por um trabalhador, por uma equipa de trabalho, ou por várias equipas de trabalho de uma instituição.
- 9.3** Uma escala de serviço, é um instrumento usado na gestão do tempo de trabalho de uma determinada equipa. É muito usado pelas equipas de saúde, sobretudo para as que trabalham em regime de turnos.
- 9.4** O plano de férias, tem como principal objectivo, organizar os períodos de férias dos funcionários, para que todos gozem as suas férias, sem dano para as actividades do sector.
- 9.5** A gestão dos recursos humanos é uma das actividades de gestão mais importantes de uma instituição, visto que se refere à gestão do principal recurso de trabalho, que são as pessoas.
- 9.6** A gestão de recursos humanos tem os seguintes objectivos: estimular o envolvimento de todos os funcionários, para que todos se sintam responsáveis pelo alcance dos objectivos da instituição; identificar as pessoas mais apropriadas para realizar tarefas específicas ou exercer funções em determinados cargos.
- 9.7** O processo individual de um funcionário, é a pasta que contém toda informação sobre o percurso do funcionário, na sua instituição de trabalho, desde a sua admissão.
- 9.8** O processo deve conter toda informação relevante sobre a vida do funcionário no local de trabalho, e outras informações que apesar de não estarem relacionadas com o trabalho actual, poderão influir na tomada de decisões e nalguns procedimentos no local de trabalho.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	12
Tópico	Gestão e Administração dos Recursos Humanos	Tipo	Teórica
Conteúdos	Regime geral do Funcionário e Agente do Estado (EGFAE e REGFAE) – 1ª Parte Modo de Uso do EGFAE Deveres e Direitos do FAE	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Utilizar o “Estatuto Geral dos Funcionários do Estado” como fonte de referência para solucionar os problemas dos funcionários e agentes do Estado.
2. Listar os principais deveres, direitos e regalias do funcionário e agente do Estado.
3. Descrever aspectos específicos, relacionados à remuneração dos funcionários e agentes do Estado.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	EGFAE e REGFAE: Conceitos Gerais e Modo de Uso		
3	Deveres dos Funcionários e Agentes do Estado		
4	Direitos dos Funcionários e Agentes do Estado		
5	Especificidades Sobre a Remuneração dos FAE		
6	Exemplo e Exercício sobre Uso de EGFAE e de REGFAE		
7	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolver o material):

- Ministério da Função Pública, *Estatuto Geral do Funcionário e Agente do Estado*, 1ª edição, 2009
- Ministério da Função Pública, *Regulamento do Estatuto Geral do Funcionário e Agente do Estado*, Boletim da República número 35
- Chiavenato Idalberto, *Teoria geral da administração*, volume 1, 6ª edição, Campus editora, 2001
- www.etica.pro.br

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem

1.2 Apresentação da estrutura da aula

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: EGFAE E REGFAE: CONCEITOS GERAIS E MODO DE USO

2.1 Conceitos Gerais

O **Estatuto Geral dos Funcionários e Agentes do Estado (EGFAE)**, é o documento legal (lei) do Estado, que define as normas jurídico-laborais e que estabelece o regime (conjunto de regras) dos funcionários e demais agentes do estado, que exerçam actividades em órgãos de Administração Pública, dentro ou fora do País.

Este é um documento de consulta e de referência, que serve para assegurar que os funcionários, na sua qualidade de servidores do Estado, desempenhem as suas funções com zelo, profissionalismo, transparência, imparcialidade, responsabilidade e sempre preocupados em melhor servir o cidadão.

O **Regulamento do Estatuto Geral do Funcionário e Agente do Estado (REGFAE)**, é o documento legal (decreto ministerial), que regulamenta o EGFAE.

Para melhor entendimento e uso do EGFAE e REGFAE, abaixo descrevem-se alguns conceitos fundamentais, a saber:

- **Órgãos de Administração Pública:** instituições e órgãos do Aparelho do Estado.
- **Funcionário do Estado:** entende-se por funcionário do Estado, aquele que desempenha funções nos órgãos de Administração Pública, e tem nomeação definitiva ou provisória no quadro de pessoal do Estado.
- **Agente do Estado:** entende-se por agente do Estado, aquele que desempenha funções nos órgãos de Administração Pública em regime contratual, sem nomeação no quadro de pessoal do Estado.
- **Constituição da República:** a Constituição da República é o conjunto de leis, normas e regras que regem um determinado País, e que regulam e organizam o funcionamento do Estado. É a lei máxima que limita poderes e define os direitos e deveres dos cidadãos. Nenhuma outra lei no país pode entrar em conflito com a Constituição.

2.2 Como usar o EGFAE e REGFAE?

Conforme referido acima, o EGFAE, serve como um documento de referência e de consulta, que deve ser usado por todos os funcionários e agentes do estado (FAE), independentemente de estarem ou não ligados a cargos de direcção e chefia, contudo, é imperioso que os funcionários em cargos de chefia e direcção dominem este documento, pois serve como alicerce para a boa gestão, principalmente para os assuntos ligados aos recursos humanos.

Os artigos presentes no EGFAE, são regulamentados pelo REGFAE, pelo que, para o uso devido do EGFAE, o funcionário deve também ter o REGFAE a sua disposição.

Abaixo, serão listados os tópicos abordados no EGFAE e regulamentados no REGFAE, parte dos quais serão descritos nesta disciplina. São os seguintes:

- Disposições gerais
 - ✓ Objecto e âmbito
 - ✓ Princípios gerais
- Constituição da relação de trabalho no Estado
 - ✓ Modalidades
 - ✓ Nomeação
 - ✓ Contratos
- Regimes especiais de actividade e de inactividade
- Carreiras profissionais e funções
- Deveres
- Direitos
- Remuneração
- Formação
- Avaliação do desempenho
- Férias, faltas e licenças
- Distinções e prémios
- Deslocações
- Liberdade sindical e greve
- Responsabilidade disciplinar
 - ✓ Disposições gerais
 - ✓ Sanções disciplinares
 - ✓ Infracções puníveis e as respectivas sanções
 - ✓ Processo disciplinar
 - ✓ Recurso e revisão
 - ✓ Inquérito e sindicância
- Garantias da legalidade, inspecção e impugnação dos actos dos funcionários
- Cessação da relação de trabalho no Estado
- Previdência social
 - ✓ Aposentação
 - ✓ Pensão de sobrevivência
 - ✓ Subsídio por morte
 - ✓ Pensão de sangue
 - ✓ Pensão por serviços excepcionais e relevantes prestados ao País
 - ✓ Segurança social

BLOCO 3: DEVERES DOS FUNCIONÁRIOS E AGENTES DO ESTADO

Conforme referido acima, os funcionários e agentes em exercício de função nos órgãos do Estado, são regidos pelo EGFAE, de forma que a nível nacional, o desempenho do pessoal dos órgãos de Administração Pública, sejam padronizados. O estatuto, apresenta os direitos e os deveres (gerais e especiais) do FAE, conforme descrito abaixo:

3.1 Deveres dos funcionários e agentes do estado

Os deveres dos funcionários e agentes do estado, são subdivididos em gerais, especiais e específicos dos dirigentes.

3.1.1 Deveres gerais dos FAE

São deveres gerais dos funcionários e agentes do estado:

- 1) Respeitar a constituição, as demais leis e órgãos do poder do estado;
- 2) Participar activamente na edificação, desenvolvimento, consolidação e defesa do Estado de direito democrático e no engrandecimento da Pátria;
- 3) Dedicar-se ao estudo e aplicação das leis e demais decisões dos órgãos do poder de Estado;
- 4) Defender a propriedade do estado e zelar pela sua conservação;
- 5) Assumir uma disciplina consciente por forma a contribuir para o prestígio da função de que está investido e o fortalecimento da unidade nacional;
- 6) Respeitar as relações internacionais estabelecidas pelo Estado e contribuir para o seu desenvolvimento;
- 7) Promover a confiança do cidadão na Administração Pública e na sua justiça, legalidade e imparcialidade.

3.1.2 Deveres especiais dos FAE

São deveres especiais dos funcionários e agentes dos estado:

- 1) Cumprir as leis, regulamentos, despachos e instruções superiores;
- 2) Cumprir exacta, pronta e lealmente as ordens e instruções legais dos seus superiores hierárquicos relativos ao serviço;
- 3) Respeitar os superiores hierárquicos tanto no serviço como fora dele;
- 4) Dedicar ao serviço a sua inteligência e aptidão, exercendo com competência, abnegação, zelo e assiduidade e por forma eficiente as funções a seu cargo, sem prejudicar ou contrariar por qualquer modo o processo e o ritmo do trabalho, a produtividade e as relações de trabalho;
- 5) Exercer as funções em qualquer local que lhe seja designado;
- 6) Não se apresentar ao serviço em estado de embriagues e/ou sob efeito de substâncias psicotrópicas e alucinogénicas;
- 7) Apresentar-se ao serviço e em todos os locais onde deve comparecer por motivos de serviço, com pontualidade, correcção, asseio e aprumo e em condições físicas e mentais que permitam desempenhar correctamente as tarefas;
- 8) Prestar contas do seu trabalho, analisando-o criticamente e desenvolver a crítica e auto-crítica;
- 9) Manter sigilo sobre os assuntos do serviço, mesmo depois do termo de funções;

- 10) Não recusar, retardar ou omitir injustificadamente a resolução de um assunto que deva conhecer ou o cumprimento de um acto que devia realizar em razão do seu cargo;
- 11) Zelar pela conservação e manutenção dos bens do Estado que lhe são confiados;
- 12) Pronunciar-se sobre deficiências e erros no trabalho e informar sobre os mesmos ao respectivo superior hierárquico;
- 13) Guardar e conservar a documentação e arquivos segundo os regimes estabelecidos, remetendo às entidades competentes a documentação de valor histórico;
- 14) Não se ausentar sem autorização superior para o estrangeiro e para fora da província, excepto no período de licença anual e dias de descanso;
- 15) Concorrer aos actos e solenidades oficiais para que seja convocado pelas autoridades superiores;
- 16) Manter-se no exercício das suas funções, ainda que haja renunciado o seu cargo, até que o seu pedido seja cedido;
- 17) Dar exemplo de acatamento pelas instituições vigentes e de respeito pelos seus símbolos e autoridades representativas;
- 18) Manter relações harmoniosas de trabalho com todos os funcionários, criando um ambiente de estima e de respeito mútuo no trabalho, sem quebra do rigor, da disciplina e de exigência no cumprimento das obrigações funcionais;
- 19) Não agredir, injuriar ou desrespeitar qualquer cidadão ou outro funcionário nos locais de serviço ou por causa dele;
- 20) Combater firmemente as manifestações de racismo, tribalismo, regionalismo, discriminação com base no sexo, filiação partidária, departamentalismo e outras formas e outras formas de divisionismo;
- 21) Cumprir integralmente a missão confiada em país estrangeiro e regressar imediatamente após o seu cumprimento;
- 22) Informar os dirigentes sempre que tenha conhecimento da prática de acto contrário à constituição, às leis, decisões do estado, regulamentos e instruções;
- 23) Adoptar um comportamento correcto e exemplar na sua vida pública, pessoal e familiar de modo a prestigiar sempre a dignidade da função e a sua qualidade de cidadão;
- 24) Usar com correcção o uniforme previsto na lei, quando o houver;
- 25) Não praticar nepotismo (privilegiar familiares) na admissão, movimentação, progressão e promoção de funcionários;
- 26) Não praticar actos administrativos que privilegiem interesses estranhos ao Estado em detrimento da eficácia dos serviços;
- 27) Não se servir das funções que exerce em benefício próprio ou em prejuízo de terceiros, designadamente não aceitar como consequência do seu trabalho quaisquer ofertas ou pagamentos, nem exigir ou aceitar promessa de ofertas ou pagamentos;
- 28) Não se deslocar para outro País por ocasião de cumprimento de missão no estrangeiro sem autorização superior exposta;
- 29) Não exercer outra função ou actividade remunerada sem prévia autorização;
- 30) Promover a confiança do cidadão na Administração Pública, atendendo-o pontualmente e com isenção;

- 31) Não assediar material, moral ou sexualmente no local de serviço ou fora dele, desde que interfira na estabilidade no emprego ou na progressão profissional;
- 32) Requerer a contagem periódica e regular do tempo de serviço prestado ao Estado para efeitos de aposentação;

3.1.3 Deveres específicos dos dirigentes

São deveres específicos dos dirigentes os seguintes:

- 1) Cumprir e fazer cumprir o programa do governo;
- 2) Assegurar que os bens do Estado sob sua responsabilidade sejam administrados de forma eficiente e eficaz;
- 3) Promover a formação contínua dos funcionários seus subordinados;
- 4) Velar pela eficiência e eficácia da acção administrativa exercida pelos seus funcionários, combatendo o burocratismo;
- 5) Aplicar métodos colectivos de direcção de trabalho e praticar o diálogo com os seus subordinados visando o melhoramento das condições de serviço e promovendo a sua integração nos processos de desenvolvimento institucional;
- 6) Não utilizar o poder conferido pela função nem a influência dele derivado para obter vantagens pessoais, proporcionar favores ou benefícios indevidos a terceiros;
- 7) Combater todas as manifestações de abuso de poder, nepotismo, e todas as demais condutas que constituam ou traduzam desigualdade ou favoritismo no tratamento em relação aos funcionários;
- 8) Controlar os actos dos funcionários que lhe estão subordinados de modo a prevenir a prática de actos de corrupção e exercer acção disciplinar quando a ela houver lugar;
- 9) Avaliar o desempenho e classificar o serviço prestado pelos funcionários e agentes do estado seus subordinados, com justiça e nos períodos determinados por lei;
- 10) Assegurar que os actos praticados pelos funcionários subordinados estejam de acordo com a lei e com os direitos e liberdades dos cidadãos;
- 11) Adoptar medidas que tornem a Administração Pública mais simples e célere, incluindo o recurso às tecnologias modernas;
- 12) Prestar contas do seu trabalho, nos termos da lei;
- 13) Guardar sigilo profissional sobre assuntos de serviço, mesmo após a cessação de função;
- 14) Comportar-se na sua vida pública e privada, de modo adequado à dignidade e prestígio da função que exerce;
- 15) Apresentar a declaração de seus bens patrimoniais nos termos da lei.

Atenção!

O dever a obediência não inclui a obrigação de cumprir ordens e instruções ilegais. São consideradas ordens e instruções ilegais as que:

- Ofendam directamente a constituição;
- Sejam contrárias à lei;
- Provenham de entidade sem competência para as dar;
- Impliquem a preterição das formalidades legais.

O funcionário tem o direito à resistência a ordens ou instruções legais. Sempre que o funcionário se encontrar perante uma situação parecida, deve procurar apoio junto dos superiores hierárquicos, e apresentar a sua posição perante quem ordena.

BLOCO 4: DIREITOS DOS FUNCIONÁRIOS E AGENTES DO ESTADO

Constituem direitos do funcionário e agente do estado:

- 1) Exercer as funções para que foi nomeado;
- 2) Receber o vencimento e outras remunerações legalmente estabelecidas;
- 3) Beneficiar de condições adequadas de higiene e segurança no trabalho e de meios adequados à protecção da sua integridade física e mental, nos termos a regulamentar;
- 4) Participar no respectivo colectivo de trabalho;
- 5) Ter um intervalo diário para descanso;
- 6) Ter um descanso semanal;
- 7) Gozar férias anuais e licenças nos termos do presente EGFAE e regulamento;
- 8) Ser avaliado periodicamente pelo seu trabalho com base em critérios justos de desempenho nos termos a regulamentar;
- 9) Participar nos cursos de formação profissional e de elevação da sua qualificação;
- 10) Concorrer a categorias ou classes superiores dentro da sua carreira profissional em função do preenchimento dos requisitos, da experiência e dos resultados obtidos na execução do seu trabalho;
- 11) Ser tratado com correcção e respeito;
- 12) Ser tratado pelo título correspondente a sua função;
- 13) Gozar as honras, regalias e precedências inerentes à sua função;
- 14) Ser distinguido pelos bons serviços prestados, nomeadamente através da atribuição de prémios, louvores e condecorações;
- 15) Beneficiar de ajudas de custo ou ter alimentação e alojamento diários em caso de deslocação para fora do local onde normalmente exerce as suas funções, por motivo de serviço;
- 16) Ter transporte para si e para os familiares a seu cargo e respectiva bagagem em caso de colocação, de transferência por iniciativa do Estado e da cessação normal da relação do trabalho com o Estado, nos termos do EGFAE;
- 17) Beneficiar de um subsídio de adaptação a ser fixado pelo Governo, por período de 3 meses, em caso de transferência por iniciativa do Estado para fora do local onde normalmente presta serviço;
- 18) Gozar de assistência médica e medicamentosa para si e para os familiares a seu cargo, prevista em legislação específica;
- 19) Ser aposentado e usufruir das pensões legais;
- 20) Apresentar a sua defesa antes de qualquer punição;
- 21) Dirigir-se a entidade imediatamente superior sempre que se sentir prejudicado nos seus direitos;
- 22) Beneficiar de regime especial por acidente em missão de serviço, desde que a culpabilidade do acidente não lhe seja imputada, nos termos a regulamentar;

- 23) Beneficiar de medidas adequadas para que os portadores de doença crónica gozem dos mesmos direitos e obedeçam aos mesmos deveres dos demais funcionários nos termos a regulamentar.

Aos agentes do Estado são reconhecidos os direitos listados acima, com excepção das alíneas 9,10 e 16, salvo nos casos previstos no presente EGFAE.

4.1 Particularidades sobre os direitos do FAE

- FAE portadores de deficiência

O FAE portador de deficiência goza dos mesmos direitos e obedece aos mesmos deveres dos demais funcionários e agentes do Estado no que respeita ao acesso ao emprego, formação e promoção profissionais, bem com as condições de trabalho adequado ao exercício de actividade socialmente útil tendo em conta as especialidades inerentes à sua capacidade de trabalho reduzida.

- Maternidade

A FAE sob licença de parto mantém os direitos inerentes à função ou cargo que exerça.

Após a licença de parto a FAE pode interromper diariamente o trabalho, por um período não superior a uma hora, para aleitamento da(s) criança(s), até um ano, salvo se, por parecer clínico, outro tempo for estipulado.

Regalias : habitação, viatura, transporte

Por lei, são definidas as funções cujo exercício deve consignar o direito à habitação, afectação de viatura individual, ao benefício de transporte e combustível, e de outras regalias.

BLOCO 5: ESPECIFICIDADES SOBRE A REMUNERAÇÃO DOS FAE

A remuneração dos funcionários ou agentes do estado é constituída por vencimento e pelos suplementos.

Vencimento: o vencimento constitui a retribuição a cada funcionário ou agente do estado de acordo com a sua carreira, categoria ou função, como contrapartida do trabalho prestado ao Estado e consiste numa determinada quantia em dinheiro paga ao funcionário ou agente em dia e local certos.

Suplementos: os suplementos ao vencimento, são os abonos e subsídios atribuídos aos funcionários e agentes do Estado.

Os suplementos são atribuídos a aqueles FAE, que trabalhem em locais ou com actividades definidas, de acordo com os interesses do Estado por virtude de condições e riscos especiais de trabalho, traduzidos por particular desgaste físico ou psíquico em razão da natureza do trabalho ou do local.

Décimo terceiro vencimento: os FAE em efectividade de serviço e os aposentados, têm direito a receber no fim de cada ano civil uma importância correspondente ao vencimento ou pensão que auferem, sujeito à existência de disponibilidade financeira.

Remuneração por acumulação de funções: o funcionário que acumule funções tem direito a receber, para além do vencimento correspondente à sua ocupação e enquanto durar a acumulação, um suplemento correspondente a 25% do salário correspondente a ocupação que acumula.

Remuneração por substituição: o desempenho de uma função por substituição confere o direito a receber o vencimento da ocupação substituída. Sempre que se trate de período igual ou superior a trinta dias.

Remuneração em período de formação: os funcionários em actividade que sejam seleccionados para frequentar cursos de formação ou de aperfeiçoamento fora da Província ou do País, têm direito a uma remuneração estabelecida por lei.

Remuneração por trabalho nocturno: considera-se período nocturno, ao período compreendido entre as 20 horas de um dia e as 6 horas do dia seguinte. As condições para sua realização e remuneração são regulamentadas pela lei.

Remuneração por trabalho em regime de turnos: considera-se trabalho de turno, todo aquele que for prestado em regime de escalonamento por virtude da exigência de funcionamento do serviço durante as 24 horas do dia. As condições para sua realização e remuneração são regulamentadas pela lei.

Remuneração por trabalho extraordinário (horas extras): considera-se trabalho extraordinário, o trabalho realizado para além do horário previsto. Algumas particularidades:

- Não há lugar ao pagamento de remuneração por trabalho extraordinário, aos funcionários que exerçam cargos de direcção e chefia.
- Para a realização de horas extraordinárias, o funcionário deve ter autorização dos dirigentes de órgãos centrais (governadores Provinciais, Administradores distritais);
- A prestação de horas extraordinárias é remunerada na base da tarifa horária que corresponder ao vencimento do funcionário ou do Agente do Estado.

BLOCO 6: EXEMPLO E EXERCÍCIO, SOBRE O USO DO EGFAE E DO REGFAE

Nota para o docente: para seguir o exemplo e resolver o exercício, use o EGFAE e o REGFAE disponíveis na instituição.

Namuquita, é um técnico de Medicina com 5 anos de formação, colocado em Gorongosa, distrito de Manica. Ele recebe do seu director distrital, a solicitação para o substituir durante 18 dias, período em que estará ausente numa formação em Maputo.

Apesar de ter dúvidas (por ser a primeira experiência), Namuquita, responde positiva e prontamente ao seu director, que o acalma dizendo que já deixou todo expediente fundamental organizado, e refere o EGFAE e o REGFAE, como suporte para as suas dúvidas.

Durante o período de trabalho como substituto do director, Namuquita tem estado muito atarefado, pois apesar do trabalho acrescido, ele não deixou as suas actividades de rotina no Hospital Distrital (consultas, urgências, etc). Ele tem saído, sempre depois das 18:30h (3 horas de trabalho extraordinário por dia). No 11º dia de trabalho, Namuquita recebe um pedido de licença por luto de um colega, pela morte do seu sobrinho. Ele tem dúvida, sobre o número de dias a que o colega tem direito, mas achou muito os 7 dias que o colega solicitou.

Namuquita também tem dúvidas, se pelo trabalho acrescido que tem desempenhado, ele terá direito a uma remuneração acrescida, quer pelas horas extraordinárias, quer pela substituição do seu director. Como deverá ele proceder para esclarecer as suas dúvidas ?

a) Exercício : Dúvida sobre licença por morte de sobrinho do colega

Namuquita deverá seguir os seguintes passos :

1. Procurar no índice do EGFAE, a página correspondente as licenças: a página correspondente, é a número 36, referente a tipos e conceito de licenças.
2. Na página 36, e nas seguintes, procurar a descrição da licença por luto : na página 37, está patente a seguinte descrição :” **por motivo de morte de familiar, o funcionário ou agente do Estado, tem direito a uma licença por luto, cujo período é regulado em razão do grau de parentesco.**”
3. A descrição no EGFAE, não é esclarecedora, pois não especifica o número e dias a que o colega tem direito, pela morte do sobrinho. Como a descrição indica que o período é regulado por grau de parentesco, ele deverá procurar o REGFAE para esclarecimento.
4. No regulamento, Namuquita deve procurar o artigo correspondente a licença por luto: o artigo correspondente, é o número 105. Ao lê-lo Namuquita, verifica que na alínea c do ponto 1 do artigo, esta presente a seguinte descrição : ” **Um dia por falecimento de tios, primos, e sobrinhos do primeiro grau**”.

Desta forma, Namuquita já poderá explicar ao seu colega, que apesar de lamentar a sua perda e dor, ele só tem direito á um dia de licença pela morte de seu sobrinho, podendo se desejar, solicitar uma dispensa que deverá ser descontada nas férias do ano seguinte ou do ano em curso, caso ainda não as tenha gozado.

b) Exercício

Descreva, utilizando o Estatuto e o Regulamento do FAE, e espelhando-se no exemplo acima, como Namuquita deverá proceder para saber se terá direito a remuneração por substituição, e ou pelo trabalho extraordinário (3 horas extras, durante 18 dias úteis).

BLOCO 7: PONTOS-CHAVE

- 7.1 O **Estatuto Geral dos Funcionários e Agentes do Estado (EGFAE)** é o documento legal do Estado, que define as normas jurídico-laborais e que estabelece o regime dos funcionários e demais agentes do estado.
- 7.2 O **Regulamento do Estatuto Geral do Funcionário e Agente do Estado (REGFAE)**, é o documento legal, que regulamenta os artigos do EGFAE.
- 7.3 O funcionário ou agente do Estado, deve recorrer ao EGFAE e ao respectivo REGFAE, sempre que tiver dúvidas sobre como proceder dentro da função pública, sobretudo no que diz respeito aos recursos humanos.
- 7.4 Os deveres, direitos e regalias do FAE, estão previstos no EGFAE, e devem ser do domínio dos funcionários e agentes em exercício de função nos órgãos do Estado;

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	13
Tópico	Gestão e Administração dos Recursos Humanos	Tipo	Teórica
Conteúdos	Regime geral do Funcionário e Agente do Estado (EGFAE e REGFAE) – 2ª Parte Férias, faltas e licenças Normas sobre deslocações	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

- 2 Explicar os processos e as normas para obtenção de licenças (licença médica, óbito, férias, licença registada etc...).
- 3 Explicar os processos e as normas para deslocações e transferências.
- 4 Preencher correctamente os formulários ou cartas para deslocações e transferências.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Normas Sobre Férias, Faltas e Licenças		
3	Normas Sobre Deslocações		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolver o material):

- Ministério da Função Pública, *Estatuto Geral do Funcionário e Agente do Estado*, 1ª edição, 2009
- Ministério da Função Pública, *Regulamento do Estatuto Geral do Funcionário e Agente do Estado*, Boletim da República número 35

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem

1.2 Apresentação da estrutura da aula

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: NORMAS SOBRE FÉRIAS, FALTAS E LICENÇAS

2.1 Férias

- As férias, correspondem a licença anual (período de tempo de 30 dias), a que os FAE têm direito ao fim de cada 12 meses de prestação de serviço ininterrupto.
- O gozo de férias não prejudica o direito às remunerações próprias do cargo ou função.
- As férias podem ser gozadas em dois períodos à pedido do funcionário.

Algumas particularidades sobre as férias:

2.1.1 Acumulação de férias

- O direito de gozo das férias caduca no final do ano civil a que respeita salvo se, por motivo de imperiosidade de trabalho, não tiverem sido gozadas nesse ano ou no ano seguinte, podendo ser acumuladas até o máximo de 60 dias.
- As férias acumuladas devem ser obrigatoriamente gozadas no ano em que perfazem os 60 dias, não devendo transitar para o ano seguinte.

2.1.2 Antecipação de férias

A pedido do funcionário ou Agente do Estado podem excepcionalmente ser concedidas férias antecipadas de até 15 dias, quando os motivos alegados sejam considerados relevantes e o funcionário ou Agente do Estado possua boas informações de serviço.

2.1.3 Remuneração por férias não gozadas

Caso o funcionário tenha férias acumuladas, no ano em que o funcionário ou Agente do Estado preveja a cessação da relação laboral, deve requerer o pagamento das férias não gozadas.

2.2 Faltas

- Considera-se falta ao serviço, a não comparência do FAE durante o período normal de trabalho a que está obrigado, bem como a não comparência em local a que deva deslocar-se por motivo de serviço.
- As faltas contam-se por dias inteiros, e os atrasos na entrada do serviço são acumulados até completarem um dia de falta.

As faltas podem ser justificadas ou injustificadas, a saber:

2.2.1 Faltas justificadas: são consideradas faltas justificadas as seguintes:

- Todas as faltas previstas no EGFAE:
 - Faltas relativas a licenças a que o funcionário e o agente têm direito;
 - Faltas por funcionário ou agente acompanhante de doentes menores ou outros familiares em internamento, quando determinado pelo estabelecimento hospitalar;

- Faltas por motivo de exames, mediante apresentação do calendário de exames ao seu superior hierárquico;
- Faltas por motivo de participação em actividades culturais ou desportivas, desde que solicitadas pelas autoridades competentes, e autorizadas pelo superior hierárquico;
- Três faltas seguidas mensalmente por motivo de doença, comprovada por atestado médico, quando entregue até ao quinto dia a partir da primeira falta por doença;
- Duas faltas por mês, desde que a justificação seja aceite pelo respectivo dirigente e feita prévia ou imediatamente após a apresentação ao serviço;

Consequência da falta justificada

- As faltas justificadas, previstas no EGFAE, não prejudicam os direitos que o funcionário tem, pelo cargo ou função que exerce.
- As faltas justificadas, que não estejam previstas na lei (pedidos de dispensa), ou as faltas previstas na lei, pelas quais o funcionário, não apresente o comprovativo devido, são descontadas nas férias do ano seguinte, ou nas do ano em curso, se o funcionário ainda não as tiver gozado.

2.2.2 Faltas injustificadas: são consideradas faltas injustificadas todas as faltas não previstas no ponto 2.2.1

- A ausência do funcionário do seu local de trabalho, sem autorização, é considerada falta injustificada, mesmo se o funcionário tiver assinado o livro de ponto.

Consequência da falta injustificada

A falta injustificada implicará, a perda do vencimento correspondente (ao número de dias de faltas) e de 3 dias de antiguidade (contagem de tempo de trabalho) por cada dia de falta.

As faltas injustificadas seguidas ou intercaladas de até 5 dias, dão lugar a procedimento disciplinar.

2.3 Licenças

Os funcionários do Estado, têm direito ao gozo das seguintes licenças:

- a) Licença por doença;
- b) Licença por parto;
- c) Licença de paternidade;
- d) Licença de casamento, bodas de prata e de ouro;
- e) Licença por luto;
- f) Licença para exercício de funções em organismos internacionais;
- g) Licença para acompanhamento do conjugue colocado no estrangeiro;
- h) Licença registada;
- i) Licença especial;
- j) Licença ilimitada.

Os agentes do Estado, têm direito as licenças de a) a e).

Abaixo descritas as condições para cada uma das licenças:

a) Licença por doença

- A licença por doença é concedida pela Junta de Saúde por períodos de até 30 dias, prorrogáveis por períodos sucessivos, ou sob parecer clínico, por um período de até 8 dias.
- Durante o período de licença por doença, o funcionário ou agente do Estado, mantém o direito aos vencimentos resultantes do cargo ou função que exerce até ao máximo de 6 meses, altura em que passa à situação de incapacidade temporária (até 6 meses) com direito a 75% do salário. Findo este período e prolongando-se a doença do funcionário ou agente, o mesmo é passado a situação de inactividade no quadro de pessoal.

b) Licença de parto

- A licença de parto consiste na concessão à funcionária ou agente do Estado parturiente, de 60 dias, acumuláveis com as férias, podendo iniciar 20 dias antes da data provável do parto.
- A licença de parto aplica-se também aos casos de parto de termo ou prematuro, independentemente de ter sido nado vivo ou nado morto.
- Na situação de licença de parto a funcionária ou agente mantém os direitos inerentes ao cargo ou função que exerce.
- Após a licença de parto, a agente ou funcionária, pode interromper diariamente o trabalho por um período não superior à uma hora, para aleitamento da criança, durante um ano, salvo se, por parecer clínico, outro tempo for estipulado.

c) Licença de paternidade

A licença de paternidade consiste na concessão ao pai, de uma licença de dois dias seguidos ou intercalados, nos trinta dias contados, a partir da data de nascimento do filho.

d) Licença de casamento, bodas de prata e de ouro

- A licença de casamento, de bodas de prata ou de ouro, é concedida a requerimento do funcionário ou agente do Estado visado e tem a duração de 7 dias de calendário.
- O funcionário mantém todos os direitos inerentes ao cargo ou função que exerce.

e) Licença por luto

- Por motivo de morte de familiar, são concedidas as seguintes licenças:
 - Seis dias de calendário por motivo de falecimento do conjugue (incluindo união de facto), pais, sogros, filhos, irmãos e enteados;
 - Dois dias de calendário em caso de falecimento de genros, noras, padrasto e madrastra, avós, netos e cunhados;
 - Um dia por falecimento dos tios, primos e sobrinhos do primeiro grau.
- A justificação das faltas, deve ser efectuada logo que o funcionário ou agente se apresente no serviço;
- O funcionário mantém todos direitos inerentes ao cargo ou função que exerce.

f) Licença para exercício de funções em organismos internacionais

A pedido do funcionário e desde que haja interesse para o Estado, pode ser concedida a licença para exercício de funções em organismos internacionais.

g) Licença para acompanhamento do conjugue para o estrangeiro

A pedido do funcionário, pode ser concedida a licença para acompanhamento do conjugue para o estrangeiro, desde que o conjugue também seja funcionário do Estado, e que esteja colocado no estrangeiro por interesse do Estado, ou em organizações internacionais, por período superior a 90 dias ou indeterminado.

h) Licença registrada

- A licença registrada, é concedida a pedido do funcionário, por um período de até 6 meses prorrogáveis até um ano, desde que os motivos invocados o justifiquem.
- A licença registrada só pode ser concedida duas vezes de forma intercalada, por período não inferior à 5 anos.
- A concessão da licença registrada implica:
 - Que o tempo de licença não dá direito a recepção de vencimento e interrompe a contagem de tempo para efeitos de aposentação, promoção e progressão na carreira profissional;
 - Que durante o seu gozo, o funcionário não pode exercer qualquer cargo na função pública, nem exercer ou invocar direitos listados no ponto acima;
 - A não abertura de vaga no quadro, podendo, no entanto o seu lugar ser substituído provisoriamente;

i) Licença ilimitada

A licença ilimitada é concedida por tempo indeterminado a pedido do funcionário, implicando:

- Que o tempo de licença não dá direito a recepção de vencimento e interrompe a contagem de tempo para efeitos de aposentação, promoção e progressão na carreira profissional;
- Durante o gozo da licença, o funcionário não pode apresentar-se a concurso, ser promovido ou exercer qualquer cargo na função pública, nem exercer nem invocar os direitos fundamentados no ponto anterior;
- Abertura de vaga no quadro de pessoal a que o funcionário pertence;
- A licença ilimitada pode cessar a pedido do funcionário, após o tempo mínimo de uma ano naquela situação, reingressando no quadro desde que haja disponibilidade de vaga;
- O funcionário que cessa a situação de licença ilimitada e pretenda voltar para o Estado, fica condicionado a trabalhar no local onde for colocado, de acordo com os interesses do Estado;

j) Licença especial

O requerimento do funcionário, pode ser concedida uma licença especial sem vencimento para frequência de cursos de pós-graduação, mestrado, estágios, e doutoramento, até dezoito meses prorrogáveis.

BLOCO 3: NORMAS SOBRE DESLOCAÇÕES DOS FAE

As deslocações dos FAE, podem ser pelos seguintes motivos:

- Colocações
- Transferências
- Missão de serviço
- Doença comprovada por atestado médico ou junta de saúde
- Concursos
- Outros motivos

Em cada uma das situações acima, há normas e procedimentos estabelecidos, e que devem ser cumpridos.

1.4 Colocação

Entende-se por colocação, a afectação de um funcionário ou Agente do Estado na prestação de serviço num local determinado que lhe seja designado.

1.5 Transferência

- Entende-se por transferência a afectação de um funcionário a tarefas em local diferente daquele em que se encontra a prestar serviço;
- As transferências podem ter lugar a pedido do funcionário, ou por permuta entre eles desde que sejam apresentados motivos relevantes devidamente justificados e quando tal não cause transtorno ao normal funcionamento dos serviços;
- A transferência a pedido dos funcionários, fica condicionada a disponibilidade de vaga e de cabimento orçamental e a prévia concordância do dirigente do órgão, para o qual o funcionário pretenda ir;
- Salvo casos excepcionais, nenhum funcionário poderá ser transferido por iniciativa dos serviços, sem que decorram no mínimo 2 anos, após a sua última transferência.

1.6 Deslocações em Missão De Serviço

- As deslocações em missão de serviço são todas aquelas que, por exigência de serviço e com autorização do seu dirigente, o funcionário ou agente do Estado realiza temporariamente, para fora do seu local de trabalho;
- As deslocações por missão de serviço, conferem ao funcionário o direito a ajudas de custo.

1.7 Deslocações por Motivo de Concurso

As deslocações por motivo de concurso, são aquelas que o funcionário efectua, com o objectivo de concorrer a concursos de promoção.

1.8 Deslocações por Doença

- As deslocações por motivo de doença, são aquelas que o funcionário efectua por doença própria ou de um membro do agregado familiar, mediante parecer da junta de saúde, ou parecer clínico, onde não há junta.
- As deslocações por parecer clínico (onde não há junta), só podem ser efectuadas dentro da província.

Agregado familiar inclui: conjugue (incluindo união de facto), dependentes menores incluindo enteados e filhos adoptados e dependentes maiores incapazes ao seu cargo. Para o caso de dependentes maiores, deve-se apresentar comprovativo.

1.9 Deslocações por Outros Motivos

As deslocações por outros motivos verificam-se por necessidade de participar em acções de formação, seminários, estágios, ou outros.

Para além das normas sobre deslocações acima apresentadas de forma específica, importa descrever algumas normas de forma geral. São as seguintes:

- Excepto nos casos de transferência a pedido do funcionário, todas as formas de deslocações acima descritas, conferem ao funcionário, o direito ao abono de passagens, para o funcionário e dependentes directos (agregado familiar, descrito acima);
- Na transferência por conveniência do serviço cujo conjugue é também funcionário, deve igualmente ser assegurada a transferência deste, sempre que o funcionário transferido tenha categoria profissional ou exerça funções mais elevadas;

- Para a sua deslocação, o funcionário ou agente do Estado, deve ser portador de uma guia de marcha. A guia de marcha:
 - É emitida pela entidade hierárquica superior do local de trabalho do funcionário;
 - Serve como comprovativo, de que o funcionário tem autorização para a sua deslocação. Nos casos em que a deslocação é dentro do distrito, a autorização é feita pelo director distrital, quando a deslocação é para fora da província, a autorização deve ser feita a nível da direcção provincial e para fora do País, a nível do MISAU.
 - Contém informação sobre a viagem, a saber:
 - Data e horário de partida
 - Destino
 - Motivo (doença, participação em seminário, transferência, etc)
 - Data e horário de regresso (quando aplicável)
 - Informação sobre licença anual (quando se trata de mudança do local de trabalho), indicando se o funcionário já gozou ou não a sua licença anual
 - Deve ser apresentada na instituição de direito, no local de destino do funcionário, onde é rubricada e carimbada.
- Nos casos em que o funcionário, retorna ao local de partida (deslocação por missão de serviço, seminários, por doença, etc), a sua chegada este deve apresentar a guia de marcha, devidamente rubricada pela instituição de destino, e a ela anexar o seu relatório de viagem. O relatório de viagem, pode ser entregue até 7 dias após o regresso.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

- 4.1 As férias correspondem aos 30 dias, a que os FAE têm direito ao fim de cada 12 meses de prestação de serviço ininterrupto;
- 4.2 O gozo de férias não prejudica o direito às remunerações próprias do cargo ou função, a que o funcionário tem direito;
- 4.3 As faltas justificadas, previstas no EGFAE, não prejudicam os direitos que o funcionário tem, pelo cargo ou função que exerce;
- 4.4 A falta injustificada implicará, a perda do vencimento correspondente e de 3 dias de antiguidade;
- 4.5 Os funcionários do Estado, têm direito ao gozo de licenças, sendo que, as normas e procedimentos para a aquisição de cada uma delas, estão devidamente regulamentadas, são as seguintes:
 - Licença por doença;
 - Licença por parto;
 - Licença de paternidade;
 - Licença de casamento, bodas de prata e de ouro;
 - Licença por luto;
 - Licença para exercício de funções em organismos internacionais;
 - Licença para acompanhamento do conjugue colocado no estrangeiro;
 - Licença registada;
 - Licença especial;
 - Licença ilimitada.
- 4.6 As deslocações dos FAE, podem ser por motivos diferentes, sendo que normas e procedimentos específicos e gerais devem ser cumpridos. Os tipos de deslocações são:
 - Colocações
 - Transferências

- Missão de serviço
- Doença comprovada por atestado médico ou junta de saúde
- Concursos
- Outros motivos

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	14
Tópico	Gestão e Administração dos Recursos Humanos	Tipo	Teórica
Conteúdos	Regime geral do Funcionário e Agente do Estado (EGFAE, REGFAE) – 3ª Parte Avaliação do Desempenho Formação	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

- 2 Explicar o regulamento de avaliação.
- 3 Preencher correctamente a folha de avaliação (Folha de Classificação anual do pessoal com função de direcção e chefia (PP209, REGFAE).
- 4 Explicar o objectivo principal da avaliação de desempenho de trabalhadores.
- 5 Descrever as vantagens de avaliação contínua.
- 6 Descrever os componentes chave de uma avaliação incluindo discussão de:
 - 6.1 Metas alcançadas e tarefas executadas;
 - 6.2 Sucessos e fracassos;
 - 6.3 Forças e fraquezas.
- 7 Explicar os princípios da retro-informação/crítica construtiva.
- 8 Identificar as causas comuns de fraco desempenho e medidas que o supervisor pode tomar para resolver os mesmos:
 - 8.1 Falta de habilidade/formação do trabalhador;
 - 8.2 Recursos insuficientes;
 - 8.3 Falta de orientação clara;
 - 8.4 Falta de motivação;
 - 8.5 Má coordenação entre os membros da equipa.
- 9 Explicar as responsabilidades do dirigente na formação preconizadas no EGFAE e no REGFAE.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	O Sistema de Gestão de Desempenho na Administração Pública (SIGEDAP)		
3	Fases e Metodologia do Processo de Avaliação		
4	Normas sobre Formação dos FAE		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolver o material):

- Ministério da Função Pública, *Estatuto Geral do Funcionário e Agente do Estado*, 1ª edição, 2009
- Ministério da Função Pública, *Regulamento do Estatuto Geral do Funcionário e Agente do Estado*, Boletim da República número 35
- MISAU, Direcção nacional de planificação e cooperação, *Manual do curso integrado de planificação, monitoria e avaliação em sistemas de informação de saúde*, 1ª edição, Setembro 2
- República de Moçambique, Conselho de Ministros, *Decreto 55/2009 de 12 de Outubro*

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem

1.2 Apresentação da estrutura da aula

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: O SISTEMA DE GESTÃO DE DESEMPENHO NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (SIGEDAP)

2.1 Considerações Gerais

O SIGEDAP tem por objectivo a avaliação do desempenho individual do funcionário e agente do Estado.

O desempenho dos FAE dos órgãos de Administração Pública, é sistematicamente e periodicamente avaliado, com vista a garantir melhoria crescente da qualidade dos serviços prestados pela função pública.

2.1.1 Objectivos da avaliação de desempenho

A avaliação de desempenho tem os seguintes objectivos:

- Avaliar o desempenho individual dos FAE, tendo em vista promover a excelência e a melhoria contínua dos serviços prestados aos cidadãos;
- Melhorar o desempenho individual e a qualidade dos serviços prestados pela administração Pública;
- Elevar o comprometimento e o desenvolvimento das competências dos funcionários e agentes do Estado;
- Contribuir para o desenvolvimento da Administração Pública e para a profissionalização dos FAE;
- Reconhecer e distinguir os FAE pelo desempenho e mérito demonstrados na execução das suas actividades;
- Identificar as necessidades de formação e de desenvolvimento profissional adequadas à melhoria do desempenho dos FAE;
- Permitir a tomada de decisões relativas a nomeação, promoção, mobilidade, renovação de contratos, premiações, distinções e punições de acordo com a competência e o mérito demonstrados;
- Fortalecer as competências de liderança e de gestão, dos FAE em cargos de chefia.

No processo de avaliação, participam: o avaliado, o avaliador (respectivo superior hierárquico), e as entidades competentes para homologar (a nível distrital o Administrador Distrital).

2.1.2 Parâmetros usados na avaliação de desempenho

Para a avaliação do desempenho dos FAE, são tomados em consideração alguns parâmetros, tendo em conta o cargo e a função do funcionário. São os seguintes:

- Objectivos do governo (órgão/instituição/ unidade) de acordo com o sector em que se encontra afectado;
- Competência de gestão (aplicável aos cargos de direcção e chefia);

- Cumprimento das metas;
- Cumprimento dos prazos;
- Qualidades dos resultados;
- Responsabilidade;
- Criatividade;
- Inovação;
- Competência técnica;
- Comunicação;
- Capacidade de trabalho em equipa;
- Aproveitamento em programas de formação;
- Competências reveladas após formação;
- Pontualidade, assiduidade, disciplina;
- Uso e conservação dos meios;
- Apresentação e postura.

2.2 Efeitos da Avaliação do Desempenho

Após a avaliação de desempenho, segue-se a fase de atribuição de prémios, distinções ou punições, de acordo com o caso, e quando for indicado.

2.2.1 Distinções e prémios

Pelo cumprimento exemplar das suas funções, elevação da eficiência do trabalho, melhoria da qualidade de serviço, inovações laborais e outros méritos, são atribuídas as seguintes distinções e prémios:

- Distinções:
 - Apreciação oral;
 - Apreciação escrita;
 - Louvor público;
 - Inclusão do nome do funcionário em livro ou quadro de honra;
 - Atribuição de condecorações;
 - Concessão de diploma de honra.
- Prémios:
 - Preferência na escolha para cursos de formação e de reciclagem e outras formas de valorização;
 - Atribuição de prendas materiais e prémios monetários;
 - Promoção por mérito.

2.2.2 Punições

- O titular de cargo de direcção e chefia, cuja avaliação final seja igual a **MAU**, deve cessar funções;
- O funcionário de nomeação definitiva cuja avaliação final seja igual a **MAU**, deve ser demitido por manifesta incompetência apurada em processo de avaliação de desempenho;

- O Agente do Estado, cuja avaliação final seja igual a **MAU**, deve ser dispensado do Estado, mediante rescisão do respectivo contracto.
- O funcionário de nomeação provisória, cuja avaliação final seja igual a **MAU**, deve ser dispensado dos quadros do Estado sem direito a qualquer indemnização, não carecendo de processo disciplinar.
- As situações referidas nos pontos 3 e 4, devem ser sempre comprovadas por processo disciplinar.

BLOCO 3: FASES E METODOLOGIA DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A avaliação do desempenho obedece as seguintes fases:

1. Definição dos resultados e actividades esperadas por parte do avaliado;
2. Acompanhamento semestral ou trimestral do desempenho do avaliado pelo avaliador;
3. Preenchimento da ficha de avaliação do desempenho individual;
4. Notificação do resultado final ao avaliado;
5. Reclamação e recurso;
6. Homologação;
7. Divulgação dos resultados finais;
8. Atribuição de prémios, distinções ou punições, se for o caso.

Abaixo as respectivas descrições, com ênfase no preenchimento da ficha de avaliação de desempenho:

3.1 Definição dos resultados e actividades esperadas por parte do avaliado:

Nesta fase são definidos num encontro de concertação entre o avaliador e o avaliado, o plano de trabalho anual do avaliado, que inclui as actividades que este deve realizar e os resultados que deve alcançar. Esta actividade é realizada, durante o período que vai de 1 de Novembro até 31 de Dezembro do ano anterior ao período em que será feita a avaliação.

3.2 Acompanhamento semestral ou trimestral do desempenho do avaliado pelo avaliador:

Até ao nível de Departamento, a monitoria do grau de cumprimento do plano individual de actividades é feita trimestralmente, e para os funcionários colocados em órgãos superiores como direcções nacionais, a monitoria é semestral.

A monitoria intermédia, é realizada num encontro entre o avaliado e o avaliador, em que se faz uma análise do plano de trabalho individual, para confrontar as actividades planificadas com as actividades realizadas, de forma a identificar:

- Metas alcançadas e tarefas executadas;
- Sucessos e fracassos;
- Forças e fraquezas.

Para além disso é realizado em conjunto, um exercício de identificação das possíveis causas de mau desempenho, como:

- Falta de habilidade/formação do trabalhador;
- Recursos insuficientes;
- Falta de orientação clara;

- Falta de motivação;
- Má coordenação entre os membros da equipa.

Após a discussão e análise conjunta, o avaliador dá uma retroinformação ao avaliado, onde para além de reforçar os pontos fortes, dá orientações para o futuro sobre como melhorar os pontos fracos (crítica construtiva). É nesta altura, que quando necessário, se faz o ajuste do plano de trabalho do avaliado, que pode ser através da determinação de acções a realizar com vista a apoiá-lo, da atribuição ou da diminuição de responsabilidades em áreas específicas ou de outras medidas.

Por fim, é elaborado um relatório onde constem as constatações, as recomendações e as decisões tomadas.

3.3 Preenchimento da ficha de avaliação do desempenho

O período de avaliação do desempenho é anual (de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro), e a avaliação final é feita até 31 de Março do ano subsequente. A avaliação final é documentada numa ficha padrão usada nas instituições da administração pública, denominada ficha de avaliação final.

A. Na ficha de avaliação final, os parâmetros são agrupados (em 4 grupos), e assumem pesos diferenciados.

Os grupos traduzem o seguinte:

- Grupo I: critérios que traduzem desempenho positivo em termos de alcance dos resultados e cumprimento das metas. Tem o peso de 50%, da nota de avaliação final.
- Grupo II: critérios que traduzem capacidades, habilidades, comportamentos e atitudes determinantes para o desempenho positivo. Tem o peso de 25%, da nota de avaliação final.
- Grupo III: critérios que traduzem o desenvolvimento profissional do avaliado. Tem o peso de 15%, da nota de avaliação final.
- Grupo IV: critérios que traduzem a apresentação e postura do avaliado. Tem o peso de 10%, da nota de avaliação final.

B. A avaliação final de desempenho, é expressa em níveis de ponderação quantitativa e qualitativa, correspondentes aos pontos obtidos. São os seguintes:

- Nível Excelente: equivalente a 19 a 20 pontos;
- Nível Muito Bom: equivalente a 17 a 18 pontos;
- Nível Bom: equivalente a 14 a 16 pontos;
- Nível Regular: equivalente a 10 a 13 pontos;
- Nível Mau: equivalente a 0 a 9 pontos;

C. Para o cálculo do valor da avaliação final a atribuir ao avaliado, é usada a ficha de avaliação do desempenho dos FAE, onde a pontuação é colocada, de acordo com a apreciação do plano de actividades individual do funcionário e seu grau de cumprimento.

D. A fórmula para o cálculo da nota final, encontra-se na ficha de avaliação. Primeiro é calculada a nota por grupos (4 grupos acima descritos) e no fim, adiciona-se as notas dos grupos, para obter a nota final. *Veja exemplo abaixo.*

Metodologia de cálculo da nota final:

A fórmula para o cálculo da nota final, encontra-se na ficha de avaliação.

A ficha de avaliação contém parâmetros organizados em grupos, e para cada parâmetro, deve ser atribuída uma pontuação.

No final de cada grupo, deve-se somar todas as pontuações, dividir o valor total pelo número de parâmetros avaliados e multiplicar o resultado, pelo peso em percentagem do grupo.

Por fim, faz-se o somatório das pontuações de todos os grupos de critérios avaliados para obter a nota final. *Veja exemplo abaixo.*

Exemplo:

Tabela 1: Extracto da ficha de avaliação.

Exemplo da pontuação atribuída pelo supervisor

CRITÉRIOS		DESCRIÇÃO DO DESEMPENHO	PONTUAÇÃO	PONTOS ATRIBUÍDOS ¹
m) Aproveitamento em Programas de Formação	1	Excelente aproveitamento dos processos de formação formal e em exercício; permanentemente em auto-formação e sistematização do conhecimento; incentiva permanente e sistematicamente a formação dos colaboradores.	19 a 20	17
	2	Muito bom aproveitamento dos processos de formação formal e em exercício; permanentemente em auto-formação; incentiva sistematicamente a formação dos colaboradores.	17 a 18	
	3	Bom aproveitamento dos processos de formação formal e em exercício; auto-formação; incentiva a formação dos colaboradores.	14 a 16	
	4	Aproveitamento satisfatório dos processos de formação formal e em exercício; auto-formação esporádica; incentiva, ocasionalmente, a formação dos colaboradores.	10 a 13	
	5	Fraco aproveitamento dos processos de formação formal e em exercício; fraco incentivo para a auto-formação e formação dos colaboradores.	0 a 9	
n) Competências Reveladas após a Formação	1	Excelente aplicação prática da aprendizagem; revela melhorias constantes na execução das tarefas, sempre partilha os conhecimentos adquiridos com os colaboradores.	19 a 20	15
	2	Muito boa aplicação prática da aprendizagem; revela melhorias na execução das tarefas e partilha os conhecimentos adquiridos com os colaboradores.	17 a 18	
	3	Boa aplicação prática da aprendizagem; revela melhorias na execução das tarefas, mas nem sempre partilha os conhecimentos adquiridos com os colaboradores.	14 a 16	
	4	Aplicação prática satisfatória da aprendizagem; poucas mudanças na execução das tarefas e pouca partilha dos conhecimentos adquiridos com os colaboradores.	10 a 13	
	5	Fraca aplicação prática da aprendizagem; não revela mudanças na execução das tarefas nem partilha os conhecimentos adquiridos com os colaboradores.	0 a 9	
Classificação do Grupo III		(m+n): 2 x 0,15 Fórmula para cálculo da nota do grupo III	Pontuação 32	

¹ Atribui-se a pontuação escolhendo, apenas um campo na “Descrição do Desempenho” que tenha uma relação com o desempenho do avaliado. A pontuação representa um valor dentro do intervalo dos “Pontos Atribuídos” em cada critério.

- A tabela acima, foi extraída da ficha de avaliação de desempenho e corresponde ao grupo III de parâmetros avaliados.
- Conforme ilustra, dois parâmetros são avaliados neste grupo, o “m” (pontuação atribuída 17) e o “n” (pontuação atribuída 15).
- A pontuação final do grupo, é calculada de acordo com a seguinte fórmula:

Nota do grupo = Somatório da pontuação do parâmetro (m+n): número de parâmetros (2) X peso (0,15)

- Neste caso concreto seria:

Nota do grupo = $(15+17):2 \times 0,15$
 Nota do grupo = $(32:2) \times 0,15$
 Nota do grupo = $16 \times 0,15$
 Nota do grupo = 3,4

- Por fim, para o cálculo da nota global, deve-se adicionar as notas isoladas dos restantes grupos (I,II e IV), conforme ilustra o extracto da ficha de avaliação apresentado abaixo:

CLASSIFICAÇÃO FINAL	Grupo I+ Grupo II+ Grupo III+ Grupo IV	
---------------------	--	--

3.4 Notificação do resultado final ao avaliado:

Após o preenchimento da ficha de avaliação, o resultado deve ser notificado ao avaliado, antes da sua homologação. O funcionário pode opinar sobre as pontuações e negociar com o dirigente.

Caso haja consenso, o funcionário faz o seu comentário escrito na ficha, e assina, o documento.

O dirigente, faz o seu comentário escrito, deixa recomendações para melhoria do desempenho e termina o processo.

3.5 Reclamação e recurso:

Caso não concorde com a nota atribuída, o avaliado poderá apresentar reclamação e recurso desde que o faça nos 5 dias seguintes à data do conhecimento da decisão.

Após a reclamação, o avaliador deverá apresentar a decisão final num prazo de 5 dias.

Caso não haja consenso entre o avaliado e o avaliador, o avaliado poderá num prazo de até 10 dias, apresentar recurso à entidade hierarquicamente superior ao avaliador. Ex: se o avaliador for o director de uma unidade sanitária, a reclamação deverá ser apresentada ao director distrital.

3.6 Homologação:

Após a determinação da classificação final, procede-se com a homologação (validação) do documento que deve ser feita pelas entidades competentes de acordo com o nível de prestação de serviços. Ao nível distrital as entidades competentes para homologar são: Administrador Distrital, Secretário Permanente Distrital e chefe de Posto Administrativo.

3.7 Atribuição de prémios, distinções ou punições:

A decisão de atribuir distinções, prémios ou punições, é tomada de acordo com a nota final.

BLOCO 4: NORMAS SOBRE FORMAÇÃO DOS FAE

A formação destina-se a capacitar os funcionários a um mais eficiente desempenho de funções ou ao desempenho de funções de maior responsabilidade. Neste bloco, serão descritas as normas sobre formação dos FAE previstas no EGFAE, e as particularidades sobre este tema, serão desenvolvidas na aula 19.

Todos os funcionários e agentes do Estado devem desenvolver, através de um processo de formação e aperfeiçoamento contínuos, as suas qualidades técnico-profissionais.

A formação dos funcionários é da responsabilidade do respectivo dirigente, designadamente, nos aspectos seguintes:

- Acompanhamento e direcção do processo de trabalho de modo a habilitar os funcionários a desenvolver permanentemente as suas capacidades profissionais;
- Avaliação do trabalho dos funcionários com vista a uma selecção criteriosa daqueles que devem frequentar cursos de formação profissional ou outros, para elevação das suas qualidades profissionais;
- Correcta colocação dos funcionários nas tarefas para que adquiram a qualificação e experiência, bem como garantia de que os funcionários a seleccionar para os cursos de formação preencham os requisitos pré-estabelecidos para a frequência dos mesmos.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1** O sistema de gestão de desempenho na administração pública (SIGEDAP), tem por objectivo, a avaliação sistemática e periódica do desempenho individual dos FAE, com vista a garantir melhoria crescente da qualidade dos serviços prestados pela função pública;
- 5.2** O período de avaliação do desempenho é anual (de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro), e a avaliação final é feita até 31 de Março do ano subsequente;
- 5.3** A avaliação, é feita com base no preenchimento da ficha de avaliação de desempenho do FAE. A ficha contém parâmetros estabelecidos, tendo em conta o cargo e função do avaliado.
- 5.4** A avaliação final de desempenho, é expressa em níveis de ponderação quantitativa e qualitativa, correspondentes aos pontos obtidos.
- 5.5** A formação destina-se a capacitar os funcionários a um mais eficiente desempenho de funções ou ao desempenho de funções de maior responsabilidade.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	15
Tópico	Gestão e Administração dos Recursos Humanos	Tipo	Teórica
Conteúdos	Regime geral do Funcionário e Agente do Estado (EGFAE, REGFAE) – 4ª Parte Responsabilidade Disciplinar – 1ª Parte Processo Disciplinar	Duração	1 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

- 2 Explicar os princípios da responsabilidade disciplinar.
- 3 Descrever os tipos de sanções disciplinares

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Normas sobre Responsabilidade Disciplinar		
3	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolver o material):

- Ministério da Função Pública, *Estatuto Geral do Funcionário e Agente do Estado*, 1ª edição, 2009
- Ministério da Função Pública, *Regulamento do Estatuto Geral do Funcionário e Agente do Estado*, Boletim da República número 35
- MISAU, Direcção nacional de planificação e cooperação, *Manual do curso integrado de planificação, monitoria e avaliação em sistemas de informação de saúde*, 1ª edição, Setembro 2

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: NORMAS SOBRE RESPONSABILIDADE DISCIPLINAR

2.1 Considerações Gerais

- A responsabilidade disciplinar, consiste na determinação de sanções ou procedimentos disciplinares, para o FAE que não cumpre ou que falte aos seus deveres, abuse das suas funções ou de qualquer forma prejudique a Administração Pública.
- A responsabilidade disciplinar, é um procedimento previsto no EGFAE, e pode ocorrer isoladamente ou ao mesmo tempo que um processo criminal ou civil. Por exemplo: se um funcionário rouba um computador do hospital, ele para além de prejudicar a sua instituição, comete ao mesmo tempo um crime, e nestes casos, está sujeito à procedimentos disciplinares no local de trabalho e também a procedimento criminal.
- A principal finalidade da sanção ou procedimento disciplinar, é, além da contenção da infracção disciplinar, a educação do FAE para uma adesão voluntária à disciplina e para o aumento da responsabilidade no desempenho da sua função.
- Para efeitos de graduação das medidas disciplinares deve-se ponderar a gravidade da infracção praticada, a importância do prejuízo causado e, em especial, as circunstâncias em que a infracção foi cometida, o grau de culpabilidade e a conduta profissional do funcionário.
- Algumas circunstâncias actuam como atenuantes da sanção. São as seguintes:
 - A confissão espontânea da infracção;
 - A reparação espontânea dos prejuízos causados;
 - O comportamento exemplar anterior à infracção;
 - A falta de intenção dolosa (intenção de prejudicar);
 - A prestação de serviços relevantes ao Estado;
 - A ausência de publicidade (conhecimento público) da infracção;
 - Os diminutos efeitos que a falta tenha produzido;
 - Todas aquelas que revelarem diminuição de responsabilidade.

Sempre que num processo disciplinar seja fixada qualquer das atenuantes acima listadas, pode ser aplicada ao infractor a pena mais baixa desse escalão ou a pena mais grave do escalão imediatamente inferior.

- Algumas circunstâncias actuam como agravantes da sanção. São as seguintes:
 - A acumulação de infracções;
 - A reincidência (repetição da infracção);
 - A premeditação (acto planificado com antecedência);
 - Os efeitos da infracção.

Sempre que num processo disciplinar seja fixada qualquer das agravantes acima listadas é aplicada ao infractor a pena mais grave desse escalão ou a pena mais baixa do escalão imediatamente superior.

- É excluída a responsabilidade disciplinar ao funcionário ou agente do Estado que actue em cumprimento de ordens ou instruções ilegais emanadas (emitidas) de legítimo superior hierárquico e em matéria de serviço, se previamente delas tiver reclamado ou tiver exigido a sua transmissão ou confirmação por escrito.
- O direito de instaurar processo disciplinar prescreve (perde-se) passados 3 anos sobre a data em que a infracção tiver sido cometida.
- Excepto para as sanções de advertência e repreensão pública, a aplicação de sanção disciplinar a um funcionário ou agente de Estado, é apurada em processo disciplinar escrito, contudo mesmo nos casos de advertência e de repreensão pública, deve-se fazer um registo escrito breve destes procedimentos para servir de comprovativo a posterior.

2.2 Tipos de Sanções Disciplinares

As sanções disciplinares aplicáveis aos FAE, são as seguintes, em ordem crescente de gravidade:

- Advertência;
- Repreensão pública;
- Multa;
- Despromoção;
- Demissão;
- Expulsão.

As sanções disciplinares consistem no seguinte:

a) Advertência:

- Consiste na crítica formalmente feita ao infractor, pelo respectivo superior hierárquico.
- A sanção de advertência recai em faltas que não tragam prejuízo ou descrédito para os serviços ou para terceiros. Ex: desrespeito ao superior hierárquico, saída do serviço no horário normal de trabalho sem pedir autorização.
- A advertência é uma sanção verbal, contudo deve-se registar no processo do funcionário infractor, a sua ocorrência, para que sirva de comprovativo a posterior.

b) Repreensão Pública:

- Consiste na crítica feita ao infractor pelo respectivo superior hierárquico, na presença dos funcionários ou agentes do Estado do serviço onde o infractor esteja afectado;
- A sanção de Repreensão Pública, é em geral aplicada às infracções que revelam falta de interesse pelo serviço. É aplicável ao funcionário que:
 - Não cumpra exacta, pronta e lealmente as ordens e instruções legais dos seus superiores hierárquicos, relativas aos serviços, desde que não resulte em descrédito ou em prejuízo para os serviços ou terceiros;
 - Durante o mês se ausente ou falte ao serviço até 24 horas de trabalho sem justa causa (sem motivo aceitável);
 - Não acate as regras das instituições vigentes, ou não manifeste a deferência (respeito) devida aos seus símbolos e autoridades representativas;

- Sem motivo justificado, não participe nos actos e solenidades oficiais para que tenha sido convidado;
- Assuma um comportamento indisciplinado (ex: linguagem desapropriada) nas relações de trabalho, se sanção mais grave não couber;
- Deixe de prestar contas do seu trabalho ou não analise criticamente desenvolvendo crítica e autocrítica;
- Assuma um comportamento incorrecto na sua qualidade de cidadão;
- Falta ao dever de manter relações harmoniosas de trabalho e não crie um ambiente de estima e respeito mútuo.

c) Multa:

- Consiste no desconto de uma importância correspondente ao vencimento do funcionário ou agente do Estado pelo mínimo de 5 e máximo de 90 dias, graduada conforme a gravidade da infracção. O valor do desconto é revertido para os cofres do Estado, e é efectuado mensalmente, não podendo exceder um terço do salário.
- A sanção de multa é aplicável ao funcionário no caso de negligência ou falta de zelo no cumprimento dos deveres. É aplicável ao funcionário que:
 - Não zele pela conservação e manutenção dos bens do Estado que lhe estão confiados;
 - Exerça outra função ou actividade remunerada sem prévia autorização;
 - Esbanje ou permita esbanjamento, não usando racionalmente e com austeridade (cuidado e rigor) os meios humanos, materiais e financeiros disponíveis;
 - Retarde ou omita injustificadamente a resolução de um assunto ou a prática de um acto em razão da sua função, ou ainda se recuse a fazê-lo;
 - Guarde ou conserve de forma inconveniente livros, documentos e outro material a seu cargo, violando instruções ou ordens superiores ou que não lhes dêem o devido destino;
 - Falte ao serviço sem justificação até 5 dias seguidos ou oito interpolados num ano civil;
 - Não use com correcção o uniforme (de trabalho) prescrito na lei;
 - Não se apresente ao serviço limpo, asseado e aprumado.

d) Despromoção:

- Consiste na descida para a classe inferior no primeiro escalão da faixa salarial pelo período de 6 meses a 2 anos;
- A sanção de despromoção é aplicável ao funcionário que:
 - Não respeite os superiores hierárquicos, tanto no serviço como fora dele;
 - Tolere manifestações de tribalismo, regionalismo e racismo;
 - Não se apresente com pontualidade, correcção, asseio e aprumo nos locais onde deva comparecer por motivo de serviço;
 - Se apresente em estado de embriagues ou sob efeitos de substâncias psicotrópicas ou alucinogénicas no local de trabalho, se pena mais não grave não couber;
 - Assedie material ou sexualmente os seus colegas no local de trabalho;

- Deixe de informar os dirigentes da prática ou tentativa de prática de qualquer acto contrário à constituição ou a princípios definidos pelo Estado de que tenha conhecimento;
- Falta sem justificação ao serviço até quinze dias seguidos ou trinta dias interpolados durante o ano civil;
- Se sirva das suas funções ou invoque o nome do órgão, estrutura, dirigente ou superior hierárquico para obter vantagens, exercer pressão ou vingança;
- Não aceite exercer funções em qualquer lugar para onde seja designado;
- Pratique nepotismo (favorecimento de familiares), ou outras condutas que demonstrem favoritismo na admissão, promoção ou movimentação de pessoal;
- Pratique actos administrativos que privilegiem interesses estranhos ao Estado em detrimento da eficácia dos serviços;
- **Não atende o cidadão com civismo e respeito.**

e) Demissão:

- Consiste no afastamento do infractor do aparelho do Estado, podendo ser readmitido decorridos 4 anos sobre a data do despacho punitivo, desde que, cumulativamente se prove que através do seu comportamento se encontra reabilitado, a reintegração seja do interesse do Estado, haja vaga no quadro de pessoal e cabimento orçamental (disponibilidade de fundos para sua remuneração);
- A sanção de demissão é aplicável ao funcionário que:
 - Mostre incompetência profissional grave, designadamente ignorância indesculpável, inaptidão, erro indesculpável, bem como reiterado (repetido) incumprimento de leis, regulamentos, despachos e instruções superiores.
 - Reiteradamente (de forma repetida) não cumpra exacta, pronta e lealmente as ordens e instruções dos seus respectivos superiores hierárquicos;
 - Divulgue ou permita a divulgação da informação classificada que conheça em razão de serviço;
 - Abandone injustificadamente o local ou sector de trabalho, recusando enfrentar riscos ou dificuldades resultantes do próprio trabalho ou local;
 - Negligencie a missão que lhe tiver sido confiada em País estrangeiro ou não regresse logo após o cumprimento da função;
 - Falte ao serviço sem justificação até 30 dias seguidos ou 45 dias intercalados, durante o mesmo ano civil.

f) Expulsão:

- Consiste no afastamento definitivo do infractor do Aparelho de Estado, com perda de todos direitos adquiridos no exercício das suas funções.
- A sanção de expulsão, é aplicável ao funcionário que:
 - Atente contra a unidade nacional;
 - Atente contra o prestígio ou dignidade do Estado;
 - Agrida, injurie ou desrespeite gravemente qualquer cidadão ou funcionário no local de serviço ou fora dele por assunto relacionado ao serviço;

- Incite (estímule) os funcionários à indisciplina, à desobediência, às leis e ordens legais superiores ou provoque o não cumprimento dos deveres inerentes à função Pública;
- Viole o segredo profissional ou confidencialidade de que resultem prejuízos materiais ou morais para o Estado, ou para terceiros;
- Falte ao serviço sem justificação até 45 dias seguidos, ou 60 dias intercalados, durante o mesmo ano civil;
- For condenado a pena de prisão maior ou de prisão pela prática de crimes desonrosos e outros que manifestem incompatibilidades com a permanência no aparelho do Estado;
- **Pratique ou tente praticar desvio de fundos ou bens do Estado;**
- Se sirva das funções para solicitar ou receber dinheiro ou promessa de dinheiro ou qualquer vantagem patrimonial, que não lhe seja devido para praticar ou não praticar um acto que implique violação dos deveres ao seu cargo.

BLOCO 3: PONTOS-CHAVE

- 3.1** A responsabilidade disciplinar, consiste na determinação de sanções ou procedimentos disciplinares, para o FAE que não cumpre ou que falte aos seus deveres, abuse das suas funções ou de qualquer forma prejudique a Administração Pública.
- 3.2** A principal finalidade da sanção ou procedimento disciplinar, é além da contenção da infracção disciplinar, a educação do FAE.
- 3.3** As sanções disciplinares aplicáveis aos FAE, são as seguintes, em ordem crescente de gravidade:
- Advertência;
 - Repreensão pública;
 - Multa;
 - Despromoção;
 - Demissão;
 - Expulsão.
- 3.4** É excluída a responsabilidade disciplinar ao funcionário ou agente do Estado que actue em cumprimento de ordens ou instruções ilegais emanadas (emitidas) de legítimo superior hierárquico e em matéria de serviço, se previamente delas tiver reclamado ou tiver exigido a sua transmissão ou confirmação por escrito.
- 3.5** Excepto para as sanções de advertência e repreensão pública, a aplicação de sanção disciplinar a um funcionário ou agente de Estado, é apurada em processo disciplinar escrito, contudo mesmo nos casos de advertência e de repreensão pública, deve-se fazer um registo escrito breve destes procedimentos para servir de comprovativo a posterior.
- 3.6** O processo disciplinar inicia-se por ordem do dirigente e em resultado da participação ou conhecimento directo da infracção.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	16
Tópico	Gestão e Administração dos Recursos Humanos	Tipo	Teórica
Conteúdos	Regime geral do Funcionário e Agente do Estado (EGFAE, REGFAE) – 5ª Parte Responsabilidade Disciplinar – 2ª Parte Processo Disciplinar	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Explicar o propósito de disciplinar membros de uma equipa.
2. Distinguir entre disciplinar (corrigir) e punir.
3. Comparar as formalidades do processo disciplinar legal e as considerações principais da disciplina eficaz.
4. Explicar a importância de documentar oficialmente todas as intervenções disciplinares e o risco de não documentá-las.
5. Explicar os procedimentos de instauração do processo disciplinar.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Responsabilidade Disciplinar sob Ponto de Vista de Gestão dos Recursos Humanos		
3	Procedimentos de Instauração do Processo Disciplinar		
4	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolver o material):

- Ministério da Função Pública, *Estatuto Geral do Funcionário e Agente do Estado*, 1ª edição, 2009
- Ministério da Função Pública, *Regulamento do Estatuto Geral do Funcionário e Agente do Estado*, Boletim da República número 35
- MEDEX currículo. Certificado do associado de ciência (Associate of science degree). Cooperativa de Guayana: Ministério de Saúde, Departamento de Educação das Ciências da Saúde. República; 2008.
- McMahon R. Barton E. Piot M. Sendo um líder: um guia para a gestão no cuidado primário (On being in charge: a guide to management in primary health care). Geneva: Organização Mundial de Saúde; 1992.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem

1.2 Apresentação da estrutura da aula

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: RESPONSABILIDADE DISCIPLINAR SOB PONTO DE VISTA DE GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS

Na aula anterior, foram descritos os princípios da responsabilidade disciplinar, sob o ponto de vista legal. Nesta aula, serão descritos aspectos particulares da responsabilidade disciplinar sob o ponto de vista da gestão de recursos humanos.

O gestor da equipa de saúde, tem para além de outras funções, a responsabilidade por zelar pela disciplina e atitude positiva na sua equipa de trabalho, de forma a garantir uma boa interacção entre os membros da equipa, entre estes e o público, e a atingir os objectivos desejados.

Em geral, problemas de indisciplina não são frequentes, quando a maior parte da equipa tem uma atitude positiva, está motivada e tem boa coordenação entre os membros. Nestes casos, mesmo que haja um ou outro funcionário com tendência negativa, este acaba se emendando naturalmente, pela atitude positiva da equipa em geral. Mas é importante recordar que problemas eventuais podem surgir, e que embora esta seja na maior parte das vezes uma tarefa desagradável, o gestor deve estar habilitado e preparado para geri-los.

Aplicar medidas disciplinares, consiste em corrigir comportamentos inapropriados ou atitudes negativas (mau atendimento ao público, encerramento das actividades antes do horário estipulado, uso de linguagem inapropriada com os colegas, etc) por parte dos membros da equipa, que aconteçam no local do trabalho e causem prejuízo para o alcance dos objectivos. Quando feita de forma positiva, esta prática tem resultados muito positivos e sempre que possível deve ser preferida à aplicação de sanções ou punições, que resultam em atitudes ainda mais negativas por parte dos funcionários.

Alguns aspectos a ter em conta na aplicação de medidas disciplinares, são os seguintes:

- Tenha em conta o comportamento e desempenho do trabalhador antes de cometer a infracção:
 - É o primeiro episódio?
 - Já lhe tinha chamado atenção?
 - Até então como tem sido o seu desempenho?
- Procure saber o que está por detrás do comportamento do funcionário:
 - Problemas pessoais? Sociais? Familiares? Financeiros?
 - Mau entendimento no seio da equipa de trabalho?
 - Falta de habilitações técnicas?
 - Falta de interesse e de comprometimento com o trabalho?
 - Falta de apoio por parte do supervisor?
 - Descontentamento com a liderança?
- Procure apoiar o funcionário no que for necessário (formação em trabalho, apoio psicológico, administrativo);
- Seja justo e imparcial com os membros da equipa, para que o funcionário infractor não se sinta injustiçado;
- Dê tempo para que o funcionário melhore e demonstre confiança no seu desempenho;

- Mantenha o respeito pelo funcionário infractor, evite chamar atenção em frente dos outros colegas (excepto nos casos de punições verbais como advertência e repreensão pública) e sobretudo do público.

Uma prática errada, seria a aplicação de sanções (como despromoções, multa, etc), sem antes procurar corrigir o funcionário. De qualquer das formas, mesmo quando não se aplicam sanções, ou quando as sanções são apenas verbais (advertência ou repreensão pública), deve-se fazer um registo para que conste como comprovativo a posterior, caso seja necessário passar para a aplicação de sanções.

BLOCO 3: PROCEDIMENTOS DE INSTAURAÇÃO DO PROCESSO DISCIPLINAR

3.1 Considerações Gerais

São aspectos a considerar sobre os procedimentos de instauração do processo disciplinar, os seguintes:

- 3.7** Excepto para as sanções de advertência e repreensão pública, a aplicação de sanção disciplinar a um funcionário ou agente de Estado, é apurada em processo disciplinar escrito;
- 3.8** O processo inicia-se por ordem do dirigente e em resultado da participação ou conhecimento directo da infracção;
- 3.9** As participações ou queixas verbais são reduzidas a auto escrito (documento escrito) pelo funcionário que as receber ;
- 3.10** Sempre que a participação ou queixa apresentada se mostrar com fundamento para procedimento disciplinar, o dirigente deve designar um funcionário (com experiência na matéria) de igual ou maior graduação do que a do arguido (acusado), o qual passa a ser instrutor do processo, podendo nomear escrivão;
- 3.11** Sempre que necessário para apuramento da verdade o instrutor pode requisitar a quaisquer serviços públicos, autoridades administrativas e policiais, informações e elementos de prova material ;
- 3.12** O número do processo deve ser obrigatoriamente posto na capa do respectivo processo e registado em livro próprio, do qual consta igualmente a identificação e categoria do arguido, a infracção indiciada (denunciada) e posteriormente a decisão final do dirigente.
- 3.13** Sempre que os actos contrários à disciplina praticados pelo funcionário ou agente do Estado acusado constituam crimes ou causem prejuízo ao Estado ou a terceiros, devem ser tiradas cópias do processo e remetidas à autoridades competentes para o início do procedimento criminal ou civil ;
- 3.14** Nas infracções a que for aplicável a pena de demissão ou de expulsão e desde que haja fortes indícios (evidências) de culpabilidade, o arguido pode ser preventivamente suspenso do serviço e dos vencimentos, pelo período máximo de sessenta dias, prorrogável a título excepcional. Não havendo lugar à aplicação das penas de demissão ou expulsão, o arguido recebe os vencimentos de que tiver sido privado nos termos do número anterior ;
- 3.15** São competentes para suspender :
 - As entidades nomeadas pelo Presidente da República ;
 - Os Secretários gerais ;
 - Os secretários Permanentes dos Ministérios ;
 - Os Directores Nacionais ;

- Os Secretários Permanentes Provinciais ;
- Os Directores Provinciais ;
- Os Administradores Distritais ;
- Os Secretários Permanentes Distritais ;
- Os chefes de Posto Administrativo.

3.2 Fases do Processo Disciplinar

O processo disciplinar compreende as seguintes fases :

- 1) Auto de declaração do participante ou queixoso, ou documento equiparado a participação ;
 - 2) Audiência do presumível infractor ;
 - 3) Nota de acusação de que se entrega cópia ao arguido e de que se cobra recibo, da qual conste que o arguido tem o prazo máximo de 5 dias para apresentar, querendo, a sua defesa escrita ou oral ;
 - 4) Defesa do arguido ;
 - 5) Junção do registo biográfico ;
 - 6) Relatório final do instrutor, com proposta fundamentada da decisão a tomar;
 - 7) Despacho de punição ou absolvição, lavrado pelo dirigente competente;
 - 8) Notificação do despacho punitivo ou absolutório ao arguido ;
- A instrução do processo disciplinar inicia com a notificação do despacho que designa o instrutor e termina dentro do prazo de quinze dias. Este prazo pode, em casos devidamente justificados, ser prorrogado por mais 5 dias ;
 - Quando a complexidade da instrução determine a realização de peritagens, deslocações prolongadas ou por exigência de comunicações, o prazo estabelecido anteriormente pode ser prorrogado pelo dirigente ;
 - O superior hierárquico que presenciar directamente a infracção cometida por subordinado seu, toma de imediato as providências aconselháveis e articula, dentro de 24 horas, nota de acusação de que entrega cópia ao arguido, o qual pode responder (caso queira), dentro do prazo máximo de 48 horas;
 - Da nota de acusação deve constar, obrigatoriamente e de forma clara, a infracção ou infracções de que o arguido é acusado, a data e local em que foram praticadas e outras circunstâncias atenuantes e agravantes se as houver e ainda a referência aos preceitos legais infringidos às sanções aplicáveis.
 - De acordo com a natureza e complexidade do processo, outros actos podem tornar-se necessários, como declaração de testemunhas, acareação (confronto entre acusado e acusador), entre outras.
 - O arguido tem o prazo de 5 dias, a contar da data da entrega da nota de acusação, para apresentar (caso queira), a sua defesa por forma escrita ou oral, devendo esta última ser reduzida a auto escrito que é lido na presença de duas testemunhas e assinado por todos os intervenientes. O prazo acima referido pode ser prorrogado por oito dias a requerimento do arguido;
 - Concluída a instrução, o instrutor faz imediatamente o relatório final, completo e conciso, donde conste a existência concreta da infracção, sua qualificação e gravidade, bem como a sanção aplicável devendo, no caso de concluir ser infundada a acusação, propor o

arquivamento do processo e providenciar o procedimento criminal contra o participante em caso de litigância (acusação) de má fé;

- O dirigente que mandou instaurar o processo decide no prazo de 15 dias ;
- A decisão é fundamentada e toma sempre em conta os agravantes e atenuantes fixados;
- Se a sanção aplicável não estiver dentro da sua competência, remete seguidamente o respectivo processo ao dirigente competente, pela via hierárquica;
- A decisão final é, por norma, notificada ao arguido, devendo aquele declarar por escrito que tomou conhecimento. Caso tal não seja possível, a decisão é notificada ao arguido através do seu local de trabalho, mediante remessa de certidão do despacho punitivo.

Após o encerramento, prossegue-se com a fase da aplicação de sanções, caso seja considerado culpado o arguido.

A aplicação das sanções obedece às seguintes regras :

- a) Todos os dirigentes são competentes para aplicar as penas de advertência e repreensão pública aos funcionários que lhes estão subordinados ;
- b) São competentes para aplicar a pena de multa aos funcionários que lhes estão subordinados, os seguintes dirigentes :
 - A nível central, os chefes de departamento ;
 - A nível local, os Secretários Permanentes Provinciais, Directores Provinciais, Administradores Distritais, Presidentes dos conselhos Municipais, Secretários Permanentes Distritais e Chefes de Posto Administrativo.
- c) São competentes para aplicação das penas de despromoção aos funcionários que lhes estão subordinados, os seguintes dirigentes :
 - A nível central : Directores nacionais ;
 - A nível local : Governadores Provinciais e Administradores Distritais.
- d) As penas de demissão e expulsão só podem ser aplicadas pelos dirigentes que têm competência para nomear, sem prejuízo destes serem competentes para aplicar todas as restantes penas disciplinares.

O arguido, pode apresentar recurso, caso não concorde com o desfecho do processo disciplinar, e com a sanção aplicada.

A apresentação de recurso, obedece aos seguintes moldes:

- Da decisão punitiva cabe recurso para o dirigente imediatamente superior àquele que puniu, a interpor no prazo de 10 dias, contados a partir da data da tomada de conhecimento do respectivo despacho, mediante apresentação do requerimento, donde constem as alegações que fundamentam o pedido.
- Findo o prazo de 30 dias, sem que haja despacho, o recorrente pode reclamar dessa falta ao dirigente imediatamente superior àquele a quem recorreu e, não sendo atendido, ao Ministro respectivo ;
- Na falta de despacho, dentro do prazo legal, pode o Ministro respectivo determinar procedimento disciplinar ao dirigente que tiver falhado;
- Das sanções de advertência e de repreensão pública não há lugar a recurso.

Se do processo resultar que a punição teve origem na inexactidão intencional ou culposa de informações ou declarações deturpadas, procede-se disciplinarmente contra o autor das mesmas, sem prejuízo da responsabilidade criminal que possa ser exigida.

BLOCO 4: PONTOS-CHAVE

4.1 Aplicar medidas disciplinares, consiste em corrigir comportamentos inapropriados ou atitudes negativas (mau atendimento ao público, encerramento das actividades antes do horário estipulado, uso de linguagem inapropriada com os colegas, etc) por parte dos membros da equipa, que aconteçam no local do trabalho e causem prejuízo para o alcance dos objectivos.

4.2 Alguns aspectos a ter em conta na aplicação de medidas disciplinares, são os seguintes:

- 1) Tenha em conta o comportamento e desempenho do trabalhador antes de cometer a infracção;
- 2) Procure saber o que está por detrás do comportamento do funcionário;
- 3) Procure apoiar o funcionário no que for necessário (formação em trabalho, apoio psicológico, administrativo);
- 4) Seja justo e imparcial com os membros da equipa, para que o funcionário infractor não se sinta injustiçado;
- 5) Dê tempo para que o funcionário melhore e demonstre confiança no seu desempenho;
- 6) Mantenha o respeito pelo funcionário infractor, evite chamar atenção em frente dos outros colegas (excepto nos casos de punições verbais como advertência e repreensão pública) e sobretudo do público.

4.3 O processo disciplinar compreende as seguintes fases :

- 1) Auto de declaração do participante ou queixoso, ou documento equiparado a participação ;
- 2) Audiência do presumível infractor ;
- 3) Nota de acusação de que se entrega cópia ao arguido e de que se cobra recibo, da qual conste que o arguido tem o prazo máximo de 5 dias para apresentar, querendo, a sua defesa escrita ou oral ;
- 4) Defesa do arguido ;
- 5) Junção do registo biográfico ;
- 6) Relatório final do instrutor, com proposta fundamentada da decisão a tomar;
- 7) Despacho de punição ou absolvição, lavrado pelo dirigente competente;
- 8) Notificação do despacho punitivo ou absolutório ao arguido ;

4.4 A instrução do processo disciplinar inicia com a notificação do despacho que designa o instrutor e termina dentro do prazo de quinze dias. Este prazo pode, em casos devidamente justificados, ser prorrogado por mais 5 dias.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	17
Tópico	Gestão de Recursos Humanos na Unidade Sanitária	Tipo	Teórica
Conteúdos	A Equipa de Saúde de uma Unidade Sanitária Introdução à Liderança Comunicação com os Membros da Equipa	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

Sobre a Equipa de Saúde de uma Unidade Sanitária:

1. Definir as principais responsabilidades do líder e dos membros de uma equipa de saúde.
2. Descrever o papel de um líder de uma equipa de saúde incluindo:
 - a. Guiar e apoiar a equipa;
 - b. Cuidar de pacientes e trabalhar com membros da comunidade;
 - c. Garantir o material e equipamento para o trabalho;
 - d. Ajudar a equipa a alcançar os seus objectivos;
 - e. Fazer com que as equipas assumam responsabilidades na execução das actividades, de acordo com os objectivos traçados.
3. Listar as habilidades essenciais para liderar uma equipa de saúde.

Sobre Introdução à Liderança:

1. Listar e definir os seguintes estilos de liderança comuns: autocrática, anárquica (“deixa-andar”) e participativa (democrática).
2. Listar as condições/circunstâncias em que liderança participativa é mais apropriada e circunstâncias em que liderança autocrática é mais apropriada, e os vantagens / riscos de cada estilo.

Sobre Comunicação com os Membros da Equipa:

1. Descrever os aspectos da comunicação eficazes para uma equipa de trabalho e os resultados/riscos de uma comunicação inadequada.
2. Listar os impedimentos comuns para uma comunicação eficaz e sugerir técnicas ou dicas para ultrapassar os mesmos.
3. Listar e explicar dicas/sugestões para comunicação eficaz.
4. Listar, explicar e demonstrar as seguintes estratégias para comunicação eficaz:
 - a. Manter simplicidade e clareza nas suas mensagens e conversas (incluindo o uso de palavras simples, em vez de palavras complexas);
 - b. Colher ideias, comentários e sugestões dos membros da equipa;
 - c. Ser consciente da disposição e atitudes de membros da equipa que podem influenciar a comunicação;
 - d. Explicar claramente as tarefas e as responsabilidades dos membros do grupo;
 - e. Fazer perguntas para confirmar o entendimento.
5. Definir, explicar e demonstrar a escuta activa, incluindo:
 - a. Aplicar os dois momentos importantes para a resolução e decisão de assuntos profissionais (envolvimento existencial e distanciamento reflexivo);
 - b. Fazer perguntas e parafrasear para clarificar a compreensão;
 - c. Evitar distrações;
 - d. Considerar as características do comunicador para facilitar compreensão;
 - e. Usar “comunicação não-verbal” apropriada

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	A Equipa de Saúde de uma US		
3	Introdução à Liderança		
4	Comunicação com os Membros da Equipa		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolver o material):

- MEDEX currículo. Certificado do associado de ciência (Associate of science degree). Cooperativa de Guayana: Ministério de Saúde, Departamento de Educação das Ciências da Saúde. República; 2008.
- McMahon R. Barton E. Piot M. Sendo um líder: um guia para a gestão no cuidado primário (On being in charge: a guide to management in primary health care). Geneva: Organização Mundial de Saúde; 1992.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: A EQUIPA DE SAÚDE DE UMA UNIDADE SANITÁRIA

2.1 A Equipa de Saúde de uma US - Responsabilidades

- A equipa de saúde de uma unidade sanitária, é constituída por um grupo de funcionários de saúde, que trabalham em coordenação, cada um nas suas respectivas áreas, para suprir as necessidades de saúde da comunidade em que estão inseridos;
- A dimensão e a composição das equipas de saúde, variam em conformidade com o tipo de unidade sanitária, nível dos serviços de saúde prestados, e com o volume populacional que se deve cobrir;
- A grande particularidade das equipas de saúde, é que estas são formadas por funcionários de categorias e competências técnicas diferentes (serventes, médicos, técnicos, radiologistas, administrativos, enfermeiros, etc), que trabalham em coordenação, para garantir os cuidados de saúde para a população.
- É muito importante que os membros da equipa respeitem o trabalho dos outros, independentemente de ser de categoria inferior ou superior, pois ninguém pode fazer o trabalho todo sozinho, e todos desempenham papel importante nas diversas áreas de atendimento à comunidade;
- Muitas vezes, é comum o pessoal de saúde das unidades sanitárias, assumir apenas como responsabilidade, a prestação de cuidados aos utentes das suas unidades sanitárias, contudo, importa enfatizar, que a preocupação do pessoal de saúde deve ser para com toda a comunidade, e não apenas com aqueles que conseguem chegar às unidades sanitárias.
- É sabido, que actualmente, a cobertura populacional do SNS a nível nacional é de aproximadamente 50%, ou seja, o SNS, apenas consegue garantir serviços de saúde para metade da população do País, razão pela qual, sobretudo em zona rural, o trabalho na comunidade e o envolvimento comunitário, devem ser priorizados, pelas equipas de saúde.

2.2 O Papel do Gestor da Equipa de Saúde

O papel do gestor numa equipa de saúde é principalmente de garantir que a equipa de saúde da unidade sanitária responde eficaz e eficientemente às necessidades de saúde da população.

Ser gestor de uma equipa de saúde, não é tarefa fácil, sobretudo, porque muitas vezes os gestores das equipas de saúde no SNS, são pessoas com formação técnica em áreas específicas de saúde, e não concretamente em gestão e administração. Outro factor, é que para além das actividades administrativas, o gestor de saúde, apresenta também outras responsabilidades, a que deve responder. Para cumprir com o seu papel, o gestor da equipa de saúde, deve estar em condições de realizar as seguintes tarefas:

- Gerir e orientar a equipa de saúde da unidade sanitária, para que todos trabalhem de forma coordenada e integrada, e produzam resultados positivos e de qualidade na prestação de cuidados de saúde, promoção de saúde e prevenção de doenças;
- Apoiar e supervisionar a equipa de saúde, na implementação das actividades, estimulando-os para que cada um se sinta responsável pelo alcance de bons resultados;

- Realizar actividades técnicas na sua área de formação em saúde para garantir que todos as actividades necessárias da unidade sanitária sejam implementadas, para motivar a sua equipa, para capacitar membros da equipa, para manter uma compreensão das demandas do trabalhador, para manter ligações com a comunidade e adquirir confiança com eles;
- Gerir de forma íntegra e rigorosa, os recursos (financeiros, materiais e humanos) disponíveis na unidade sanitária, de forma que cada membro da sua equipa seja capaz de prestar os serviços da sua responsabilidade duma maneira eficaz e eficiente;
- Manter a colaboração, cooperação e unidade da equipa para puder alcançar os seus objectivos e prestar os melhores serviços possíveis;
- Estabelecer contacto e cooperação, com outras instituições do governo e entidades influentes;
- Estabelecer contacto e cooperação com a comunidade, através do intercâmbio com as autoridades comunitárias, no sentido de melhorar a adesão da população aos cuidados de saúde, e de melhorar o seu relacionamento com a unidade sanitária;

Abaixo descritos os principais aspectos a ter em conta na gestão e liderança do pessoal de saúde, pois conforme veremos, ser um líder eficiente para uns pode ser mais difícil do que para os outros, mas sempre, é possível aprender-se a liderar de forma mais conveniente.

BLOCO 3: INTRODUÇÃO À LIDERANÇA DUMA EQUIPA DE SAÚDE

3.1 Conceito

“O bom líder”, como “o bom professor”, é o conjunto de faculdades individuais, de experiências que vem exercendo em posições de liderança, de reflexões e conhecimentos adquiridos. Entretanto, a liderança pode ser definida como:

- Capacidade de influenciar pessoas para que se envolvam voluntariamente em tarefas para a concretização de objectivos comuns
- Capacidade para promover a acção coordenada, com vista ao alcance dos objectivos organizacionaisⁱ
- Um fenómeno de influência interpessoal exercida em determinada situação através do processo de comunicação humana, com vista à comunicação de determinados objectivos.

A habilidade de liderar, é uma das principais habilidades que um gestor deve possuir, para dirigir com sucesso uma equipa. Está relacionada às características pessoais do indivíduo, que o conferem respeito e confiança por parte dos membros da equipa, e algumas pessoas são líderes de forma inata (mesmo não estando em cargos de direcção e chefia), enquanto que outras (mesmo as que estão em cargos de direcção e chefia), precisam de aprender a liderar.

Em geral, existem 5 características ou habilidades fundamentais necessárias para liderar uma equipa de saúde:

1. A habilidade de comunicar eficazmente com a sua equipa;
2. A habilidade de motivar e apoiar (e defender) os membros da sua equipa;
3. A habilidade de manter a disciplina na sua equipa;
4. A habilidade de capacitar membros da sua equipa ;
5. A habilidade de resolver conflitos na sua equipa.

Nesta aula será descrita a habilidade de comunicar eficazmente com a sua equipa e com outras entidades com as quais a equipa interage. As outras habilidades são abordadas ao longo da disciplina.

Não há uma forma única e exclusiva de liderança. Para melhor entendimento da matéria, abaixo apresentam-se as 3 formas de liderança mais praticadas:

3.2 Tipos de Liderança e suas Características

3.2.1 Liderança autocrática

Este tipo de liderança, é também chamada de **autoritária ou directiva**, e é enfocada nos objectivos e tarefas a realizar para atingi-los.

O líder autocrático apresenta as seguintes características:

- É focado apenas nas tarefas;
- Toma decisões individuais, na maior parte das vezes desconsiderando a opinião dos liderados;
- É quem ordena, impõe sua vontade, centralizando todas as decisões;
- Geralmente não se importa com o que os liderados pensam ;
- Julga-se indispensável, mostrando que só a sua maneira de fazer as coisas é a correcta ;
- Divide pouquíssimo serviço, preferindo concentrar as actividades em si ;
- É comum por parte deste líder, reacções coléricas, de irritação, de incompreensão com erros alheios ;
- Infunde um certo temor nos liderados, para que não o contradigam;
- Usa de artifícios para que o obedeçam sem dialogar ;

Este estilo não é indicado quando a equipe de trabalho é experiente e profissional, pois terá a rejeição por parte desses subordinados. Porém, poderá ser utilizada para disciplinar o grupo que está indiferente às suas actividades e em alguns casos de dificuldades dentro da instituição, que exigem acções mais rígidas. A liderança autocrática também é útil para gerir situações de urgência, em que decisões importantes devem ser tomadas rapidamente.

Neste tipo de liderança, as decisões são tomadas com rapidez, o que é muito positivo, mas o problema é que, quando um líder autocrático termina o seu mandato, muitas vezes o grupo fica perdido, por não estar acostumado a tomar suas próprias decisões, provocando um vazio no poder de comando.

3.2.2 Liderança democrática:

Este tipo de liderança, é também chamada de **participativa ou consultiva**, e é enfocada nas pessoas, permitindo a participação dos liderados no processo de tomada de decisões.

O líder democrático apresenta as seguintes características:

- Orienta o grupo a executar suas actividades, fazendo-o participar da tomada de decisão;
- Permite que todo grupo contribua com opiniões e sugestões;
- Difunde nos membros do grupo, os sentidos de dever e de responsabilidade pelo alcance dos objectivos da instituição, de tal forma que os membros do grupo, sintam que o alcance dos objectivos é da responsabilidade de todos e não apenas do gestor;
- Sumariza as opiniões dos membros do grupo, e usa da sua experiência para orientar o grupo ao sucesso ;
- Geralmente, tem um conceito equilibrado sobre si, não temendo que haja lideres que sejam melhores do que ele, em determinados aspectos;

- É receptivo para ouvir e aceitar opiniões diferentes;

Este tipo de liderança, é indicado nos casos em que a sobrecarga de trabalho é elevada, pois todos assumem responsabilidades por áreas determinadas, e aliviam o peso de trabalho do gestor. É também indicando em situações de actividades complexas, como por exemplo a elaboração do plano de acção anual.

A dificuldade, é a demora para tomada de decisões em tempos de crises, por conseguinte, decisões importantes podem ser adiadas ou simplesmente não tomados quando não se consegue chegar a um consenso.

3.2.3 Liderança liberal:

Este tipo de liderança, é também chamada de **anárquica** ou “**deixa andar**”, e parte-se do princípio que o grupo é maduro, e não precisa de supervisão do seu líder.

O líder liberal apresenta as seguintes características:

- Pouco interfere no trabalho dos membros da sua equipa;
- Permite que os membros da equipa tomem decisões e decidam o rumo das suas actividades;
- Raramente dá ordens, não traça objectivos, não orienta os liderados, apenas deixa as actividades andarem;

A liderança liberal, muitas vezes, é exercida por pessoas que pretendem ausentar-se com frequência do grupo. Não querem ter o trabalho de organizar, planificar e fiscalizar o trabalho. Em muitos casos, foram eleitos porque ninguém queria o cargo ou então porque queriam apenas o título de líder não tendo a garra e a vontade de liderar. É comum encontrar-se liderados inconformados com esta atitude.

Para melhor entendimento, abaixo apresenta-se uma tabela resumo, sobre as principais diferenças de cada tipo de liderança:

Tabela 1: Principais diferenças entre os tipos de liderança: autocrática, democrática e liberal

Liderança	Autocrática	Democrática	Liberal
Fixação de objectivos	O líder fixa as directrizes, sem qualquer participação do grupo	As directrizes são debatidas e decididas pelo grupo, estimulado e assistido pelo líder	Há liberdade total para as decisões grupais ou individuais, e mínima participação do líder
Determinação de recursos e estratégias a usar	O líder determina as providências para a execução de tarefas, cada uma por vez, a medida que se tornam necessárias e de modo imprevisível para o grupo	O grupo esboça as providências para atingir o alvo e é aconselhado pelo líder, que sugere alternativas para o grupo escolher. As tarefas ganham novas perspectivas com os debates	A participação do líder é limitada, apresentando apenas materiais variados ao grupo, esclarecendo que poderia fornecer informações desde que as pedissem
Determinação das actividades a realizar	O líder determina a tarefa que cada um deve executar, e qual o seu companheiro de trabalho	A divisão das tarefas fica a critério do grupo e cada membro tem liberdade de escolher seus companheiros de trabalho. O líder dá a sua opinião quando necessária	A divisão das tarefas e escolha dos colegas, fica a cargo do grupo. Sem total participação do líder

Na prática, o gestor poderá utilizar os três estilos de liderança, de acordo com a tarefa a ser executada, os membros da equipa e a situação. O gestor tanto poderá mandar cumprir as ordens como sugerir aos colaboradores a realização de certas tarefas, ou ainda consultar antes de tomar decisões.

O desafio está em saber como aplicar cada estilo, com quem e em que circunstância e tarefas a serem desenvolvidas.

4.1 Importância da Comunicação Eficaz na Equipa de Saúde

O sucesso do trabalho em equipa, depende do bom relacionamento, intercâmbio e comunicação, entre os membros da equipa, e principalmente, entre o líder e os demais membros da equipa.

Conforme descrito acima, o estilo de liderança, ou seja, a forma como o líder orienta a sua equipa, influencia no desempenho dos mesmos. O líder deve procurar colher dos membros da equipa, os contributos para a tomada de decisões importantes. Também é importante, que o líder preste atenção para os aspectos relacionados à motivação e satisfação dos funcionários, e a outros aspectos que influenciem no seu desempenho. Tudo isso, só é possível, se dentro da equipa, a comunicação for eficaz.

Conforme veremos, no exemplo abaixo, para uma equipa de saúde, os resultados da má comunicação entre os membros da equipa, podem ser desastrosos, e até mesmo, levar a morte de pacientes.

Um exemplo comum no dia-a-dia das unidades sanitárias, é que por falta de conhecimento, nalgumas vezes os clínicos prescrevem medicamentos não disponíveis na unidade sanitária (por stock insuficiente, ou outros motivos). Quando a comunicação na equipa da enfermaria não é boa, o enfermeiro simplesmente limita-se a administrar os outros medicamentos prescritos, assumindo que talvez o clínico saiba que o medicamento X não está disponível e por isso obviamente não está a ser administrado. O enfermeiro, neste caso, não sabe a importância do respectivo medicamento para o tratamento da doença que o paciente apresenta. Por outro lado, o clínico pode ficar confuso, sem perceber porque é que o paciente não melhora, apesar de ele sentir que fez o diagnóstico e a prescrição correctas, e tomar condutas inapropriadas, por fim, quem se prejudica com tudo isto, é o doente que pode piorar ou até perder a vida.

No exemplo acima, está patente a falta de comunicação na equipa, que poderia ser resolvida com apenas uma frase como esta por exemplo: “ ***Tc Arlindo, vejo que prescreveu Ampicilina para este paciente, mas a enfermaria não tem e o farmacêutico diz que só irá receber daqui há uma semana, mas temos outros antibióticos injectáveis, como Penicilina Cristalina, Gentamicina, etc.***”

4.2 Estratégias a Usar para Garantir Comunicação Eficaz

Antes de começar a falar especificamente nas estratégias para uma comunicação eficaz, é importante recordar que:

- Mais importante do que a boa comunicação numa equipa reunida (numa reunião de balanço por exemplo), é a comunicação entre o pessoal de saúde de diferentes sectores, no dia a dia de trabalho;
- A comunicação da equipa de saúde é feita de forma verbal e visual, ou de forma escrita. Temos de ter em conta, que no dia-a-dia de trabalho, esta equipa, desempenha as suas tarefas, em sectores diferentes (laboratório, enfermarias, administração, lavandaria, economato), por vezes distantes, e muitas vezes sem a possibilidade de contacto visual nem verbal, e na maior parte das unidades sanitárias em zona rural, o contacto verbal à distância (via telefones) é difícil. Nestes casos, o intercâmbio, entre os sectores e respectivos membros da equipa, é feito de forma escrita, através de uma série de documentos, como guias de transferências, relatórios médicos, cartões de saúde (de vacinação, de tuberculose), fichas pré-natais, requisições, etc, e para que haja boa coordenação, é necessário que se registe devidamente e de forma legível, a informação nestes documentos.

Ao buscar estratégias para garantir que haja boa comunicação dentro da equipa, o líder deve ter em mente que trabalhar com pessoas, é diferente de trabalhar com coisas. Ao contrário das coisas, as

peças têm sentimentos, atitudes, opiniões, ideias e posições em relação a determinados assuntos, e sentem-se frustradas, se não podem transmitir, ou partilhar esses sentimentos e opiniões com os outros.

É importante, que cada trabalhador goste e que entenda a importância do trabalho que faz, para que o faça com zelo e comprometimento suficiente para produzir bons resultados.

Outro aspecto a recordar, é que em geral, é comum haver dificuldades de relacionamento entre os membros de uma equipa, muitas vezes resultantes de comunicação deficiente entre estes. Por outro lado, os problemas de relacionamento, agravam os problemas de comunicação dos membros da equipa, e esta situação pode tornar-se num ciclo vicioso, que só vai contribuir para um mau desempenho da equipa.

O líder da equipa, deve prestar particular importância a todos aspectos mencionados acima, e tal só será possível, se este procurar estabelecer um bom sistema de comunicação com os membros da sua equipa e entre estes.

Como estratégias para garantir a boa comunicação no seio da equipa, o líder deve :

- Garantir que as mensagens orais ou escritas que veiculam dentro da equipa, sejam emitidas de forma clara, objectiva e acessível à todos os membros da equipa.

Quando a comunicação é escrita, os documentos específicos para o pessoal técnico, podem apresentar linguagem técnica, pois só a aquele grupo restrito interessam. Contudo, ao elaborar documentos direccionados à todo pessoal da unidade sanitária, é importante que se tenha o cuidado de utilizar a linguagem mais clara possível. O mesmo cuidado se aplica, quando a comunicação é verbal.

- Fazer a auscultação dos pontos de vista de todos os membros da equipa (independentemente do cargo e categoria):

A equipa de saúde é muito diversificada, e apresenta elementos com níveis diferentes de formação, e áreas diferentes de formação, mas isso não pode impedir que cada um expresse os seus ideais e opiniões sobre o trabalho. Um servente por exemplo, não precisa de estudar, para saber que os doentes não comem a quantidade certa de alimentos, pela atitude e comentários dos doentes, ele pode concluir que a quantidade de alimentos é pouca, por outro lado, um técnico de nutrição, pode comprovar por meio de cálculos de gramas de alimentos por quilograma de peso, que a quantidade de alimentos não é apropriada. Neste caso, tanto o técnico como o servente transmitem a mesma informação, usando fontes diferentes, e ambas opiniões devem ser respeitadas e analisadas.

- Garantir a integração dos diversos sectores da unidade sanitária (através de encontros de coordenação, capacitações, etc) de forma as diversas equipas trabalhem de forma integrada, com um mesmo objectivo, e não cada um apenas preocupado em fazer o seu trabalho.

Um exemplo comum nas unidades sanitárias, é que o mesmo paciente que está em tratamento para tuberculose durante 6 meses ou mais, abandona o tratamento anti-retroviral, apesar de ele durante esse período, estar a deslocar-se todos os dias para receber os tuberculostáticos no sector de PNCT. Uma simples pergunta do enfermeiro do PNCT ao paciente para saber se ele continua com o TARV, poderia despertar a resolução do problema, e evitar que este abandonasse o TARV, que deve ser tomado toda vida.

- As mensagens emitidas e retornadas pelos demais colegas sejam devidamente percebidas e consumidas, e que tenham o efeito desejado. Para tal, algumas estratégias importantes, que o gestor deve ter em conta são:

- 1) Manter simplicidade e clareza nas suas mensagens e conversas (incluindo o uso de palavras simples, em vez de palavras complexas);
 - 2) Colher ideias, comentários e sugestões dos membros da equipa;
 - 3) Ser consciente da disposição e atitudes de membros da equipa que podem influenciar a comunicação;
 - 4) Explicar claramente as tarefas e as responsabilidades dos membros do grupo;
 - 5) Fazer perguntas para confirmar o entendimento.
- Garantir que cada membro do grupo conheça exactamente as suas tarefas e funções, para que todos se responsabilizem pelas suas actividades, e possam planificá-las da melhor forma, de acordo com o seu tempo e rotina de trabalho. Isto também, é importante, porque evita a velha desculpa: “**Não sabia**” proferida pelas pessoas que não fazem as suas tarefas, e permite que o gestor faça melhor supervisão e apoio aos seus subordinados.

Como motivador da equipa, o líder anima os membros a reunir, programar e combinar as actividades. No estabelecer objectivos e tarefas, estimula o grupo, clarifica factos e opiniões importantes, promove que cada um dos elementos da equipa clarifique as suas próprias opiniões, dá atenção e valoriza as propostas, regula as participações criando um clima de união e cordialidade.

O líder suporta o grupo, suaviza as tensões latentes e ajuda os membros a encontrar formas para que o trabalho seja cumprido satisfatoriamente e com satisfação dos trabalhadores. Dá espaço e confiança a todos os membros da equipa evitando abusos de personalidade e estimulando as pessoas tendencialmente tímidas e passivas para se exprimirem.

O líder não usa e não deixa usar expressões que bloqueiam a iniciativa, quais são: “Uma pessoa sabe... Outra não...”, “só há uma boa maneira de fazer correctamente...”, “ninguém pode falhar aqui.” Ao contrário, usa expressões que favorecem a iniciativa e promovem maneiras inovadoras de solucionar os problemas, do tipo seguinte: “aprende-se com os erros”, “cada um detém uma parte pertinente do saber”, “cada um pode encontrar a sua maneira de realizar a tarefa”, “todos podem ter iniciativa”.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1 A equipa de saúde de uma unidade sanitária é constituída por um grupo de funcionários de saúde, que trabalham em coordenação, cada um nas suas respectivas áreas, para suprir as necessidades de saúde da comunidade
- 5.2 O gestor duma equipa da saúde é principalmente responsável por garantir que a equipa de saúde da unidade sanitária responde eficaz e eficientemente às necessidades de saúde da população
- 5.3 As principais tarefas de um líder de uma equipa de saúde são: Gerir e orientar, Apoiar e supervisionar, Realizar actividades técnicas na sua área de formação em saúde, Gerir os recursos (financeiros, materiais e humanos) disponíveis na unidade sanitária, entre outros
- 5.4 As 5 habilidades fundamentais necessárias para liderar uma equipa de saúde: comunicar eficazmente, motivar e apoiar, manter a disciplina, capacitar membros da equipa, resolver conflitos
- 5.5 As 3 formas de liderança mais praticadas são autocrática, democrática e liberal.
- 5.6 Estratégias para garantir a boa comunicação na equipa incluem: simplicidade e clareza, colher ideias, comentários e sugestões, disposição e atitudes, explicar tarefas e as responsabilidades e fazer perguntas

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	18
Tópico	Gestão de Recursos Humanos na Unidade Sanitária	Tipo	Teórica
Conteúdos	Motivação e Apoio aos Membros da Equipa Reuniões e Encontros	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

Sobre motivação e apoio aos membros da equipa:

1. Definir motivação e explicar a sua importância no bom funcionamento de uma equipa.
2. Explicar as teorias de motivação, incluindo o ciclo motivacional, a pirâmide de Maslow e teoria de Herzberg
3. Descrever o papel do líder em motivar e apoiar a sua equipa.
4. Listar e descrever maneiras de motivar uma equipa, dando exemplos de técnicas que podem ser utilizadas.

Sobre Reuniões e encontros:

1. Listar as várias funções de reuniões, incluindo:
 - a. Comunicação de informação;
 - b. Troca de ideias;
 - c. Tomada de decisões.
2. Listar e explicar os passos de preparação de uma reunião, incluindo determinar:
 - a. Função da reunião;
 - b. Motivo da reunião;
 - c. Tipo de encontro;
 - d. Duração da reunião;
 - e. Local da reunião;
 - f. Quem vai convocar e organizar;
 - g. Como e quem será responsável para informar os participantes.
3. Explicar o propósito e a importância dos seguintes aspectos de conduzir uma reunião:
 - a. Facilitação;
 - b. Elaboração da acta;
 - c. Controlo do tempo.
4. Listar e demonstrar algumas técnicas de facilitação.
5. Explicar o que deve constar numa acta de reunião.
6. Elaborar uma acta de uma reunião.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Motivação e Apoio aos Membros de uma Equipa		
3	Reuniões e Encontros		
5	Como Elaborar a Acta de uma Reunião		
6	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolver o material):

- MEDEX currículo. Certificado do associado de ciência (Associate of science degree). Cooperativa de Guayana: Ministério de Saúde, Departamento de Educação das Ciências da Saúde. República; 2008.
- McMahon R. Barton E. Piot M. Sendo um líder: um guia para a gestão no cuidado primário (On being in charge: a guide to management in primary health care). Geneva: Organização Mundial de Saúde; 1992.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem

1.2 Apresentação da estrutura da aula

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: MOTIVAÇÃO E APOIO AOS MEMBROS DE UMA EQUIPA

Nas aulas anteriores, foram introduzidos conceitos importantes (liderança, comunicação dentro da equipa), sobre o trabalho em equipa. Neste bloco, será descrito um outro conceito muito importante, crucial para um bom trabalho em equipa, denominado motivação.

Motivação é uma força, uma energia que impulsiona na direcção de algo ou alguma coisa. A motivação pode ser intrínseca ou extrínseca. A primeira refere-se à motivação gerada por necessidades e motivos da pessoa. Já a motivação extrínseca refere-se à motivação gerada por processos de reforço e punição. Nos dois casos, entretanto, são sempre determinadas pela interacção ambiente-indivíduo.

A motivação, é resultado da inter-acção de uma série de factores internos (características pessoais do indivíduo) e factores externos (relacionados ao seu meio social, meio familiar, meio de trabalho, meio cultural, etc), sendo que a forma como estes se contrabalançam é variável de pessoa para pessoa.

É a motivação que faz com que os indivíduos realizem acções para satisfazer as suas necessidades pessoais (alimentação, higiene corporal, cuidado com aparência), sociais (relacionadas à amizade, relacionamento amoroso), de trabalho, e outras.

Ciclo Motivacional

O ciclo motivacional, é o processo pelo qual as necessidades condicionam o nosso comportamento a algum estado de resolução assim como mostra a figura 1 que se segue:

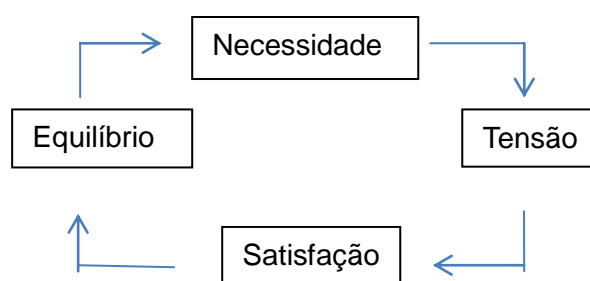


Figura 1. Ciclo Motivacional

O comportamento humano pode ser explicado através do ciclo. As necessidades não são estáticas, ao contrário, são forças dinâmicas e persistentes que provocam comportamentos. Se o comportamento for eficaz, o indivíduo encontrará *satisfação da necessidade* e descarregará a tensão que ela provoca, livrando-o do desconfortável desequilíbrio. Satisfeita a carência, o organismo volta ao estado normal de ajustamento ao meio ambiente, onde provavelmente outro estímulo gerará outra necessidade e o processo se reinicia. Desta forma, os ciclos se repetem indefinidamente na busca da satisfação das necessidades. Portanto, a satisfação de necessidades passadas não torna o homem acomodado, ao contrário, ela incentiva a iniciativas mais ousadas rumo à auto-realização.

O ciclo diferencia entre algo motivador e um factor de satisfação. A *motivação* é definida como a inclinação para a acção que tem como origem uma necessidade. O *motivador* é a própria necessidade enquanto o *factor de satisfação* é algo que satisfaz esta necessidade. Um exemplo prático disso é a sede. Água é um factor de satisfação da necessidade sede, o que motiva a pessoa a buscar a mudança de estado é a sede e não a água. A motivação, portanto, nasce somente das necessidades humanas. Transferindo isto para o ambiente de uma organização, *é possível oferecer factores de satisfação como*

dinheiro, reconhecimento ou promoção, o que eliminará a desmotivação; mas não é possível, com isso, motivar as pessoas. Seguindo este pensamento, jamais alguém estará completamente satisfeito, sempre haverá necessidades não satisfeitas que organizarão e dirigirão novas condutas motivacionais. O homem sempre terá em frente uma nova etapa a ser atingida rumo ao desenvolvimento completo de si mesmo.

Pirâmide de Maslow

Maslow (1908-1970) procurou analisar a estrutura da motivação numa forma hierarquizada (hierarquia das necessidades). A teoria é também conhecida como *pirâmide de Maslow*, em que as necessidades de nível mais baixo, na base da pirâmide, devem ser satisfeitas antes das necessidades de nível mais alto. Cada ser humano tem de "escalar" uma hierarquia de necessidades para atingir a sua completa auto-realização. Maslow define um conjunto de cinco necessidades descritas na pirâmide: 1) necessidades fisiológicas (básicas), tais como a fome, a sede, o sono, o abrigo; 2) necessidades de segurança, que vão da simples necessidade de se sentir seguro dentro de uma casa a formas mais elaboradas de segurança como um emprego estável, um plano de saúde ou um seguro de vida; o sexo; 3) necessidades sociais ou de amor, afecto, e sentimentos tais como os de pertencer e ser reconhecido como parte de uma comunidade; 4) necessidades de estima, que passam por duas vertentes, o reconhecimento das nossas capacidades pessoais e o reconhecimento dos outros face à nossa capacidade de adequação às funções que desempenhamos; 5) necessidades de auto-realização, em que o indivíduo procura tornar-se aquilo que ele pode ser. O escalão mais elevado corresponde à realização completa do ser humano, com a expressão dos potenciais de criatividade, altruísmo, satisfação "espiritual".

A teoria tem sido criticada ao considerar que a hierarquia não é rígida e que a estrutura pode não reflectir a maneira como a motivação se manifesta em muitos indivíduos, mas, mesmo assim, fornece um esquema simples e útil para uma primeira abordagem do conceito.

A Teoria de Herzberg (teoria dos dois factores)

A conceptualização da motivação recebeu uma contribuição interessante por parte de Herzberg (1923-2000). De acordo com este autor, os factores que provocam satisfação no trabalho e aqueles que provocam não-insatisfação pertencem a categorias diferentes e não interagem. Ele chama os primeiros factores motivacionais e os segundos factores higiénicos. A teoria é resumida a seguir.

Os **Factores Motivacionais** são intrínsecos, dizem respeito aos sentimentos de auto-realização e reconhecimento. Mas a sua falta não necessariamente causa insatisfação ou desmotivação: observa-se apenas que nenhuma satisfação está presente.

Os **Factores Higiénicos** localizam-se no ambiente de trabalho, por ex.: salário, benefícios sociais, condições físicas de trabalho. De acordo com Herzberg, quando os factores higiénicos são óptimos, eles apenas evitam insatisfação. E quando precários eles provocam a insatisfação dos empregados.

Tanto o ambiente externo (contexto ambiental) como o trabalho em si são factores importantes na motivação humana. Contudo, apenas o ambiente em que o empregado trabalha e as circunstâncias externas que o envolvem têm sido enfatizadas pela grande maioria das políticas de recursos humanos das organizações. Em outras palavras, sobressaem mais as condições que o rodeiam e aquilo que ele recebe externamente em troca do seu trabalho do que o trabalho propriamente dito.

2.1 Que papel deve realizar o líder na motivação da sua equipa?

A motivação, deve ser um aspecto priorizado pelo líder da equipa, uma vez, que, é sabido, que este, é um factor determinante na qualidade de desempenho de um trabalhador, ou de uma equipa.

O gestor ou líder de uma equipa de saúde, deve ter a preocupação de comunicar eficazmente com a sua equipa, e conseguir captar dos mesmos os factores que os motivam e os que os desmotivam.

Sempre que possível, e sem contrariar as normas regulamentadas, o líder deve procurar apoiar os membros da sua equipa, em outros campos diferentes do campo de trabalho, como os campos social, familiar, financeiro, etc, e há várias formas de o fazer dependendo do contexto e situação. Nalgumas instituições por exemplo, o governo facilita a aquisição de bolsas de estudo para funcionários ou para seus familiares directos, como forma de apoiá-los e de motivá-los.

Profissionais de saúde altamente motivados é a primeira condição para garantir serviços de qualidade. Motivação tem a ver com as condições salariais. Mas seria errado supor que estas sejam as mais importantes, desde que sejam permitidas condições minimamente condignas – teoria dos dois factores. Por ex., a qualidade do relacionamento humano no ambiente de trabalho e a auto-estima que vem da possibilidade de exercer a profissão com competência e meios jogam papéis por vezes mais importantes.

Factores de Motivação

De acordo com um inquérito de 2012, conduzido no sector público e no sector privado, os factores de motivação foram:

- A possibilidade de progredir na carreira profissional;
- A certeza do posto de trabalho e da reforma;
- Salário mais alto;
- As condições de trabalho: organização do serviço, disponibilidade de equipamento, medicamentos e pessoal em número suficiente, o ambiente de trabalho, que inclui as relações com os superiores, entre colegas, modelo de gestão de Recursos Humanos em uso (inclui pagamento de salários dentro dos prazos); o tipo de actividades realizadas; as oportunidades de desenvolvimento profissional.
 - Trabalhar num ambiente sereno é considerado um forte factor motivador
 - Supervisões que visam apoiar os funcionários nos locais de trabalho, ao melhorar as capacidades técnicas e auto-confiança
 - Habitação condigna
 - A protecção do risco profissional e a garantia de tratamentos apropriados em caso de doença

Uma forma de motivação adicional dos profissionais de saúde, tem sido a sua inclusão nas Semanas Nacionais de Saúde, as campanhas de vacinação e suplementação, em que os profissionais de saúde recebem um subsídio para as actividades.

Factores de Desmotivação

Discussões de grupos direccionados e entrevistas individuais com os trabalhadores e gestores da saúde em províncias seleccionadas do País, realizadas como forma de obter subsídios para o PNDRHS 2008-2015, revelaram que havia insatisfação dos trabalhadores da saúde e falta de confiança na capacidade do MISAU para corrigir os problemas do sistema de serviços de saúde. Entre estes problemas, os trabalhadores e gestores destacavam:

- Deficientes condições de trabalho
- Falta de biossegurança
- Não implementação das carreiras

- Uma política de incentivos inadequada às diversas realidades do País
- Não execução da política de incentivos vigente
- Défice de pessoal – origina a sobrecarga de trabalho
- Falta de acesso à formação contínua
- Morosidade na tramitação dos documentos do pessoal

BLOCO 3: REUNIÕES E ENCONTROS

As reuniões fazem parte das actividades realizadas por uma equipa de saúde. É nas reuniões, que o pessoal de saúde pode concertar ideias de trabalho, discuti-las e tomar decisões importantes. Também são um fórum comum para disseminar informações. O problema é que por falta do devido preparo muitas vezes reuniões demoram muito, e alcançam poucos resultados. Abaixo apresentamos algumas orientações para maximizar a eficácia de reuniões.

3.1 Aspectos a Ter em Conta na Preparação de uma Reunião

Os aspectos importantes, a ter em conta durante a preparação duma reunião são :

- a) Tipo de reunião:
 - **Ordinárias** : são as reuniões periódicas planificadas anualmente. Os grupos de participantes e a periodicidade são diferentes. Exemplos : concelhos de base sectoriais, colectivos restritos de direcção, colectivos alargados de direcção, reuniões com comunidade, reuniões gerais dos trabalhadores;
 - **Extra-ordinárias**: reuniões não planificadas, que ocorrem em decorrência de alguma situação ou problema não esperado, e que deve ser resolvido;
- b) Motivo da reunião: balanço das actividades do sector ou da unidade sanitária? Informação sobre um dado novo (Ex: nova lei do trabalho)? Alertar aos funcionários sobre algum assunto (Ex : eminência de uma epidemia de cólera)? Discutir problemas colocados à direcção pela comunidade (Ex : alimentação hospitalar insuficiente e mal confeccionada)? Preparação dum evento (Ex :dia da Malária, dia do enfermeiro, dia da luta contra o HIV);
- c) Elaboração da agenda da reunião : a agenda da reunião deve ser preparada com antecedência e deve ser enviada aos participantes, para que possam reunir informação útil e estudar documentos importantes, de acordo com o respectivo propósito.

Na agenda, devem constar os principais assuntos a serem debatidos, bem como o moderador ou apresentador de cada tema (no caso de ser mais de um). A agenda também deverá apresentar o tempo planificado para a discussão de cada tema.

Tabela 1 : Exemplo de Agenda de conselho de base da enfermaria de Pediatria, do Hospital Rural de Mocuba, mês de Março/2011

Horário	Tema	Apresentador
13 :00 -13 :10	Grau de execução do plano de limpeza da enfermaria	Agente de serviço Maria
13 :10 -13 :20	Discussão do tema anterior	Outros participantes
13 :20 - 13 : 30	Elevado número de abandonos do quarto de malnutrição. O que está por detrás disto ?	Enfermeira Roselda
13 :30 – 14 :00	Discussão sobre o tema anterior	Outros participantes
14:00 -14:20	Aconselhamento para testagem em HIV, à todas crianças suspeitas	Dra Leida

Conforme a agenda ilustra, a distribuição do tempo para cada tema, é variável dependendo da sua importância. Neste caso por exemplo, a questão de abandonos do quarto de malnutrição, foi o tema priorizado.

Os apresentadores ao receberem a agenda com antecedência, poderão se preparar e reunir informação importante para a sua apresentação.

d) Aspectos organizacionais e logísticos:

- Identificação do local onde irá decorrer a reunião, tendo em conta o número de participantes previsto;
- Determinação do horário de início e de término, de acordo com o número de temas a serem discutidos, sua natureza, e número de intervenientes;
- Responsável por organizar o local no dia do encontro;
- Elaboração e envio da convocatória: deve-se ter em conta, que algumas reuniões abrangem pessoal das unidades sanitárias periféricas, e que estes devem ser convocados com antecedência suficiente para poderem estar presentes. Esta actividade, é da responsabilidade do pessoal administrativo;
- Documentos a imprimir? Necessidade de material audio-visual (computador, retroprojector, etc)? Necessidade de preparar ajudas de custo para algum participante (Ex :participantes da periferia).

3.2 Aspectos a Ter em Conta ao Moderar/Facilitar uma Reunião

O moderador ou facilitador, é o presidente da reunião, ou seja, a pessoa que orienta o rumo da reunião. Este, é geralmente, o líder da equipa, e a mesma pessoa que manda convocar a reunião. Alguns aspectos, devem ser tomados em conta ao moderar uma reunião. São os seguintes:

- a) Controle do tempo : o moderador deve evitar que os participantes se percam em discussões sem foco, pouco produtivas ou sobre aspectos não relevantes para a matéria em questão. Também deve evitar repetições sucessivas, e deve ser capaz de limitar as discussões de alguns aspectos, para serem finalizadas a posterior, obedecendo os tempos estipulados na agenda ;
- b) Comunicação : o tipo de linguagem e expressões a usar, deve ir de encontro ao tipo de encontro, e características dos participantes. Numa reunião geral dos trabalhadores, por exemplo, a linguagem deve ser a mais clara e acessível possível, e sem uso de terminologia científica. O presidente ou moderador deve estar atento, e explicar ou pedir que se explique melhor, sempre que algum interveniente usar uma linguagem pouco acessível a todo grupo;

Sempre que necessário, o moderador poderá usar métodos para moderar as intervenções dos participantes. Por exemplo, quando a reunião é mais de carácter informativo, as discussões podem ser limitadas através da exposição de maior parte da informação relevante, ou de elaboração de resumos, de tal forma a que poucas dúvidas permaneçam. Nos casos em que o objectivo da reunião, é colher subsídios sobre algum tema, métodos participativos como perguntas directas, chuva de ideias, debates e outros podem ser usados. Discussões sem foco, e querelas devem ser interrompidas (duma maneira suave) pelo moderador, pois não são produtivas e podem criar mau ambiente de trabalho.

Por exemplo: “colegas, essa discussão é importante, mas ainda temos de resolver mais assuntos. Podemos passar para o próximo assunto, e voltar para esse assunto no fim do encontro, ou podemos pensar mais sobre o assunto e elaborar propostas ao longo da

semana”. (nota, uma discussão irrelevante quase nunca é retomada como o mesmo rigor no fim duma reunião)

c) Regras de convivência : o moderador deve procurar garantir o seguinte:

- Que todos os participantes se sintam a vontade para contribuir;
- Que as ideias de todos os participantes sejam respeitadas;
- Não se devem misturar os assuntos de trabalho, com assuntos pessoais;
- Ordem e disciplina durante a reunião: falar uma pessoa de cada vez, respeito mútuo entre os participantes, evitar conversas paralelas;
- Quando pessoas discordam devem ser permitidas a debater, mas devem criticar a ideia e não a pessoa.

d) Rumo da reunião: o controlo do rumo da reunião, é feito através da moderação do enfoque e nível de discussão dos temas, limitação de discussões improdutivas, repetitivas, ou que dizem respeito a um grupo restrito dos participantes e que não são acessíveis há todos participantes.

Para temas muito polémicos, não vale a pena que toda a gente intervenha, o melhor é fazer um resumo após as primeiras intervenções e perguntar se alguém tem algo a acrescentar.

Sempre que possível, é bom evitar que sejam sempre as mesmas pessoas a falar, e estimular as pessoas mais acanhadas a participar.

e) Etapas da reunião : em geral, as reuniões obedecem a seguinte sequência de trabalho:

1. Antes da reunião, deve ser determinado quem deverá elaborar a acta, ou seja o resumo dos assuntos discutidos.
2. O secretário da acta do último encontro lê a acta. No final todos os que participaram no último encontro fazem correcções ou acréscimos, e após todos concordarem a acta é aprovada e assinada pelo secretário e presidente.
3. O secretário continua, lendo a matriz de constatações e recomendações do encontro, e para cada ponto os respectivos responsáveis devem responder, se foi cumprido ou não, e se não porquê.
4. O presidente, faz um breve balanço sobre o grau de execução da matriz do último encontro. Em geral, começa sempre pelos aspectos positivos e no fim, chama atenção para aspectos negativos que devem ser corrigidos.
5. O presidente/moderador, prossegue com a reunião, apresentando a proposta de agenda e no fim solicita a opinião dos membros sobre a agenda, e permite que algum ponto seja acrescentado pelos participantes que o desejarem fazer.
6. Segue-se a discussão dos pontos de agenda, e no fim a conclusão, com elaboração da matriz de constatações e recomendações, como resumo das decisões tomadas no encontro.
7. No fim da reunião o presidente ou moderador deve parafrasear todos os pontos-chave, decisões tomadas e passos a seguir e responsáveis dos mesmos para:
 - a. Confirmar que todos tenham o mesmo entendimento
 - b. Para ajudar o responsável da acta a elaborar
 - c. Geralmente nenhuma reunião é muito eficaz depois de 2 horas. Sempre que possível deve tentar reduzir o tempo das reuniões, ou programar várias reuniões curtas.

BLOCO 4: COMO ELABORAR A ACTA DE UMA REUNIÃO

Uma acta, é o relato escrito de tudo quanto se tratou numa sessão ou reunião. É o documento que depois irá servir para seguimento das decisões tomadas, durante o respectivo encontro.

Em geral, a acta é elaborada em conjunto com uma matriz de constatações e recomendações, que é a forma resumida de apresentar as constatações, decisões tomadas no encontro. A acta, não deve ser um documento longo e os responsáveis pela sua elaboração, devem terminá-la num período curto de dias, para não se perder a ideia de como os assuntos foram abordados.

A matriz, e a acta das reuniões ordinárias, devem ser lidas e analisadas nos encontros seguintes, antes da discussão dos temas da agenda, para verificar se a situação mudou desde o último encontro, e se as decisões tomadas foram concretizadas.

Abaixo, ilustrado um exemplo da estrutura de uma acta:

1. Introdução

Aos _____ (1) dias do mês de _____ (1) de _____ (1), pelas _____ (1) horas e _____ (1) minutos, realizou-se na _____ (2) uma reunião presidida por _____ (3) e com a presença de _____ (4) e com a seguinte ordem de trabalhos _____ (5).

2. Desenvolvimento

- Constatações e recomendações
- Decisões tomadas
- Responsáveis pela execução
- Prazos

3. Conclusão

E, nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente acta que, depois de lida e aprovada, vai ser assinada pelo presidente e por mim, _____ (6), na qualidade de secretário(a), que a redigi.

O(A)Presidente _____

O (A) Secretário (A) _____

A pessoa que está a elaborar a acta deve sempre confirmar as decisões tomadas e constatações / opiniões chave (e deve ser autorizada a interromper o moderador para esclarecimentos, ou caso este passe de um tópico para outro sem resumir decisões e constatações chave).

Informação Adicional e Relevante Que Deve Constar :

- (2) – Local e nome da instituição.
- (3) – Nome completo do Presidente
- (4) – Nome de todos os participantes
- (5) – Enumeração dos pontos da ordem de trabalho
- (6) – Nome do secretário

O exemplo abaixo, é de uma matriz de constatações e recomendações de uma reunião geral dos trabalhadores :

Tabela 2 : Exemplo de matriz das decisões tomadas na reunião geral dos trabalhadores do Hospital Rural de Songo

Constatações	Recomendações	Responsável	Prazo
Atraso no pagamento de horas extras dos funcionários recém-colocados	O administrador hospitalar deve deslocar-se ao departamento de finanças da direcção provincial de saúde com a lista de todos os funcionários com horas extras em falta, e articular para o pagamento das mesmas, com o salário seguinte	Administrador do hospital	10 dias
Entrada de marginais e de cães vadios no hospital, no período nocturno	Guardas em serviço no período nocturno, devem fechar os portões do hospital, e deve haver sempre alguém na entrada para receber os casos de urgência	Guardas em serviço no hospital	Imediato e permanente
Permanência de funcionários sem crachá de identificação	Os funcionários sem crachá devem articular com administrador do hospital, para se deslocarem a capital provincial a fim de tratar o crachá	Funcionários sem crachá e administrador hospitalar	Imediato
A comunidade queixa-se de mau atendimento na maternidade	Director de enfermagem e director clínico devem reunir com toda equipa da maternidade (incluindo pessoal serventuário), e analisar as queixas emitidas pela população, bem como resolver problemas identificados, e elaborar relatório de trabalho para o director do hospital	Director Clínico Director de enfermagem	7 dias
Aproxima-se o dia do trabalhador	Técnico Sigavale, e outros membros da comissão de eventos, devem preparar a proposta do programa festivo e submeter ao director do hospital, com uma lista de material e apoio necessários	Técnico Sigavale Outros membros da comissão dos eventos	5 dias

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1** A motivação dos membros da equipa, deve ser um aspecto priorizado pelo líder da equipa, uma vez, que é sabido que este, é um factor determinante na qualidade de desempenho de um trabalhador ou de uma equipa.
- 5.2** Profissionais de saúde altamente motivados é a primeira condição para garantir serviços de qualidade. Motivação tem a ver com as condições salariais. Mas seria errado supor que estas sejam as mais importantes, desde que sejam permitidas condições minimamente condignas – teoria dos dois factores.
- 5.3** As reuniões fazem parte das actividades rotineiras de uma equipa de saúde, e servem de ponto de encontro para que a equipa se reúna, reflecta sobre o seu trabalho, tome decisões, faça planos em conjunto e muito mais. Ao preparar uma reunião devemos ter em conta os seguintes pontos:
- Tipo de reunião
 - Motivo da reunião
 - Elaboração da agenda da reunião
 - Aspectos organizacionais e logísticos
- 5.4** O presidente da reunião ou moderador é quem determina o curso da reunião, e para que a reunião resulte em frutos positivos, é importante que tenha em conta os seguintes aspectos:
- Controle do tempo
 - Comunicação
 - Regras de convivência

- Rumo da reunião
- Etapas da reunião

- 5.5** Uma acta, é o relato escrito de tudo quanto se tratou numa sessão ou reunião. É o documento que depois irá servir para seguimento das decisões tomadas, durante o respectivo encontro.
- 5.6** Em geral, a acta é elaborada em conjunto com uma matriz de constatações e recomendações, donde constam as decisões importantes tomadas no encontro e respectivos responsáveis por executar. O líder, deve procurar fazer com que todos os membros da equipa percebam a importância do seu trabalho
- 5.7** A matriz e a acta das reuniões, devem ser lidas e analisadas nos encontros seguintes, antes da discussão dos temas da agenda, para verificar se a situação mudou desde o último encontro, e se as decisões tomadas foram concretizadas.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	19
Tópico	Gestão e Administração de Recursos Humanos	Tipo	Teórica
Conteúdos	Formar/Capacitar Membros da Equipa Disciplinar Membros da Equipa	Duração	1 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

1. Descrever o propósito da formação contínua para funcionários de saúde.
2. Explicar o papel do Director Clínico ou Director da Unidade Sanitária no âmbito da capacitação/formação dos membros da sua equipa.
3. Listar e diferenciar os objectivos de capacitação, incluindo reciclagem, actualização e aquisição de novas habilidades.
4. Listar as várias maneiras de formar/capacitar colegas e descrever o papel do supervisor em cada um deles.
5. Listar as considerações principais na escolha de participantes para capacitação.
6. Elaborar um plano de formação de curto e médio prazo.
7. Listar e descrever os passos para ensinar uma habilidade ou um conhecimento a um colega no local de trabalho.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Formação ou Capacitação dos Membros da Equipa de Saúde		
3	Plano de Formação Contínua (PF)		
4	Formação em Trabalho		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolver o material):

- MEDEX currículo. Certificado do associado de ciência (Associate of science degree). Cooperativa de Guayana: Ministério de Saúde, Departamento de Educação das Ciências da Saúde. República; 2008.
- McMahon R. Barton E. Piot M. Sendo um líder: um guia para a gestão no cuidado primário (On being in charge: a guide to management in primary health care). Geneva: Organização Mundial de Saúde; 1992.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

- 1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem
- 1.2 Apresentação da estrutura da aula
- 1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos.

BLOCO 2: FORMAÇÃO OU CAPACITAÇÃO DOS MEMBROS DA EQUIPA DE SAÚDE

A formação do pessoal colocado no SNS (formação contínua), é uma das prioridades na área de gestão de recursos humanos. A formação contínua é uma forma de garantir que os funcionários estejam em contínua aprendizagem, para que estejam sempre devidamente actualizados e capacitados para prestar os serviços de saúde conforme as normas e protocolos mais recentes do MISAU.

Tem os seguintes objectivos:

- Manutenção e melhoria da qualidade de serviços oferecidos à população pelo SNS;
- Expansão do raio de acção do SNS;
- Resolução ou redução dos problemas de saúde da população, sobretudo os especificamente relacionados ao SNS.

A formação contínua, é usada como meio para o alcance dos objectivos acima mencionados, através dos seguintes pontos:

- Elevação das competências e habilidades técnico-profissionais do pessoal de saúde, através da aquisição de novos conhecimentos;
- Actualização do pessoal de saúde, para que estejam aptos, a adaptar-se às mudanças e actualizações no SNS e na sociedade em geral, com implicação na saúde;
- Capacitação do pessoal, para que estejam preparados para responder a situações de stress ou inesperadas;
- Reciclagem permanente do pessoal de saúde, de forma a garantir que todos os membros da equipa, saibam que objectivos devem atingir nas suas respectivas áreas, e que estejam devidamente capacitados para tal;
- Motivação dos trabalhadores, através do seu crescimento profissional, que também é uma forma de alcançar progressões na carreira, ou de ser promovido, e consequentemente melhorar as suas condições de vida;

Todos os aspectos acima listados, actuam como fonte de motivação para os trabalhadores, e estes, por sua vez, mais motivados e comprometidos com o seu trabalho, melhoram a qualidade de desempenho e consequentemente a qualidade de serviços de saúde prestados à população.

Dentro do SNS, as actividades de formação contínua, são planificadas e implementadas, nos 3 níveis de gestão (nacional, provincial, e distrital).

Em geral, as actividades de formação planificadas ao nível nacional, são muito abrangentes, e abordam conteúdos de interesse para todas as províncias. Na sua maioria, servem como forma de transmitir actualizações de normas e condutas, novas recomendações sobre os programas de saúde, decisões importantes nas áreas de gestão de recursos humanos, de medicamentos, etc. As formações de carácter provincial, podem ser réplicas das formações de nível nacional, ou podem tratar de assuntos relacionados ao sector de saúde das próprias províncias, mas é a nível do distrito, ou do local de implementação (hospitais provinciais, centrais, gerais) que a formação contínua, tem melhores resultados. Veja abaixo a formação no local de trabalho.

BLOCO 3: PLANO DE FORMAÇÃO CONTÍNUA (PF)

A elaboração do plano de formação do pessoal de saúde, é um procedimento fundamental, na organização do processo de formação contínua e permanente dos funcionários, com vista a melhorar o desempenho dos profissionais e melhorar a qualidade dos serviços prestados ao público.

Não existe um modelo padrão para a elaboração do PF, o importante, é que no plano constem todos os aspectos necessários, para a concretização das formações, para que, os dirigentes e outros responsáveis possam planificá-las com antecedência necessária para garantir o seu cumprimento.

Ao elaborar um PF, deve-se ter em conta os seguintes aspectos :

- a) Selecção e priorização dos temas
- b) Selecção do grupo alvo a ser formado
- c) Definição das metodologias para cada formação
- d) Cronograma das formações
- e) Selecção dos formadores
- f) Resolução de aspectos logísticos

Abaixo, as respectivas descrições:

- a) Selecção e priorização de temas - a selecção dos temas a priorizar é baseada:
 - Nos problemas de desempenho na unidade sanitária, como por exemplo: *elevado número de infecções pós-operatórias, problemas de biossegurança e de higiene, baixo número de crianças em TARV, entre outros.*
 - Actualizações das normas e procedimentos à nível central e provincial, como por exemplo: nova abordagem das ITS, nova abordagem do TARV pediátrico
 - Temas recomendados á nível nacional e provincial, como por exemplo: prevenção de infecções intra-hospitalares, sistema de informação de saúde, entre outros.
- b) Metodologia para cada formação : o responsável, deve determinar a metodologia em coordenação com a equipa de formadores. O importante, é que as formações sejam práticas e objectivas, abrangendo não só aspectos gerais, mas também os aspectos directamente ligados ao dia a dia da unidade sanitária. As metodologias mais usadas são:
 - Apresentação de temas curtos em sessões clínicas
 - Discussão de casos clínicos
 - Seminários (método expositivo, discussão, perguntas e respostas)
 - Formação em trabalho
 - Tutoria clínica (prestação de apoio, durante a observação de doentes)
 - Passagem de mensagens chave durante o dia a dia de trabalho (nas reuniões, ocorrências da unidade sanitária, durante a passagem de visita, etc)

Para os temas muito práticos, deve-se procurar ter sempre uma componente de formação em trabalho;

- c) Selecção dos formandos para cada formação
 - Os formandos, constituem o grupo alvo da formação. Para seleccionar quem deve ser formado, e em o que deve ser formado, o líder da equipa, deve primeiro fazer uma monitoria ou apreciação do trabalho dos membros da sua equipa, quer através dos

relatórios de actividades, quer através da observação directa, ou por vezes da audição de alguns colegas de trabalho;

- Durante a selecção, deve-se considerar os FAE, que realmente têm dificuldades na respectiva área por ser formado, e que tenham bases de formação que garantam que a participação na formação, poderá ter implicação directa na melhoria das actividades da unidade sanitária.
 - Por outro lado, é importante, que depois da formação, se faça o seguimento destes funcionários de forma verificar o grau de competências adquiridas e a apoiá-los a implementar o conteúdo da formação.
 - Sempre que possível, deve-se priorizar os funcionários que nunca fizeram a respectiva formação, e evitar que os mesmos funcionários, façam a mesma formação vezes repetidas, sem necessidade.
- d) Cronograma das formações: ao elaborar o cronograma, é importante que o responsável (director clínico neste caso), tenha em conta as outras actividades que devem decorrer a nível da instituição (campanhas de vacinação, actividades de rotina, comemoração do dia do enfermeiro, etc), para evitar sobreposições. Também deve-se ter em conta, as prioridades de formação, ou seja, as formações mais urgentes;
- e) Selecção dos formadores para cada formação : Os formadores são seleccionados de acordo com as suas categorias, habilidades e experiência nas respectivas áreas de formação. Outros aspectos importantes a ter em conta, são a disponibilidade de tempo dos formadores, a necessidade de solicitar apoio de formadores de fora da US, de outro distrito, da DPS, e de outras instituições (como ONGs locais, outros sectores do governo).
- f) Aspectos logísticos para cada formação: local da formação, material didáctico necessário, meios audio-visuais (computador e retroprojector, papel gigante, etc), necessidade de refeições, ajudas de custo, convocatória para os participantes, etc.
- g) Fundos necessários para cada formação: fundos do SDSMAS? Fundos das ONGs locais? Fundos da DPS? Ou não há necessidade de custos adicionais?

Todos os aspectos acima descritos, devem ser planificados com antecedência, e tal só é possível, quando há um plano de formação actualizado na unidade sanitária.

Em geral, o plano de formação cobre a maior parte de prioridades de formação da equipa de saúde, mas nalguns casos, podem surgir situações novas (como actualizações de normas e protocolos) ou inesperadas (como epidemias, calamidades naturais) que impliquem a introdução de uma formação não planificada para determinado grupo alvo.

Nestes casos, o ideal seria que a formação em questão, não prejudica-se o cumprimento do plano, e para tal, uma ginástica deve ser feita para que esta seja feita com o mínimo de recursos possíveis, sobretudo em termos de tempo do pessoal de saúde, e recursos financeiros para os aspectos logísticos.

Abaixo, apresenta-se um exemplo do que seria uma parte do plano de formação de uma unidade sanitária

Tabela 1 : Exemplo de plano de formação

Plano de formação do pessoal de Saúde Hospital Rural de Montepuez

PRIMEIRO TRIMESTRE							
Data	Tema	Metodologia	Duração	Formandos	Formadores	Local	Fundos
12/01/11	Biossegurança, gestão do lixo hospitalar	Seminário de reciclagem e actualização	2 dias	Todo pessoal de apoio, todos enfermeiros	Director de enfermagem, e enfermeira chefe da e enfermaria de maternidade	Sala do Monte Real	ONG local (médicos Mundi)
15/02/11	Gestão de dados intra-hospitalares	Formação em trabalho	½ dia por sector	Todo pessoal clínico e de enfermagem das enfermarias	Chefe do NEP provincial e o Chefe do NEP distrital	Gabinete do enfermeiro chefe das enfermarias	Zero a nível local Apoio da DPS, para envio do chefe do NEP
20/03/11	Novas normas do TARV pediátrico	Seminário de actualização	1 dia	Todos os técnicos de medicina e enfermeiros afectos nas doenças crónicas, e enfermeiras da consulta da criança em risco	Médica Chefe Distrital, Directora geral do Hospital	Sala da igreja	DPS (fundos enviados de nível Central)
SEGUNDO TRIMESTRE							
10/04/11	Princípios básicos para o manejo de urgências gineco-obstétricas	Apresentação de tema na Sessão de formação contínua	2 horas (1 hora por cada sessão)	Todos clínicos e enfermeiros	Técnico superior de Cirurgia, e Médica Chefe Distrital	Sala do NEP	Zero
	Diagnóstico e tratamento da tuberculose						

Exercício :

- Imagine, que você, é o responsável de formação contínua do Hospital Rural de Montepuez, e tem que terminar o plano de formação do segundo semestre.
- Na sua lista de problemas, você prioriza o mau atendimento aos utentes nas consultas externas, e o fraco despiste de tuberculose. Você decide então preparar uma formação sobre COMUNICAÇÃO INTERPESSOAL (CIP) e outra sobre DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA TUBERCULOSE.
- Termine o plano de formação, com base nestas duas formações, espelhando-se nos exemplos acima.

BLOCO 4: FORMAÇÃO EM TRABALHO

No bloco de elaboração do PF, foi listada a formação em trabalho como uma das metodologias a aplicar na formação de pessoal. Foi também referido que, para conteúdos práticos, as formações deveriam sempre que possível contemplar a parte prática.

A formação em trabalho, é aquela que acontece no local de trabalho, utilizando os instrumentos de trabalho disponíveis e que é realizada com base no contexto real da unidade sanitária.

Esta metodologia de formação é particularmente importante, e tem um impacto muito positivo pois diz respeito a:

1. Necessidades de saúde da população local

Ex: a formação em matéria de Lepra, tem muito mais impacto num distrito endémico, do que num distrito em que a Lepra, esteja eliminada.

2. Necessidades de aprendizagem específicas dos funcionários: a formação contínua permite solucionar problemas específicos, resultantes de falta de conhecimento (em determinadas matérias) de funcionários específicos.

Ex: o responsável do PAV, tem dificuldade no cálculo das quantidades mensais necessárias de vacinas para o distrito, e isso tem provocado redução das coberturas vacinais, e descrença por parte da população, que vai às unidades sanitárias e não encontra vacina. A formação específica do responsável do PAV e de outros colegas directamente ligados à gestão de vacinas, pode melhorar esse problema específico, em um curto período de tempo.

3. Resolução de problemas específicos identificados no dia-a-dia de trabalho.

Ex: formação em metodologias de comunicação interpessoal, para resolver o problema de mau atendimento

4. Formação do pessoal com base no contexto real da unidade sanitária e nos recursos disponíveis.

Ex: os clínicos devem ser capazes de fazer o exame físico nas consultas de forma flexível, para gerir o seu tempo para que consigam responder a demanda da unidade sanitária.

4.1 Metodologia de Formação em Trabalho

A pessoa que realiza a formação em trabalho, nem sempre tem de se o gestor ou alguém de uma categoria superior, contudo, os gestores da equipa devem estar habilitados para realizar esta actividade de forma rotineira. Para tal, alguns pontos importantes a ter em conta durante o ensino em trabalho são:

- Explicar o que será ensinado e porque é importante;
- Explicar a técnica e para que serve, quando utilizá-la e os passos para a sua execução;
- Demonstrar a técnica necessária;

- Observar o colega na demonstração;
- Dar retorno apropriado;
- Dar oportunidade para o aperfeiçoamento da técnica.

Ao realizar formação em trabalho, procure ser paciente e adquirir um bom vínculo de comunicação com o formando.

Reduza ao máximo possível as formalidades, e procure criar um ambiente de trabalho e de discussão, sem que o formando tenha receio de represálias futuras.

Lembre-se que as pessoas são diferentes e têm habilidades e experiências diferentes, pelo que alguns formandos irão aprender mais rapidamente do que os outros, sem necessariamente implicar desinteresse por parte dos funcionários com mais dificuldade de aprendizagem.

Procure ensinar as técnicas de forma correcta, obedecendo as necessidades de trabalho do dia-a-dia. Não adianta ensinar coisas que não poderão ser executadas por falta de material, de tempo ou de pessoas para trabalhar.

Estimule a crítica positiva e a auto-crítica. É importante que o próprio formando se auto-avalie, e que conheça as suas fraquezas e forças para saber em que aspectos deve-se empenhar mais.

Ao dar retorno, procure fazê-lo de forma positiva, enfatizando primeiro os aspectos positivos e deixando para o fim os aspectos negativos. Não deixe de mencionar os aspectos negativos com receio de intimidar o formando, o importante é que o faça de forma suave e apropriada.

Tenha atenção às suas práticas no dia-a-dia de trabalho, lembre-se que como formador você servirá de espelho para os formandos, e que só acreditarão na possibilidade de fazer bem as coisas, se você também o fizer, sobretudo se for o gestor.

Procure seguir a evolução dos formandos, através da observação das suas demonstrações, emissão de perguntas sobre a matéria.

Escute atentamente o formando, demonstrando interesse pelos seus pontos de vista. Seja receptivo, e evite situações ou linguagens inapropriadas, que possam levar à conflitos.

BLOCO 5:PONTOS-CHAVE

5.1 A formação contínua, é uma prioridade porque garante que os funcionários estejam em contínua aprendizagem, para que estejam sempre devidamente actualizados e capacitados para prestar os serviços de saúde conforme as normas e protocolos mais recentes do MISAU.

5.2 Os objectivos da formação contínua incluem:

- Manutenção e melhoria da qualidade de serviços
- Expansão do raio de acção do SNS
- Resolução ou redução dos problemas de saúde da população

5.3 Os principais aspectos que devem constar no plano de formação do pessoal são:

- Cronograma das formações;
- Temas seleccionados;
- Metodologia para cada formação;
- Formandos para cada formação;
- Formadores para cada formação;
- Aspectos logísticos necessários para cada formação;
- Fundos necessários para cada formação;

5.4 A formação em trabalho tem um impacto muito positivo pois diz respeito a:

- Necessidades de saúde da população local
- Necessidades de aprendizagem específicas dos funcionários
- Resolução de problemas específicos identificados no dia-a-dia de trabalho.
- Formação do pessoal com base no contexto real da unidade sanitária e nos recursos disponíveis.

Disciplina	Disciplina de Gestão e Administração I	Nº da Aula	20
Tópico	Gestão e Administração de Recursos Humanos	Tipo	Teórica
Conteúdos	Resolução de Conflitos e Problemas na Equipa Delegação de Autoridade e de Responsabilidades Monitoria e Controlo do Trabalho (supervisão)	Duração	2 h

Objectivos de Aprendizagem

Até ao fim da aula os alunos devem ser capazes de:

Sobre resolver conflitos e problemas na equipa:

1. Definir debate e discussão profissional e a sua importância no processo de gestão e administração.
2. Explicar a diferença entre debate e conflito.
3. Listar as causas mais comuns de conflitos e sugerir maneiras para os prevenir
4. Explicar o papel do supervisor na resolução de conflitos.
5. Explicar o papel do supervisor em resolver conflitos e efectuar reconciliação atempadamente.
6. Descrever os passos e demonstrar uma estratégia para resolução de conflitos incluindo:
 - a. Entrevistar os protagonistas e outros observadores individualmente;
 - b. Fazer todo esforço de apurar a verdade;
 - c. Interrogar cada um dos protagonistas e colher sugestões para a resolução do conflito bem como para prontidão da reconciliação;
 - d. Determinar a solução apropriada;

Sobre delegação de autoridade e responsabilidade:

1. Explicar a diferença entre autoridade e responsabilidade e a importância de ter autoridade adequada e assumir responsabilidades.
2. Definir delegação de autoridade e responsabilidade.
3. Listar as vantagens e desvantagens de delegação.
4. Listar os passos precisos para delegar eficazmente:
 - a. Ser claro acerca das tarefas/responsabilidades específicas;
 - b. Seleccionar pessoas com as habilidades e a capacidade de implementação do trabalho;
 - c. Explicar aos outros membros da equipa sobre as razões para a delegação;
 - d. Não interferir no trabalho e ser responsável pelos erros cometidos;
 - e. Apoiar a pessoa quando for preciso e dar seguimento ao trabalho.

Sobre monitoria e controle do trabalho (supervisão):

1. Definir a monitoria de trabalho e explicar os objectivos da mesma, incluindo:
 - a. Manter o volume de trabalho e o padrão/qualidade esperados;
 - b. Avaliar o desempenho de membros da equipa;
 - c. Identificar as causas de deficiências no trabalho;
 - d. Ajudar a resolver problemas particulares dos membros da equipa;
 - e. Resolver conflitos.
2. Listar e descrever métodos e ferramentas de supervisão de trabalho nas seguintes áreas:
 - a. Orientação/instrução;
 - b. Utilização de “work schedules”, planos e horários de trabalho;
 - c. Visitas de supervisão.

Estrutura da Aula

Bloco	Título do Bloco	Método de Ensino	Duração
1	Introdução à Aula		
2	Gestão de Conflitos e Problemas na Equipa		
3	Delegação de Autoridade e de Responsabilidades		
4	Monitoria e Controlo do Trabalho (supervisão)		
5	Pontos-chave		

Equipamentos e meios audiovisuais necessários:

Trabalhos para casa (TPC), exercícios e textos para leitura – incluir data a ser entregue:

Bibliografia (referências usadas para desenvolver o material):

- MEDEX currículo. Certificado do associado de ciência (Associate of science degree). Cooperativa de Guayana: Ministério de Saúde, Departamento de Educação das Ciências da Saúde. República; 2008.
- McMahon R. Barton E. Piot M. Sendo um líder: um guia para a gestão no cuidado primário (On being in charge: a guide to management in primary health care). Geneva: Organização Mundial de Saúde; 1992.

BLOCO 1: INTRODUÇÃO À AULA

1.1 Apresentação do tópico, conteúdos e objectivos de aprendizagem

1.2 Apresentação da estrutura da aula

1.3 Apresentação da bibliografia que o aluno deverá manejar para ampliar os conhecimentos

BLOCO 2: GESTÃO DE CONFLITOS E DE PROBLEMAS NA EQUIPA

Nas aulas anteriores, foram descritos conceitos importantes, que influenciam positiva ou negativamente no desempenho de uma equipa, como:

- Estilo de liderança implementado pelo líder
- Comunicação entre os membros da equipa
- Motivação dos membros da equipa
- Formação contínua dos membros da equipa

Quando a equipa se sente confortável com o estilo de liderança implementado pelo líder, quando a comunicação é boa, e há oportunidades de formação contínua, os membros da equipa se sentem motivados e comprometidos com o seu trabalho, resultando num bom desempenho. Por outro lado, todos os factores acima mencionados, são negativamente influenciados pela existência de problemas pessoais e de conflitos no seio de uma equipa, ou seja, o mau entendimento entre os colegas de trabalho, leva ao mau desempenho da equipa.

De salientar que a equipa de saúde, trabalha com vidas humanas, para salvá-las e preservá-las, pelo que deve ser preocupação do líder e de todos os membros da equipa, a garantia de um ambiente de trabalho saudável e de profissionalismo, onde problemas pessoais e quaisquer outros não relacionados ao trabalho, não interfiram no desempenho da equipa.

Nesta aula, são descritos aspectos importantes para que tanto o líder da equipa, como os outros colegas, estejam preparados para resolver eventuais problemas que ocorram no seio de uma equipa.

2.1 Como ajudar na resolução de problemas pessoais na equipa?

O líder da equipa, deve ter em mente que os membros da equipa, antes de serem funcionários, são pessoas, e que pessoas normais, podem ter problemas diversos de nível pessoal ou social, como perda de pessoas queridas, familiares doentes, problemas conjugais ou de violência doméstica, problemas financeiros, etc.

Como sabemos, as pessoas ao contrário das coisas, são movidas pelos sentimentos, e por muito esforço que faça uma pessoa com problemas sociais, é difícil conseguir dissociar-se completamente desses mesmos problemas, no local de trabalho. Como consequência disso, a qualidade de desempenho do funcionário reduz, e por vezes de forma muito drástica.

O líder, não é capaz de resolver todos os problemas dos colegas, se calhar nem a menor parte deles, mas é importante que dentro da equipa, as pessoas sintam que o líder, se preocupa com o seu bem-estar, e não apenas com os seus resultados de trabalho. Sempre que possível, o líder deve procurar maneiras de apoiar os seus colegas, quer seja directamente ou indirectamente.

Um exemplo, seria um director clínico que verifica que um dos colegas da equipa está a perder peso, e a manifestar características de imunodepressão. Por fontes seguras, ele sabe que o colega já fez o teste de HIV e é seropositivo, mas recusa tratar-se. Nesta situação, há duas coisas que o líder pode fazer: uma seria falar directamente com o colega em questão e aconselhá-lo para testagem em HIV, e respectivo seguimento, e outra seria, identificar na equipa a pessoa mais indicada para junto do colega abordar a questão e transmitir a mensagem de que o líder, está disposto a apoiar, e que não deve haver razões para se sentir discriminado. De qualquer das formas, o colega ao sentir o apoio do seu

superior hierárquico, e ao ver que o seu emprego e sustento não estão em risco, sentir-se-ia mais motivado em cuidar da sua saúde, da sua família e do seu trabalho.

2.2 Como prevenir as disputas entre os colegas?

A maior parte das disputas no local de trabalho, resultam de falta de clareza, coerência e justiça na divisão das tarefas e de responsabilidades. Por outro lado, muitas vezes algumas pessoas têm uma atitude negativa no trabalho, porque não são envolvidos na tomada de decisões. Algumas estratégias importantes para evitar disputas no local de trabalho são as seguintes:

- Realização de encontros frequentes de coordenação das actividades da equipa de saúde;
- Permitir que todos os colegas se expressem livremente, e que as decisões finais sejam tomadas considerando as opiniões de todos;
- Partilha dos objectivos e dos planos de acção;
- Partilha de documentos e recomendações importantes de nível provincial e nacional;
- Garantir que cada colega conheça exactamente as suas tarefas;
- Garantir que cada colega, conheça os procedimentos a seguir no trabalho:
 - Quando deve solicitar apoio ou referir algo para outro colega?
 - Para que colega deve referir suas preocupações de diferentes tipos? (Ex: problemas de salário para o administrador hospitalar, problemas na escala de enfermagem, para o enfermeiro chefe da sua enfermaria ou serviço).
 - O que deve fazer se estiver impossibilitado de vir ao trabalho?
- Distribuição justa de tarefas, de modo a que todos estejam equilibrados, e não hajam uns mais sobrecarregados que os outros;
- Sempre que possível, procurar dar oportunidades de formação e de benefícios na carreira profissional de forma equilibrada;
- O líder deve aplicar a mesma justiça e imparcialidade para todos os colegas, e não demonstrar favoritismo por este ou aquele colega;
- O líder deve evitar criticar os colegas em público.

2.3 Como resolver as disputas entre colegas?

Nem sempre, é possível evitar a ocorrência de disputas no local de trabalho. Nestes casos, o líder deve procurar resolvê-las e criar uma reconciliação entre os colegas, o mais rápido possível, para evitar a deterioração do ambiente de trabalho, que por vezes pode ser irreversível. Como fazer isso?

1. Primeiro, dialogar com todas as pessoas envolvidas, individualmente, para que se sintam a vontade para expressar todos os motivos que estão por detrás da disputa;
2. Depois de ouvir todas as versões, o líder deve procurar fazer uma investigação, para apurar a verdadeira fonte do problema. Para a investigação, o líder pode usar estratégias como fazer uma supervisão, entrevistar outros colegas, entre outros.
3. Depois, as pessoas envolvidas devem ser ouvidas novamente, e desta vez para solicitar que cada um dê a sua opinião sobre como resolver o problema, e se estão dispostos a reconciliar-se;
4. Por fim o líder deve tomar em consideração as informações de todos os colegas envolvidos, e as suas propostas antes de tomar a decisão final. Sempre que possível, é bom auscultar outros colegas com maior experiência na área de gestão de recursos humanos;

5. Se for possível tomar uma decisão que agrade aos 2, isso seria o ideal. Mas caso não seja, as pessoas devem ser estimuladas, para aceitarem as suas diferenças e para procurarem rentabilizar as suas semelhanças.

2.4 Diferença entre conflitos e debates profissionais

O debate profissional, é uma discussão profissional entre duas ou mais pessoas que queiram apenas colocar suas ideias sobre determinada matéria ou discordar das demais, sempre tentando prevalecer a sua própria opinião ou sendo convencido pelas opiniões opostas.

O debate é uma prática saudável no seio de uma equipa de trabalho, pois de forma profissional, ajuda a ver as coisas com pontos de vista diferentes, e possibilita a tomada de decisões mais abrangentes. Por outro lado, os conflitos de nada valem para a saúde de uma equipa de trabalho, pois as pessoas envolvidas na discussão, levam os assuntos de trabalho para o campo pessoal, perde-se o sentido da discussão, e não se produzem frutos, que ajudem na tomada de decisões.

BLOCO 3: DELEGAÇÃO DE AUTORIDADE E DE RESPONSABILIDADES

3.1 Considerações Gerais

A delegação de funções, é considerada uma estratégia importante de liderança, e é muito praticada em situações de sobrecarga de trabalho, contudo, a delegação de funções deve ser feita obedecendo-se a determinados princípios.

Nesta aula, será descrito o conceito de delegação de funções e a sua relação com responsabilidades, autoridade e actividades a realizar :

Autoridade : ter autoridade, significa ter o poder de tomar decisões sobre o seu trabalho e sobre o trabalho dos seus subordinados.

Numa equipa de trabalho, o líder é quem detém a autoridade máxima para comandar a equipa, no rumo que considerar certo, mesmo que directamente não seja responsável pela realização das tarefas implicadas. Mas é possível numa mesma equipa, termos membros com níveis diferentes de autoridade, ou seja, pessoas com autoridade restrita à assuntos específicos.

Numa equipa de saúde por exemplo, o director clínico tem o poder para determinar que na escala da maternidade, os turnos devem ter pelo menos duas enfermeiras escaladas, mas naturalmente que não é ele, o responsável por realizar a escala, e por coordenar com as enfermeiras do sector. Por outro lado, a enfermeira chefe da maternidade, tem a autoridade de determinar quando cada um dos colegas irá trabalhar e com que colega irá trabalhar, através da elaboração da escala.

O exemplo acima, ilustra dois níveis de autoridade diferentes, e de igual forma, acontece em muitas equipas de trabalho.

Responsabilidade : em termos gerais, ter responsabilidade, é ter a obrigação de responder pelos seus actos ou pelos actos da sua equipa.

Numa equipa de trabalho, o líder é em última instância, o responsável pelo desempenho da equipa, mesmo que este, não esteja directamente implicado na execução de maior parte das actividades desenvolvidas pela equipa.

Numa equipa de saúde por exemplo, é o director da unidade sanitária que deve responder perante superior hierárquico, se a unidade sanitária estiver suja e mal organizada, apesar de todos sabermos que não é ele o responsável por realizar as actividades de limpeza da unidade sanitária.

É importante entender que para poder liderar convenientemente uma equipa, um líder precisa de ser dotado com responsabilidade e autoridade, ao mesmo nível.

3.2 Delegação de Autoridade e de Responsabilidades

Numa equipa de trabalho, todos os membros à diferentes níveis, têm responsabilidades, sobre determinadas tarefas que devem realizar, mas nem todos têm autoridade para tomar decisões importantes quer sobre o seu trabalho, quer sobre o trabalho dos outros colegas.

Delegar significa transferir de si a certas funções, para outro membro de nível hierárquico inferior. A delegação de funções pode ser de responsabilidades (actividades a realizar) ou de autoridade (decisões a tomar para a realização de actividades).

O importante, é que ao delegar responsabilidades, o líder deve também delegar a autoridade suficiente para permitir que o delegado, cumpra eficazmente com as suas responsabilidades. Caso contrário, o delegado apenas terá um acúmulo de funções, sem a capacidade real de geri-las.

A delegação de responsabilidades e de autoridade, pode ser temporária ou definitiva, mas em ambos casos, o importante é que ao fazê-lo, quem delega seja o mais claro possível sobre os limites que deverão ser obedecidos pelo delegado, de forma que este entenda muito bem, o nível de decisões que pode tomar.

Delegar responsabilidades, sem delegar autoridade

O processo de delegação de funções somente se completa quando seus três elementos se concretizam entre o "delegador" e o "delegado": **actividades, responsabilidades e autoridade**, ou seja :

- Quando as actividades são designadas e executadas;
- Quando a autoridade é delegada e exercida e
- Quando a responsabilidade é atribuída e assumida.

A autoridade delegada deve ser adequada aos requisitos das actividades designadas, e por sua vez a responsabilidade atribuída deve ser compatível com a autoridade delegada.

A ânsia de desafogar-se sem, todavia, transferir o poder de decisão, conduz frequentemente a delegações onde a dimensão da responsabilidade atribuída é muito maior que a da autoridade delegada. É assim que muitos "delegados" são sacrificados pelo fracasso do seu trabalho, cuja causa está na ausência de autoridade para decidir sobre os recursos e os caminhos que conduziriam ao sucesso.

Por exemplo: não é justo que o director clínico de uma enfermaria, responsabilize ao enfermeiro chefe pela realização dos concelhos de base mensais na enfermaria, sem delegar a autoridade para convocar o pessoal envolvido, e divulgar essa informação. Neste caso, o delegador deve fazer um documento escrito informando que as actividades em questão passam a ser realizadas pelo enfermeiro chefe, para que todos saibam e cumpram integralmente.

3.3 Vantagens e Desvantagens da Delegação de Funções

Vantagens da delegação de funções

- A delegação de actividades permite ganhar tempo que pode ser utilizado para outras tarefas
- Permite que haja continuidade das actividades, alcance de resultados e resolução de problemas mesmo na ausência do líder habitual
- Torna o trabalho mais dinâmico, menos burocrático, e evita o atraso de tomada de decisões
- Motivação e crescimento profissional dos funcionários aos quais se permite a tomada de decisões

Desvantagens da delegação

- Maior risco de tomada de decisões erradas, resultando em não realização do trabalho, ou realização de trabalho sem qualidade
- O líder que não sabe como delegar as tarefas, pode passar todo trabalho para equipa (incluindo decisões que devem ser tomadas por ele), e não ter o domínio da situação
- Risco de delegação de actividades para pessoas não capacitadas.

3.4 Como e a Quem Delegar Funções

Para a delegação de funções, alguns pontos são importantes e devem ser considerados:

- Durante a passagem de responsabilidades, o líder deve ser bastante claro, para que o delegado perceba exactamente que responsabilidades e autoridades específicas que estão sendo delegadas, e que actividades deve realizar;
- Especificar para o delegado, os limites das funções delegadas;
- Explicar ao delegado quando e a quem deve solicitar apoio;
- O acto da delegação deve ser divulgado de forma escrita ou verbal, para que os outros membros da equipa tomem conhecimento;
- Procurar seleccionar os membros da equipa, com habilidades e capacidade para implementar o trabalho;
- Informar aos outros membros da equipa, que as respectivas responsabilidades foram delegadas, para quem e porquê foram delegadas;
- Deixar que o funcionário para quem se delegaram as responsabilidades trabalhe livremente e de forma autónoma, apenas interferindo para evitar grandes erros ou se for solicitado
- Ter em mente que serão cometidos alguns erros
- Estar sempre disponível para apoiar, e fazer o seguimento da evolução do trabalho

BLOCO 4: MONITORIA E CONTROLO DO TRABALHO (SUPERVISÃO)

Na aula 10, foi introduzido o conceito de monitoria do plano de acção, como um método de seguimento do grau de cumprimento do plano de acção, útil sobretudo para a identificação precoce de problemas, envolvidos na origem de maus resultados, e finalmente resolvê-los.

Nesta aula, iremos abordar novamente o conceito de monitoria, no contexto do seguimento e controle das actividades desempenhadas no dia-a-dia de trabalho de uma equipa ou de um membro da equipa, também denominado supervisão.

Em geral esta é uma actividade desempenhada pelos supervisores das equipas de saúde de diversos sectores, e é realizada aos vários níveis. Por exemplo, o enfermeiro chefe das enfermarias, faz a supervisão dos enfermeiros do mesmo sector, por sua vez o enfermeiro chefe da unidade sanitária (director de enfermagem), faz a supervisão de todo pessoal de enfermagem das diversas enfermarias. O director clínico de uma unidade sanitária, faz a supervisão de todos os sectores (laboratório, enfermagem, higiene e limpeza, actividade clínica, etc).

A supervisão das actividades dentro das equipas de trabalho, tem os seguintes objectivos:

- Garantir que o trabalho, está sendo realizado de acordo com os objectivos pré-estabelecidos e actividades planificadas no plano de acção;

- Garantir que o trabalho está sendo realizado dentro dos limites temporais estabelecidos, e com os recursos planificados;
- Manter e elevar o padrão de desempenho (quantitativo e qualitativo) dentro da equipa;
- Permitir que o supervisor identifique as deficiências técnicas ou de conhecimento dos membros da equipa, de forma a poder apoiá-los e eventualmente a criar oportunidades de formação;
- Identificar as causas de deficiências no trabalho e resolvê-las precocemente:
 - Falta de recursos?
 - Conflitos na equipa ?
 - Problemas pessoais ?
- Fornecer bases para a avaliação do desempenho de membros da equipa;
- Identificar os funcionários que necessitam de maior apoio técnico;
- Identificar os funcionários que estão aptos para promoções ou para formações avançadas.

4.1 Métodos e ferramentas de supervisão em trabalho

Como métodos importantes para a supervisão em trabalho, temos os seguintes:

1. Avaliação do grau de cumprimento do plano de trabalho individual

A avaliação do grau de cumprimento dos planos de trabalho é um método eficaz de controlo das actividades de uma equipa ou de um funcionário isoladamente, contudo, para que seja realístico e justo, é preciso garantir os seguintes aspectos:

- Que cada funcionário conheça exactamente as suas metas de trabalho, e quais as actividades que deve realizar para atingi-las;
- Que cada funcionário conheça como interagir com a sua equipa, para o alcance dos objectivos;
- Que cada funcionário conheça os recursos disponíveis para a realização de suas tarefas;
- Que cada funcionário saiba, quando deve referir determinado trabalho, e para quem deve fazê-lo;
- Que cada funcionário saiba quando e a quem deve pedir apoio;
- Que o funcionário conheça o seu supervisor e o plano de supervisão;

Conforme referido na aula 15, os planos de trabalho, são analisados periodicamente, de acordo com as normas de cada instituição. Nesta actividade, participam o supervisor e o supervisionado, que fazem uma reflexão conjunta, em torno do grau de cumprimento do plano pelo supervisionado, sucessos, fracassos e todos os factores envolvidos.

2. Visitas de supervisão

As visitas de supervisão no local de trabalho, são um dos mais importantes métodos de seguimento, controle e monitoria do trabalho.

A supervisão permite (através de questionários ou de observação directa) verificar como as actividades planificadas são implementadas nos respectivos pontos de implementação, e permitem que o supervisor compare o que foi planificado com o que realmente está a acontecer.

A supervisão também tem a vantagem de permitir a verificação da aplicabilidade real do plano, ou seja, permite conhecer as reais possibilidades de se cumprir com os planos traçados, utilizando os recursos disponíveis.

Ex: ao verificar directamente a enchente nas consultas da Criança sadia (CCS), e o fraco atendimento na consulta da criança em risco (CCR), o supervisor pode determinar que a enfermeira da CCR, deverá passar a prestar apoio à enfermeira da CCS, em determinados períodos do dia, ou dias da semana.

BLOCO 5: PONTOS-CHAVE

- 5.1** Para a resolução de problema e conflitos no seio de uma equipa. O líder deve ter em mente que as pessoas podem ter problemas diversos de nível pessoal, social, etc, e que este facto influi negativamente na sua capacidade de trabalho;
 - 5.2** O líder, não é capaz de resolver todos os problemas dos colegas, mas é importante que dentro da equipa, as pessoas sintam que o líder, se preocupa com o seu bem-estar, e não apenas com os seus resultados de trabalho;
 - 5.3** A delegação de funções, é considerada uma estratégia importante de liderança, e é muito praticada em situações de sobrecarga de trabalho, contudo, a delegação de funções deve ser feita obedecendo-se a determinados princípios;
 - 5.4** Ao delegar responsabilidades, é importante que o líder também delegue a autoridade suficiente para permitir que o delegado, cumpra eficazmente com as suas responsabilidades. Caso contrário, o delegado apenas terá um acúmulo de funções, sem a capacidade real de geri-las.
 - 5.5** Para se evitar surpresas nos resultados esperados, deve-se efectuar a supervisão das actividades dentro das equipas de trabalho.
-