



Universidade Nova de Lisboa

A sustentabilidade do investimento em capacitação de recursos humanos de saúde: Um estudo de caso em S. Tomé e Príncipe

Ana Luísa Batista da Trindade

DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE
E DESENVOLVIMENTO

ABRIL 2012

Orientador Professor Doutor Giuliano Russo

Co orientador Professora Doutora Zulmira Hartz

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento, realizada sob a Inv. Doutor Giuliano Russo, e Prof^a Doutora Zulmira Hartz

Apoio financeiro da Fundação Calouste Gulbenkian.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Giuliano Russo, Orientador do meu trabalho, pela sua dedicação, paciência e confiança durante este trabalho.

À Professora Zulmira Hartz, coorientadora deste trabalho, pela sua preocupação constante e encorajamento.

Ao Professor Paulo Ferrinho, Diretor deste Instituto, pela preocupação e confiança.

Ao Professor Jorge Cabral, Diretor do Mestrado em saúde e desenvolvimento, pela preocupação e disponibilidade ao longo de todo o Mestrado.

À Fundação Calouste Gulbenkian, na pessoa da Dr.^a Maria Hermínia Cabral e da Dr.^a Maria Carvalhosa, pela disponibilidade e ajuda.

À Escola de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, na pessoa do Professor Aires de Sousa, pela disponibilidade e amabilidade com que me enquadrou no contexto do ICSVSM.

Ao ICSVSM, colaboradores e alunos, pela paciência e disponibilidade com que me receberam dia após dia, e por toda a dedicação e confiança que depositaram em mim.

Aos colegas do V Mestrado em Saúde e Desenvolvimento, por tudo quanto me ensinaram, e por tudo quanto tivemos oportunidade de partilhar e viver. Em especial, às minhas colegas de grupo, Marina Leal, Liliana Dinis, Joana Leão.

Aos Professores pela paciência e persistência com que se dedicaram a ensinar-nos durante mais um ano letivo.

Aos Leigos para o Desenvolvimento e aos Médicos do Mundo, por terem sido as chaves fundamentais no meu processo de mudança e de arriscar.

Aos meus amigos e familiares, e àqueles que são uma e outra coisa, que após uma ausência física, me apoiaram uma vez mais nesta minha busca incessante de ser mais, desta vez através de uma ausência diferente, pela força nos momentos mais difíceis, pela confiança, pelo amor e carinho, e pela paciência de me ouvirem, e de esperarem um ano mais pelo meu regresso.

Aos meus pais, porque se cheguei até aqui é por eles e para eles, por tanto quanto acreditam em mim, por tanto quanto me permitem as minhas aventuras e desvarios, com um amor incondicional de quem aceita que quando se tem um filho é para o dar ao mundo.

A sustentabilidade do investimento em capacitação de recursos humanos de saúde: Um estudo de caso em S. Tomé e Príncipe

Ana Trindade

Palavras-chave: Recursos Humanos de Saúde, Formação, Sustentabilidade, São Tomé e Príncipe, Avaliação de programas de saúde em países de baixa renda.

RESUMO

Segundo a OMS, 36 dos 57 países que enfrentam uma crise de RHS são Africanos. Em S. Tomé e Príncipe uma consultoria efetuada identifica três problemas: Gestão de Recursos Humanos, Gestão de processos de capacitação, e Desenvolvimento Institucional da Escola Superior de Quadros de Saúde Vítor de Sá Machado, atual ICSVSM (Dussault et al., 2010). O presente estudo surge da necessidade de avaliar a sustentabilidade do investimento na capacitação de RHS, através do estudo de caso do ICSVSM.

Foi utilizado como metodologia o estudo de caso. Para melhor compreensão da problemática foram desenhados um quadro conceptual e um modelo teórico-lógico. Foram feitas 24 entrevistas a informantes-chave, das quais foram gravadas e transcritas 9 e anotadas 15. A análise das entrevistas e dos documentos analisados foi feita recorrendo à criação de pro formas que permitiram estruturar a análise efetuada de acordo com a operacionalização de variáveis.

Há uma manifesta necessidade de aumentar os números de RHS de acordo com os novos perfis do país, e como definidos no PRHS e PNDRHS. Por outro lado, em termos internos o ICSVSM, apresenta capacidade de responder a essas necessidades, mas verificou-se uma necessidade de criar Conselhos Pedagógico e Científico capazes de delinear e orientar estrategicamente o ICSVSM. Apesar do baixo investimento do OGE, os programas nacionais constituem uma fonte de financiamento através das formações orçamentadas, e que são parte da formação contínua de RHS. A falta de condições, a consequente fuga de quadros, a ausência de um sistema de informação, a má distribuição dos RHS pelos distritos e a forte dependência financeira externa, são os entraves encontrados à sustentabilidade do ICSVSM.

O facto de o ICSVSM ser a única instituição de formação de quadros de saúde em S. Tomé e Príncipe, dota-o de um potencial que importa maximizar. De facto, as melhorias operadas nos últimos anos e as perspectivas que o PNDRHS abre para a formação de RHS mostram a importância do ICSVSM no panorama Santomense. Importa assim, contornar as dificuldades existentes de modo a garantir a sustentabilidade do investimento em RHS.

Sustainability of human health resources training investment: A case study in S. Tomé e Príncipe

Ana Trindade

Key words: Human Health Resources, Training, Sustainability, Sao Tomé and Príncipe, Health programme evaluation in low-income countries.

ABSTRACT

According to the WHO, 36 of the 57 countries facing a human health resource crisis are found in the African continent.. In S. Tomé e Príncipe, previous studies identified three main Human Resources for Health (HRH) problems, namely: human resources management, training processes management, and the institutional development of the Vítor de Sá Machado School of Higher Education for Health Professionals (ICSVSM). This study arises from the need to evaluate the HRH training investment sustainability in São Tomé e Príncipe, by looking specifically at the ICSVSM case study.

A case study methodology was employed to evaluate the issue under analysis. A conceptual framework and a theory-logic model were designed to analyse this issue. Twenty-four interviews to key informants were carried out, of which 9 were recorded and transcribed, and hand notes were taken of the remaining 15.. Interviews and document analysis were developed using a pro forma structure, which allowed for the analysis of the subjects according to the variables identified from the study's framework of analysis.

The main results of the present work appear to confirm there is a clear need to increase HRH workforce in São Tomé e Príncipe according to the country's changing demographic profile, as already stated by the Government' HRH politics, and in particular by the National Human Resources for health Development Plan. On the other hand, the present study suggests that the ICSVSM is in the position to respond effectively to such challenges. Nevertheless, establishing Scientific and Pedagogic Councils capable of strategically guiding ICSVSM seems to be a prerequisite to respond to the rising challenges. Despite the State Budget's low level of investment, the present study found that national programs may still be able to provide enough financial support for the institute through the budgeted training, programmes which are also part of the HRH continuous training. Poor salary levels, professional's brain drain, the lack of an adequate information system, poor HRH geographical distribution, and the country's strong dependence on international financing, were found to remain key constraints to ICSVSM's sustainability.

The present study arrives at the conclusion that ICSVSM's relevance as the only HRH training institution in S. Tomé e Príncipe gives it a potential that must be maximized. The improvements occurred over the last few years, as well as the windows of opportunity offered by the national HRH policies and the National Development Plan regarding HRH training, highlight the importance the ICSVSM has acquired in the Santomean health landscape. It will therefore be all too important to overcome the existing difficulties to guarantee the sustainability of the investment made in the country's HRH,

Índice

Lista de Acrónimos	1
Introdução	2
1. Contexto.....	3
1.1. Revisão da literatura.....	3
1.2. Contexto do ICSVSM	7
2. Metodologia e Métodos	13
2.1. Objetivos do estudo.....	13
2.2. Metodologia	14
2.3. Material e métodos	19
2.4. Recolha e tratamento de informação.....	30
2.5. Questões éticas	31
3. Resultados do estudo	32
3.1. Qualidade dos Recursos Humanos de Saúde	32
3.1.1. A legislação e documentos	32
3.1.2. Necessidades de RHS e qualidade.....	34
3.1.3. Formação (inicial e contínua).....	36
3.1.4. Avaliação de desempenho	37
3.1.5. Sistema de informação de RHS.....	38
3.2. Empregabilidade dos RHS	39
3.2.1. Situação atual.....	39

3.2.2. Os quadros recém-formados.....	41
3.2.3. Fatores internos influenciadores.....	42
3.3. Qualidade dos cursos ministrados.....	43
3.3.1. Situação atual.....	43
3.3.2. Planificar.....	44
3.3.3. Perfis de profissionais.....	45
3.3.4. O ICSVSM.....	45
3.3.5. Currículos.....	46
3.3.6. Docentes.....	47
3.4. Utilização de material pedagógico.....	49
3.5. Capacidade de gestão e administração do ICSVSM.....	51
3.6. Capacidade pedagógica e formadora do ICSVSM.....	53
3.6.1. Docentes.....	53
3.6.2. Órgãos.....	54
3.6.3. Alunos.....	55
3.7. Grau de autonomia financeira.....	57
3.8. Análise SWOT.....	58
4. Discussão dos resultados.....	62
4.1. Qualidade dos cursos ministrados.....	63
4.2. Material pedagógico (elaborado e disponível).....	64
4.3. Capacidade de gestão e administração.....	65
4.4. Capacidade pedagógica e formadora.....	65

4.5. Grau de autonomia financeira	66
Conclusão.....	68
Bibliografia	70
Anexos	73

Índice de Tabelas e Ilustrações

Tabela 1 - Etapas chave e resultados do projeto de “Apoio à consolidação institucional do Instituto Vítor de Sá Machado”	10
Tabela 2 – Quadro de Operacionalização de variáveis.....	22
Tabela 3 – Amostra de pessoas entrevistadas	30
Tabela 4 - Enfermeiros por cada 1000 habitantes por Área Sanitária 2011	34
Tabela 5 - Número de técnicos necessários e contingente a serem formados por categoria até 2015, ajustados por taxa de reprovação. São Tomé e Príncipe, 2011	40
Tabela 6 - Distribuição dos alunos formados pelo ICSVSM a nível nacional	41
Tabela 7 - Número de pessoal técnico e enfermeiros, a aposentar e em exercício até 2015 .São Tomé e Príncipe, 2011	43
Tabela 8 - Quadro do pessoal mínimo necessário para o fortalecimento do ICSVSM. .	52
Tabela 9 - Análise SWOT do ICSVSM.....	60
Tabela 10 - Lista de pessoas e entidades consultadas.....	73
Tabela 11 - Necessidades de formação por área de intervenção e por documento.....	76
Tabela 12 - Número de profissionais técnicos em exercício em cargos de Direcção e de Programas de Saúde do nível central. São Tomé e Príncipe, 2010	77
Tabela 13 - Número de profissionais técnicos em exercício em cargos de gestão/coordenação em organizações internacionais e projetos, São Tomé e Príncipe, 2010	78
Tabela 14 - Número de Técnicos em exercício fora do SNS, ONG, privado, políticos, São Tomé e Príncipe, 2010	79
Tabela 15 - Análise de conteúdo de documentos	80
Tabela 16 - Quadro de Outputs do projecto.....	104

Lista de Acrónimos

APD	Ajuda Pública ao Desenvolvimento
BISTP	Banco Internacional de S. Tomé e Príncipe
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CS	Carta Sanitária
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESSCVP	Escola Ciências da Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa
FCG	Fundação Calouste Gulbenkian
HAM	Hospital Ayres de Menezes
HC	Hospital Central
ICSVSM	Instituto de Ciências da Saúde Dr. Vítor de Sá Machado
IMVF	Instituto Marquês de Valle Flôr
INE	Instituto Nacional de Estatística
MINSA	Ministério da Saúde
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG's	Organizações Não-governamentais
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PIB	Produto Interno Bruto
PND	Política Nacional de Saúde
PNDRHS	Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PRHS	Política de Recursos Humanos de Saúde
RHS	Recursos Humanos de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
STP	São Tomé e Príncipe
SWOT	Strengthen, Weakness, Opportunities and Threats
TdR	Termos de Referência

Introdução

Este estudo visa avaliar a sustentabilidade do investimento em capacitação de recursos humanos de saúde (RHS) através da avaliação do projeto de “Apoio à consolidação Institucional do Instituto de Ciências da Saúde Vítor de Sá Machado”, e sugerir linhas de intervenção para o desenvolvimento futuro desta instituição, de modo a que se adeque às necessidades formativas do setor da saúde em S. Tomé e Príncipe (STP). Ao mesmo tempo, este estudo integra o relatório de avaliação do referido projeto.

Este projeto implementado pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSCVP) e financiado pela Fundação Calouste Gulbenkian (FCG), entre 2005 e 2011, permitiu que a Escola de Formação de Quadros, a única instituição pública de formação de nível médio no setor da saúde passasse a Instituto, com estatutos aprovados e na dependência direta do Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais (MINSA).

A intervenção centrou-se em cinco grandes eixos: a formação pedagógica de docentes, a estruturação curricular do curso médio de enfermagem, o apoio no reforço e reorganização da gestão e administração do Instituto de Ciências da Saúde Vítor de Sá Machado (ICSVSM) (incluído biblioteca e secretaria) e capacidade de reforço da autonomia financeira.

Durante a implementação do projeto, as missões de acompanhamento detetaram alguns problemas que se vieram a revelar pertinentes na avaliação, nas dificuldades sentidas em atingir alguns dos resultados a que o projeto se propunha. Daqui se destacam principalmente a falta de compromisso por parte do MINSA em cofinanciar algumas das atividades propostas para aumentar o nível de qualidade e sustentabilidade do ICSVSM.

Deste modo, e para responder à questão da sustentabilidade do ICSVSM, foram analisadas sete variáveis: (a) a qualidade dos RHS formados; (b) a capacidade de absorção/empregabilidade dos RHS; (c) a qualidade dos cursos ministrados; (d) a produção e utilização de material pedagógico; (e) a capacidade de gestão e administração; (f) a capacidade pedagógica e formativa; e (g) o grau de autonomia financeira.

1. Contexto

1.1. Revisão da literatura

O investimento em Recursos Humanos de Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) consideram-se RHS os diferentes tipos de pessoal clínico e não clínico responsável pelas intervenções de saúde públicas e privadas.

O desenvolvimento de RHS capazes, motivados e apoiados surge assim como uma peça fundamental para ultrapassar os fatores de estrangulamento que impedem a concretização dos objetivos nacionais e internacionais.

O relatório mundial da saúde 2006 mostra que existe um défice global de aproximadamente 4,3 milhões de profissionais de saúde (OMS, 2006). Segundo a OMS cerca de 36 dos 57 países que enfrentam uma crise com RHS são africanos.

STP não detém um Sistema de Informação de Saúde conveniente, e a par com outros PALOP's a informação acerca da sua força de trabalho é pouca e descoordenada. Segundo a OMS (2009) a insuficiência em número e em qualidade dos RHS continuam a ser manifestos, agravados por uma distribuição geográfica desigual.

Uma consultoria em RHS efetuada em 2000 identifica três problemas: Gestão de Recursos Humanos, Gestão de Processos de Capacitação e Desenvolvimento Institucional da Escola Superior de Quadros de Saúde Vítor de Sá Machado, atual ICSVSM (Dussault et al., 2010). A fraca capacidade de formação do ICSVSM, é referida tanto no mesmo documento como no relatório de Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP), da OMS.

O investimento em saúde

De acordo com a OMS, considera-se Saúde o estado de total bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade.

Na declaração de Alma – Ata, esta definição de saúde e a sua promoção são reconhecidas como essenciais para o bem-estar do Homem e para o desenvolvimento económico e social sustentável. A par com este reconhecimento, em 1981 a Assembleia

Mundial de Saúde estabelece como prioridade para todos os governos e para a OMS a “Saúde para todos”, propondo que até ao ano 2000, toda a população mundial conseguiria aceder a cuidados essenciais de saúde, e que esses cuidados estariam equitativamente distribuídos.

Existem, de facto, segundo o Relatório Mundial da Saúde 2010, três entraves à cobertura universal. Dois desses problemas estão relacionados com recursos: a disponibilidade de recursos (no extremo mais baixo, os países de baixa renda não têm serviços disponíveis para todos); e o uso ineficiente e desigual de recursos (segundo o mesmo relatório, numa perspetiva conservadora cerca de 20-40% dos recursos de saúde é desperdiçado).

No caso de STP, a esperança média de vida é de 66 anos. De facto, segundo dados da OMS (MICS, 2006), as doenças transmissíveis predominam no país. As doenças no topo das causas de morte incluíam as infeções respiratórias, a malária e os acidentes vasculares cerebrais (OMS, 2006).

No entanto apesar de STP não dispor de um sistema de informação conveniente, vários estudos, levados a cabo por financiadores e outros atores internacionais, e programas (paludismo, HIV, tuberculose) permitem ter uma noção aproximada do perfil epidemiológico do país.

Na tentativa de uma reforma do Sistema de Serviços de Saúde, foi formulada em 1999 uma Política Nacional de Saúde e em 2000 a Carta Sanitária e o Plano de Desenvolvimento Sanitário (PNDS). No entanto nenhum destes documentos tem estado a ser cumprido e implementado conforme estipulado, principalmente devido à escassez de recursos humanos, financeiros e materiais, mas também devido à falta de coordenação entre os vários planos previamente referidos (Dussault et al., 2010). A falta de estabilidade política, principalmente a nível ministerial, a falta de coordenação entre as várias Organizações Não Governamentais (ONG's), setor privado e o próprio ministério, levam muitas vezes a duplicação de atividades e a falta de complementaridade entre as intervenções.

O investimento em educação

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2006), existiam sensivelmente 600 alunos matriculados no ensino superior e politécnico em STP, o que se traduz em sensivelmente 0,4% da população. De facto, segundo Dussault et al. (2010) somente 1% da população possui formação superior, o que acontece principalmente na faixa etária entre os 40 e os 49 anos de idade. A população mais instruída (formação superior incluída) concentra-se no meio urbano e é principalmente masculina.

O facto de o sistema de informação ser praticamente inexistente não permite obter informações que permitam comparar professores com ou sem formação.

Relativamente aos professores do ensino superior não existem dados quanto ao tipo de formação que detêm, acontecendo muitas vezes terem formação somente na área em que lecionam.

Em termos de saúde em STP, a maioria da formação superior é feita no estrangeiro o que leva a que, à semelhança com outros setores, os RH raramente regressem a STP, ou sigam outras profissões quando, de facto, regressam. Em termos de medicina o país não tem qualquer capacidade autónoma de formação. Por outro lado, não existem quadros de gestão em STP, sendo que seriam necessárias 55 pessoas formadas e capacitadas neste domínio para preencherem as várias vagas relacionadas com gestão de saúde (Dussault et al., 2010).

A renovação e expansão dos RHS qualificados dependem da capacidade do sistema de educação para formar profissionais a nível superior e com um determinado conjunto de competências que lhes permitam lidar com as prioridades características do setor. Em STP, no caso particular dos RHS, foi iniciado um Plano de Desenvolvimento, mas que não chegou a ser finalizado.

A questão da sustentabilidade do investimento em RHS

Há 20 anos atrás o *Brundtland Report* definia desenvolvimento sustentável como o desenvolvimento que vai ao encontro das necessidades presentes sem comprometer a capacidade das gerações futuras de suprirem as suas próprias necessidades. Esta definição compreende dois conceitos centrais: o conceito de necessidades, em particular

as necessidades essenciais dos pobres de todo o mundo, às quais deveria ser dada máxima prioridade; e a ideia de finito, imposta pelo estado da tecnologia e da organização social sobre a capacidade do ambiente de preencher as necessidades presentes e futuras.

A definição de avaliação segundo o *Development Assistance Committee* (DAC)/OECD (1991) engloba cinco critérios: relevância, eficiência, efetividade, impacto e sustentabilidade. Durante um estudo efetuado em 2009 sobre a implementação dos critérios de avaliação, compreende-se a necessidade de olhar para a avaliação para além do produto obtido como avaliação do impacto da ajuda no desenvolvimento. A pressão sobre a avaliação para apresentar resultados tem vindo a aumentar. O desafio permanente centra-se agora nas capacidades dos Recursos Humanos, na prossecução das lições aprendidas e na garantia da utilização sistemática das evidências das avaliações para melhorar a efetividade do desenvolvimento. (DAC/OECD, 2001)

No caso do setor da saúde, a sustentabilidade de programas de desenvolvimento é uma preocupação crescente para a maioria dos atores envolvidos na sua promoção. Segundo Pluye et al. (2004), são quatro as condicionantes da sustentabilidade em promoção de saúde. Um deles, é o facto de os efeitos se manterem muito para além da implementação do programa. Outro facto é as mudanças comportamentais características deste tipo de programas levarem a que os efeitos só se verifiquem bastante tempo depois, devendo o programa ser sustentável durante hiato de tempo. O terceiro condicionante é o facto dos efeitos na saúde da população, decorrentes de um programa de saúde ocorrerem bastante tempo após o fim do mesmo. E por fim, o último condicionante assenta no facto de as organizações e atores perderem o interesse em investir, quando os programas se revelam não sustentáveis.

Em 2005, nas ilhas Maurícias, teve lugar um encontro para rever a implementação do “Programa de ação de desenvolvimento sustentável em Estados de pequenas ilhas em desenvolvimento”. Neste encontro foi reconhecido: a sua vulnerabilidade crescente e a necessidade de ações que a diminuam; a necessidade de se acordar internacionalmente em objetivos de desenvolvimento desses Estados, incluindo os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio; que os Estados de ilhas pequenas em desenvolvimento continuam a ser um caso especial de desenvolvimento sustentável; que

deverá ser dada particular atenção à construção de resiliência nestes Estados, através de transferência e desenvolvimento de tecnologia, criação de capacidades e desenvolvimento de Recursos Humanos; o aumento da incidência de assuntos de saúde, particularmente VIH/SIDA, que tem um impacto maior nas mulheres e juventude destes estados, e a urgência de se assumir um compromisso que garanta as suas necessidades de saúde, sendo que devem ser compreensivamente abordadas nos programas a nível regional e global (United Nations, 2005)

Deste modo, também no que diz respeito a profissionais de saúde, ainda que os países continuem a criar planos e estratégias para desenvolver os RHS, torna-se imperioso analisar a sua exequibilidade e a capacidade financeira, política, operacional e técnica do país na sua concretização (Dussault et al., 2010).

1.2. Contexto do ICSVSM

Situado no Golfo da Guiné, STP é um arquipélago constituído por duas ilhas, numa área total de 1001 km², e por vários ilhéus.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) em 2006 a população de STP rondava os 151 mil habitantes, contra 96,6 mil em 1981. Cerca de 70% dessa população concentrava-se num raio de 10 km em redor da capital (OMS, 2009).

Em termos administrativos, o país encontra-se dividido em duas províncias, S. Tomé e Ilha do Príncipe. S. Tomé encontra-se dividido em seis distritos: Lobata, Mé-Zochi, Água Grande, Caué, Cantagalo e Lembá. Em termos sanitários estes seis distritos juntamente com a Ilha do Príncipe formam os 7 distritos sanitários.

No relatório do índice de desenvolvimento humano de 2010, STP ocupa o 127º lugar de entre 169 países (em 2007 encontrava-se em 123º).

O projeto “Apoio à consolidação Institucional do Instituto Vítor de Sá Machado”

Em 2003 terminou a construção da Escola de Quadros de Saúde Vítor de Sá Machado com o apoio financeiro da FCG Na mesma data iniciou-se o seu funcionamento com o objetivo de “formar quadros técnicos para os serviços de saúde daquele país.”

A formação que decorria no ICSVSM dependia fortemente do financiamento da OMS.

Numa missão exploratória foi então identificada a falta de sustentabilidade do ICSVSM, em termos de financiamento principalmente por parte do Orçamento Geral do Estado (OGE) e em termos de gestão e administração refletido numa falta de planeamento a médio prazo.

Inicialmente a escola contava somente com 3 professores, todos da área de enfermagem, e pontualmente com alguns profissionais de saúde de outras instituições, nomeadamente do Hospital Ayres de Menezes (HAM). Estes professores manifestavam graves carências pedagógicas.

A par com este défice de professores, o ICSVSM revelava também carências ao nível da documentação, bem como dos conteúdos programáticos.

Estes são fatores de desenvolvimento de competências e capacidades da população de STP, acreditando que a capacidade do país resolver sustentadamente os seus problemas técnicos passam por um cuidado acrescido na formação dos quadros técnicos nacionais.

Em 2006, a ESSCVP estabelece um protocolo com a Fundação para a Computação Científica Nacional para que o ICSVSM beneficiasse de acesso à iniciativa Biblioteca do Conhecimento Online (B-ON). Ao mesmo tempo foram estabelecidas uma série de outras valências (sala de informática para docentes, cantina, obras de segurança, revisão de programas e cursos).

Ainda em 2006 através da deslocação de 3 professores da ESSCVP a STP, é feita uma organização da secretaria, registo académico, organização da biblioteca e cento de documentação, seleção de professores e finalização do plano de estudos a iniciar em 2007

Em 2007 inicia-se o ano zero para 40 alunos, com recurso a professores licenciados, com o intuito de aumentar o nível de qualidade formativa. Este ano zero tinha o objetivo de incluir um ano de igualização de conhecimentos, seguindo-se para os alunos aprovados dois semestres de estudos comuns, 4 semestres de especialidades.

No âmbito da gestão e administração, foi efetuada uma assessoria técnica para organizar e coordenar a docência, seguido de uma organização dos conteúdos programáticos. Foi também efetuada uma reorganização do registo académico e serviços de secretaria.

Contemplou-se também que os 8 docentes, já ao serviço do Instituto, pudessem efetuar uma formação/reciclagem em Lisboa para aumentarem o grau das competências e continuar a lecionar no ICSVSM.

Em Dezembro de 2008 foi lecionado um curso de formação pedagógica (pedagogia contemporânea, planificação de ensino, informação e reflexão sobre a natureza e utilidade das diferentes taxonomias, avaliação ensino – aprendizagem) a 30 participantes dos quais 19 docentes (diretor e subdiretor do ICSVSM incluídos, juntamente com 3 médicos), sendo os restantes enfermeiros maioritariamente dos quadros de pessoal do HAM. Estes últimos ficaram colocados numa bolsa para lecionar matéria no ICSVSM.

Em 2009 a estratégia foca-se então em formação de pessoal, desde técnicos de biblioteca a um segundo módulo de formação pedagógica, recorrendo a apoio presencial de dois professores em enfermagem médica e médico-cirúrgica, apoio à realização de curso de enfermagem para 34 alunos e envio de conteúdos programáticos para as unidades curriculares dos 4 semestres.

Por fim, em 2010, foi definida a implementação do último ano do curso de 34 alunos e o correspondente envio de conteúdos programáticos de 2 semestres, reforçado o apoio presencial em enfermagem médica e médico-cirúrgica e apoio à formação de professores santomenses.

Foi também elaborado e realizado o curso de especialização em Saúde Materna e Obstetrícia com 25 participantes.

Em 2011, finaliza-se o projeto.

Execução/Etapas chave do projeto “Apoio à consolidação Institucional do Instituto Vítor de Sá Machado”

De seguida apresenta-se cronologicamente as etapas chave e os resultados obtidos pelo projeto “Apoio à consolidação Institucional do Instituto Vítor de Sá

Machado”, dividido por anos de intervenção do projeto. Na Tabela 16 (Anexo IX) encontra-se o quadro de outputs do projeto por ano de intervenção.

Tabela 1 - Etapas chave e resultados do projeto de “Apoio à consolidação institucional do Instituto Vitor de Sá Machado”

	Resultados Previstos	Resultados Alcançados	Grau de implementação
2007	Funcionamento de um semestre Introdutório às Ciências da Saúde	Realizou-se com êxito e aprovação de 84% dos alunos	Ficou estruturado o modelo de Curso de modo a realizar outro em 2008
	Organização da Biblioteca	Progressos, mas pessoal insuficiente	É necessário maior esforço em formação
	Formação de um núcleo de professores do ICSVSM	Resultados satisfatórios	
	Resultados Previstos	Resultados Alcançados	Grau de implementação
2008	Funcionamento do 1º semestre do curso de formação comum (tronco comum) às Ciências da Saúde	Realizou-se com êxito e aprovação de 80% dos alunos	Ficou estruturado o modelo de Curso do 1º semestre permitindo o prosseguimento para o 2º semestre
	Funcionamento do 2º semestre do curso de formação comum (tronco comum) às Ciências da Saúde	Realizou-se com êxito e aprovação de 85% dos alunos	Ficou estruturado o modelo de tronco comum na sua totalidade
	Realização da segunda edição do semestre 0 autonomamente por parte do ICSVSM	Preparação decorreu de forma satisfatória	Constatou-se a capacidade por parte do ICSVSM em realizar de forma autónoma novas edições do semestre 0
	Reciclagem dos docentes do ICSVSM	Realizou-se localmente um curso de formação pedagógica, com 30 participantes, com elevado grau de satisfação e incentivo.	A reciclagem de professores poderá ser consolidada através de novo curso de formação (2º módulo)

	Organização da Biblioteca/Centro de documentação	Melhoria no inventário de controlo da utilização de livros. Manteve-se a insuficiência de pessoal qualitativa e quantitativamente	É necessário efetuar nova formação
2009	Resultados Previstos	Resultados Alcançados	Grau de implementação
	Funcionamento do 1º semestre do curso médio de enfermagem e início do 2º semestre	Realizou-se com êxito e aprovação dos 35 estudantes	Os 35 alunos seguiram para o 2º semestre
	Reciclagem dos docentes do ICSVSM	Realizou-se localmente um módulo do Curso de formação pedagógica com 25 participantes	Dos 25 participantes, 22 concluíram obtendo certificado
2010	Resultados Previstos	Resultados Alcançados	Grau de implementação
	Conclusão do 2º semestre do curso médio de enfermagem	Realizou-se com êxito e aprovação dos 34 estudantes	Conclusão do 1º Curso Médio em enfermagem de 34 estudantes
	1º Curso de especialização em Saúde Materna e Obstetrícia	25 Alunos inscritos e a frequentar o curso	

Fonte: Relatórios de acompanhamento da ESSCVP (2007,2008,2009,2010)

Durante as visitas de acompanhamento foram encontradas algumas dificuldades de negociação com o MINSA no que diz respeito ao cofinanciamento de algumas atividades, nomeadamente para a deslocação de docentes a Moçambique, para participarem em formação pedagógica, e nas dificuldades de contratação de técnicos de biblioteca. Estas dificuldades levaram a que as atividades sofressem um revés importante dificultando a obtenção dos resultados definidos e o grau de sustentabilidade do ICSVSM.

No entanto, foi implementada com sucesso uma formação pedagógica a nível local, como alternativa das diversas tentativas de formação no exterior de docentes (Portugal e Moçambique).

A utilização da plataforma informática, por outro lado, revelou-se uma ferramenta de elevada importância na metodologia de ensino, a par com o *upgrade* de

algum equipamento informático, que se refletiu no aumento do nível de aproveitamento dos recursos existentes.

As formações e visitas de acompanhamento por parte de docentes exteriores (nomeadamente ESSCVP) foram apontadas também como importantes no acompanhamento e monitorização das atividades implementadas. Uma das recomendações decorrentes dos relatórios de acompanhamento é a necessidade de se contratarem docentes santomenses com licenciatura e prática pedagógica para obter a qualidade pretendida dos cursos ministrados. Foi definida a área de Enfermagem Obstétrica como uma das áreas em que o ICSVSM faria formação, no entanto as restantes áreas permaneceram por definir devido à mudança de quadros do MINSA

2. Metodologia e Métodos

2.1. Objetivos do estudo

A necessidade de avaliar, compreender os resultados e processos da implementação do projeto, bem como identificar necessidades de intervenções futuras de modo a garantir um desenvolvimento integrado e sustentável do ICSVSM, dentro das condicionantes do contexto de STP, por parte da Fundação Calouste Gulbenkian, funcionou como orientador para os objetivos deste estudo.

O objetivo geral deste exercício é verificar a sustentabilidade de projetos de capacitação de RHS, concretamente do apoio da FCG ao projeto “Apoio à consolidação institucional do Instituto de Ciências da Saúde Vítor de Sá Machado”, executado pela Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, entre 2005 a 2011.

Os objetivos específicos são:

- ❖ Analisar a melhoria da estrutura dos cursos ministrados no ICSVSM, através do recurso à análise dos currículos definidos, da adequação desses currículos às necessidades do setor em STP e da verificação e análise do material pedagógico elaborado, disponível e utilizado;
- ❖ Verificar a melhoria da capacidade de gestão e administração do ICSVSM, recorrendo à análise das alterações na gestão académica introduzidas pelo projeto e em vigor;
- ❖ Analisar a melhoria da capacidade formativa do ICSVSM, procurando identificar material pedagógico e científico, elaborado e produzido disponível, seja através da operacionalidade da biblioteca, seja da adequação desse material e do material presente na biblioteca às necessidades formativas, ou ainda de equipamento de laboratório adquirido e em uso. Neste objetivo será também analisada a capacidade pedagógica e formativa, através da estabilidade do quadro de pessoal, incluindo vínculo, as habilitações dos docentes;
- ❖ Avaliar as necessidades e capacidade de absorção do SNS;
- ❖ Avaliar o grau de autonomia financeira do ICSVSM.

Espera-se que através desta avaliação se identifiquem as forças e fraquezas do ICSVSM, com particular enfoque no impacto dos resultados, de modo a conseguir elaborar um conjunto de recomendações para futuras atuações no âmbito do desenvolvimento do ICSVSM, de acordo com as necessidades do setor da saúde em STP.

2.2. Metodologia

Tipo de Estudo

Neste estudo foi utilizado o estudo de caso, um método que procura descrever uma determinada unidade (pessoa, acontecimento, programa, organização) em profundidade e detalhe, numa perspetiva holística e dentro de um contexto (Patton, 2002).

Como

Segundo Zonabend, (1992) o estudo de caso faz-se dando particular atenção à complementaridade da observação, reconstrução e análise dos casos em estudo. Este tipo de estudo é feito de modo a que incorpore o ponto de vista dos intervenientes no caso em estudo, e foi por isso decidido aplicar este método ao presente estudo.

Prós

Na realidade e segundo Bell (1993), a grande vantagem deste método consiste no facto de permitir ao investigador a possibilidade de se concentrar num caso específico ou situação e de identificar, ou tentar identificar, os diversos processos interativos em curso. Mais do que perceber os *outcomes* de uma determinada intervenção ou situação o estudo de caso preocupa-se em perceber os processos envolvidos (Patton, 2002).

Contras

Ainda que muitas vezes o estudo de caso seja visto de forma negativa, uma vez que se defende que o estudo de um único caso não permite criar uma generalização da conclusão, vários autores têm contraposto esse ponto de vista arguindo que a análise de vários casos não pode transformar o estudo num estudo macroscópico. Neste sentido,

desde que o estudo em questão cumpra os seus objetivos previamente estabelecidos, analisar um caso só deverá ser aceitável.

Porquê a escolha de estudo de caso

A avaliação de um projeto tem vindo a ganhar cada vez mais importância para os *stakeholders*, quer devido ao grau de responsabilização que permite efetuar, quer devido às lições que se podem retirar de determinada implementação de um projeto. Os países doadores veem essa responsabilização como um modo de justificar a continuidade de futuras doações e consolidar parcerias com os países recipientes (Organization for Economic Co-operation and Development, 2001). No entanto, tem sido crescente a importância do desenvolvimento sustentável. Em 2005, nas Ilhas Maurícias, teve lugar um encontro para rever a implementação do “Programa de ação de desenvolvimento sustentável em Estados de pequenas ilhas em desenvolvimento” (United Nations, 2005). Neste encontro foram reiterados algumas das suas dificuldades, nomeadamente o reconhecimento que os Estados de ilhas pequenas em desenvolvimento continuam a ser um caso especial de desenvolvimento sustentável. Deste modo pretende fazer-se um estudo em profundidade do caso STP, através na análise da sustentabilidade da intervenção de capacitação do ICSVSM, recorrendo ao estudo de caso.

Trata-se de um estudo de caso intrínseco que segundo Creswell (2007), é um estudo de caso que se foca no caso em si, por representar uma situação fora do comum ou única, como por exemplo, avaliar um programa, como no estudo de caso que se pretende implementar.

Segundo Yin (2001), o estudo de caso pode ter cinco aplicações diferentes: explicativo, descritivo, exploratório, ilustrativo, e como meta – avaliação. Neste caso estamos perante um estudo de caso explicativo, explicando os vínculos das intervenções num caso particular real que por norma são complexos demais para as estratégias experimentais ou levantamentos. O caso da avaliação que se pretende efetuar, em que as explicações unem a implementação do projeto com os seus próprios efeitos, é disso exemplo.

Porque não outra estratégia

Ainda que a questão de investigação remeta para o estudo de caso, importa compreender porque não enveredar por outra estratégia de investigação. Uma das justificações, segundo Yin (2001), é a análise da extensão do controle que o investigador detém sobre os comportamentos e ainda qual o grau de enfoque em comportamentos atuais contra acontecimentos históricos. No caso particular deste estudo estamos perante acontecimentos atuais e sobre os quais o investigador não detém qualquer tipo de controlo. De facto, os estudos de caso têm um papel de grande relevância na pesquisa de avaliação.

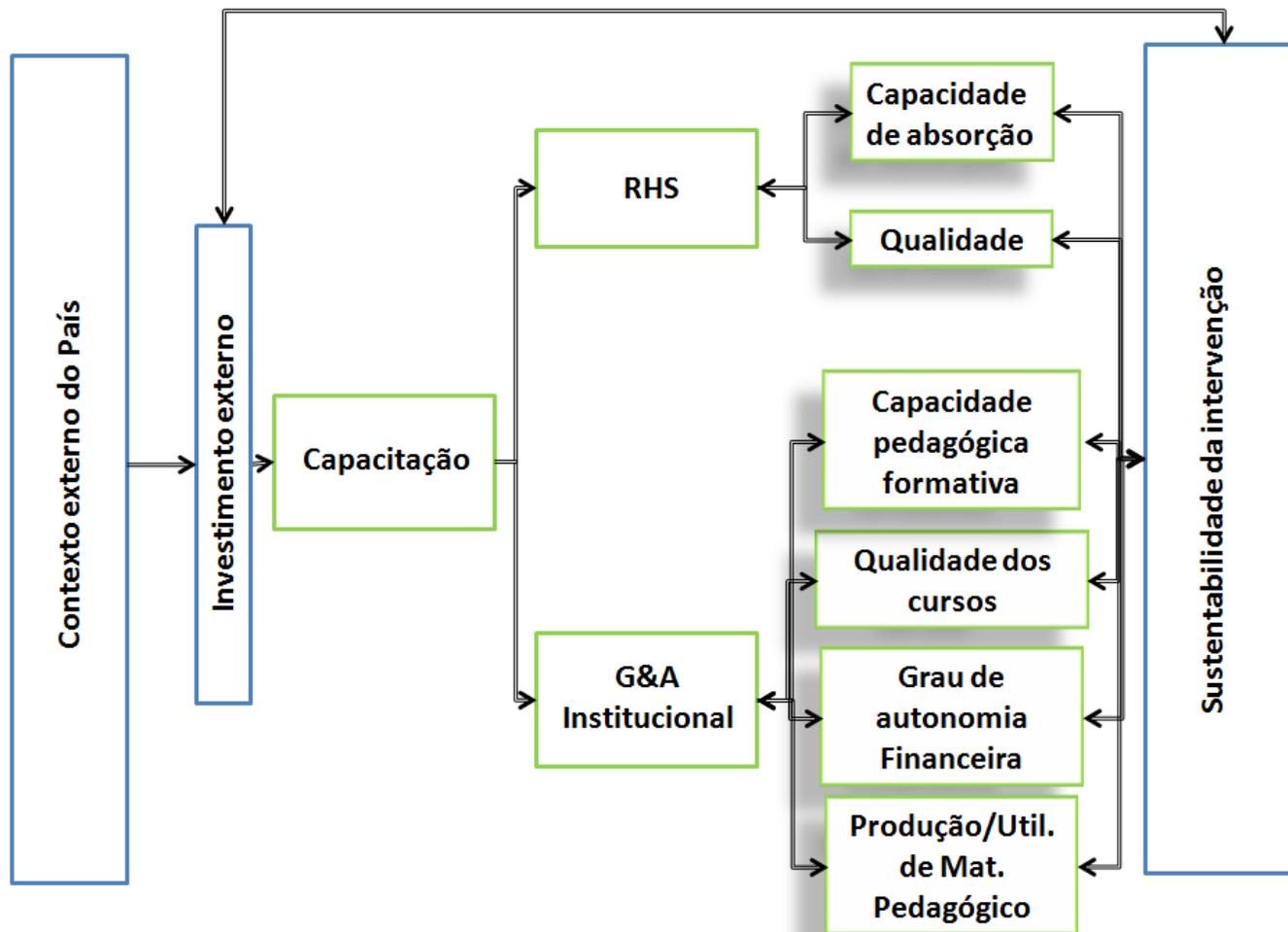
Riscos

Por ser um estudo de caso, onde só se contemplará um caso, será necessário conduzir uma investigação cuidadosa para evitar uma representatividade errática do estudo e de modo a maximizar o acesso do investigador à evidência. Importa também neste contexto, ter em conta que um estudo de caso, ainda que seja assim frequentemente conotado, não tem como base somente evidências qualitativas, mas também quantitativas.

Para minimizar os riscos da utilização de um estudo de caso, é necessário garantir a qualidade do estudo através de quatro testes: a validade da hipótese, a validade interna, a validade externa e a confiabilidade do estudo. Segundo Yin (2001) existem várias táticas para cada um destes aspetos, que podem ser utilizadas para minimizar os riscos do recurso ao estudo de caso, nomeadamente ao nível da validade da hipótese através da utilização de várias fontes de evidência (como referido no ponto 6.4), encadeando evidências de modo a que se possam corroborar ou indicar novos focos de investigação; e ao nível da fiabilidade a utilização de um protocolo de estudo de caso (ver Anexo I), desenvolvendo um banco de dados para o estudo de caso.

Quadro conceptual

Ilustração 1- Quadro Conceptual



O quadro conceptual que se apresenta pretende refletir a dinâmica do problema em estudo com todos os componentes que o compõem e a forma como se inter-relacionam, mostrando a fluidez do processo de capacitação de recursos humanos em direção à sustentabilidade da intervenção. Todo o processo é fortemente influenciado (de forma inerente) pelo contexto externo do país.

No entanto, o ponto de partida do processo é o investimento externo, uma vez que, dada a fraca capacidade orçamental do governo, a dependência de investimento no setor da saúde e particularmente no sector de capacitação (ICSVSM) é elevada. Este investimento em capacitação abrange dois níveis paralelos: a capacitação de RHS e a capacitação institucional de Gestão e Administração do ICSVSM, que confluem simultaneamente para a sustentabilidade da intervenção.

Ao nível da capacitação de RHS, os componentes são a qualidade dos RHS formados e a capacidade de absorção dos RHS formados por parte do Sistema Nacional de Saúde (SNS). Quanto aos componentes da capacitação institucional contam-se o grau de autonomia financeira, a capacidade de gestão e administração em si mesma, a capacidade pedagógica e formativa, a produção e utilização de material pedagógico e a qualidade dos cursos ministrados.

Importa ter presentes os critérios DAC para avaliar a ajuda ao desenvolvimento, como base do quadro conceptual. De facto a sustentabilidade vem refletida nestes mesmos critérios, e neles ganha a importância que lhe é dada atualmente: Relevância, até que ponto o projeto implementado vai ao encontro das necessidades dos *stakeholders* (grupo alvo, país beneficiário e financiador); Efetividade, extensão em que o projeto atinge os seus objetivos; Eficiência, medição dos produtos, qualitativos e quantitativos, relativamente aos consumos; Impacto, as alterações positivas e negativas produzidas pelo projeto, diretas ou indiretas, intencionais ou não; e finalmente, a Sustentabilidade, preocupação em medir se os benefícios de uma atividade têm probabilidade de continuar depois de o financiamento ter sido retirado (DAC, 2000).

Encontra-se também no Anexo II o Modelo Teórico-Lógico da intervenção, cujo objetivo é dar uma melhor visualização dos porquês e como foi desenhado o projeto e descrever como foi implementado, de modo a perceber a relação entre os resultados alcançados e o desenhado no projeto.

Questão de investigação

Nesta avaliação pretende responder-se à questão: “o projeto de reforço institucional do ICSVSM é sustentável?”

Desta questão central, surgem então duas questões relacionadas com a compreensão dos processos que levaram à resposta da primeira questão:

1. Quais os processos que condicionaram a sustentabilidade do projeto?
2. Quais as causas dos resultados obtidos com a implementação do projeto?

2.3. Material e métodos

Variáveis em estudo

Segundo Lakatos et al. (1992), variável independente é a que influencia, determina ou afeta uma outra variável; é o fator determinante, condição ou causa para certo resultado, efeito ou consequência. Por outro lado, segundo o mesmo autor, variável dependente consiste nos valores/fenómenos a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados, ou afetados pela variável independente.

Neste estudo teremos como variável dependente a sustentabilidade do investimento feito em capacitação de recursos humanos. Segundo o Glossário de conceitos chave de avaliação e gestão por resultados da OECD (2002), sustentabilidade é a continuidade a longo prazo dos benefícios de uma intervenção de desenvolvimento após a intervenção de desenvolvimento ter sido concluída, bem como a capacidade de resiliência aos riscos das vantagens líquidas da intervenção.

De acordo com as questões levantadas surgem assim as seguintes variáveis independentes, as que influenciam ou afetam essa sustentabilidade:

(1)Qualidade dos RHS formados – A qualidade dos RHS formados foi dividida em duas partes: uma que engloba a qualidade técnica (refere-se ao grau de impacto (positivo) dos serviços no estado de saúde da população. Mais especificamente em RHS, a qualidade técnica reflete o impacto do trabalho dos profissionais sobre a saúde dos usuários (Dussault e Souza, 1999), a qualidade sócio – cultural (refere-se ao grau de aceitabilidade dos serviços e de resposta às expectativas dos usuários. Em termos de

RHS, o grau de aceitabilidade e resposta do trabalho profissional (Dussault e Souza, 1999) e a produtividade (a relação entre a quantidade de horas/homem utilizados e o volume do produto resultante (Dussault e Souza, 1999); e outra que trata da retenção e distribuição dos profissionais formados. Segundo Hannu Vuori (1988) no sentido restrito, a garantia de qualidade refere-se à garantia de qualidade técnico-científica dos serviços de saúde prestados por um profissional de saúde a um paciente. Também segundo o mesmo autor, à garantia de qualidade está inerente a tentativa sistemática de corrigir os erros detetados.

(2) Capacidade de absorção/empregabilidade dos RHS – A capacidade de absorção dos RHS formados pelo ICSVSM é definida pela quantidade de RHS formados em relação à sua distribuição pelos diversos tipos de prestadores de serviços de saúde em STP, incluindo os que não se encontram a trabalhar dentro da sua área de formação e os que emigraram;

(3) Qualidade dos cursos ministrados – Define a capacidade e qualidade do desenvolvimento de competências através o processo de produção, em cada categoria profissional, do número adequado de trabalhadores possuidores dos conhecimentos, das habilidades e das atitudes necessários ao alcance dos níveis de desempenho exigidos pelos objetivos dos serviços de saúde (Dussault e Souza, 1999);

(4) Produção e utilização de material pedagógico – Medida através da produção e utilização de material pedagógico em três pontos centrais: sala de aula, biblioteca e laboratório;

(5) Capacidade de gestão e administração – A capacidade do Instituto em gerir e administrar o mesmo, recorrendo para isso à análise de processos implementados e em uso, e de avaliação dos recursos humanos imputados a estas áreas;

(6) Capacidade pedagógica e formativa – Esta variável pretende medir três componentes chave: a qualidade pedagógica e formativa dos professores a lecionar no Instituto; a constituição dos quadros do Instituto; bem como a capacidade de retenção dos mesmos.

(7) Grau de autonomia financeira - A capacidade financeira (traduzida em infraestruturas adequadas, equipamentos, informação e profissionais adequados) do

Instituto para realizar processos de desenvolvimento de competências, distribuir e gerir pessoal.

Na Tabela 9, apresenta-se uma operacionalização das variáveis com respetivos indicadores, fontes de informação e a relação existente entre eles.

Tabela 2 – Quadro de Operacionalização de variáveis

Variável	Evidências/Questões	Fonte de informação
Qualidade dos RHIS	1. Em que medida o desempenho observado da força de trabalho contribui para o alcance dos objetivos dos serviços de saúde?	Entrevistas
	2. Em que medida os processos de desenvolvimento de competências, de distribuição e de gerência da força de trabalho contribuem para produzir o desempenho esperado? São adequadamente coordenados esses três processos?	Entrevistas; Registos e Arquivos
	3. Em que medida as políticas atuais, a disponibilidade de recursos e as relações de poder apoiam o desenvolvimento de competências, a distribuição e a gerência da força de trabalho?	Documentação; Registos e Arquivos
	4. A qualidade sociocultural melhorou? (Refere-se ao grau de aceitação dos serviços e de resposta às expectativas dos utentes)	Entrevistas; Registos e Arquivos
	5. A força de trabalho atual oferece serviços a todos os subgrupos populacionais (por nível socioeconómico, por sexo, por faixas etárias, por etnias, por local de moradia – rural/urbano)?	Entrevistas; Registos e Arquivos
	6. Oferece todos os tipos de serviços (preventivos, curativos, paliativos, de reabilitação, de promoção da saúde)?	Entrevistas; Registos e Arquivos
	7. Cobre todos os problemas prioritários?	Entrevistas; Registos e Arquivos
	8. Quais são os níveis atuais de produtividade por tipo de serviço?	Documentação; Registos e Arquivos

Qualidade dos RHS	9. Como se comparam aos níveis de outros grupos similares de prestadores?	Documentação; Registos e Arquivos; Entrevistas
	10. Há variações geográficas significativas?	Registos e Arquivos
	11. Os níveis atuais permitem responder às necessidades do país?	Documentação; Registos e Arquivos
	12. O trabalho profissional produz os resultados esperados? É eficaz? Alcança os padrões estabelecidos?	Entrevistas; Observação Direta
	13. Os profissionais produzem serviços adaptados às características sociais e culturais dos usuários?	Observação Direta; Observação participante
	14. Os serviços respeitam os valores, as expectativas e as preferências dos clientes?	Entrevistas; Observação Direta; Observação Participante
	15. O bom desempenho pode ser mantido em base contínua?	Observação Direta; Entrevistas
	16. A força de trabalho é estável ou flutua de modo imprevisível?	Registos e Arquivos
	17. O país consegue reter seus profissionais mais qualificados?	Registos e Arquivos
	18. Existem regiões mal servidas? Periferias urbanas, áreas rurais, áreas longínquas?	Documentos
19. Que tipos de prestadores faltam nessas regiões?	Documentos; Registos e arquivos	

Variável	Evidências/Questões	Fonte de informação
Empregabilidade dos RHS	1. Quantos alunos foram formados por ano desde 2005?	Registos e Arquivos
	2. Quantos estão empregados no SNS?	Registos e Arquivos
	2.1. Quantos estão empregados no Hospital Nacional?	Registos e Arquivos
	2.1.1. Em que especialidade?	Registos e Arquivos
	2.1.2. Há quanto tempo?	Registos e Arquivos
	2.2. Quantos estão empregados em Centros de saúde?	Registos e Arquivos
	2.2.1. Em que especialidade?	Registos e Arquivos
	2.2.2. Há quanto tempo?	Registos e Arquivos
	2.3. Quantos estão empregados no Sector Privado?	Registos e Arquivos
	2.3.1. Em que especialidade?	Registos e Arquivos
	2.3.2. Há quanto tempo?	Registos e Arquivos
	2.4. Quantos estão empregados em ONG's?	Registos e Arquivos
	2.4.1. Em que especialidade?	Registos e Arquivos
	2.4.2. Há quanto tempo?	Registos e Arquivos
	2.5. Quantos emigraram?	Registos e Arquivos
	2.5. Para que países?	Registos e Arquivos
	2.6. Quantos estão desempregados?	Registos e Arquivos
2.7. Quantos estão a exercer noutro setor?	Registos e Arquivos	

Variável	Evidências/Questões	Fonte de informação
Qualidade dos Cursos Ministrados	1. Existe algum processo de identificação das competências que os prestadores devem possuir?	Documentação; Registos e Arquivo; Entrevistas
	1.1. É conhecido o número de prestadores necessários em cada categoria profissional?	Documentação; Registos e Arquivo; Entrevistas
	1.2. Quais as necessidades de formação do setor?	Documentação; Registos e Arquivo; Entrevistas
	2. Os currículos são planeados em termos de pessoal e recursos materiais?	Entrevistas; Documentação
	2.1. Como são definidos os currículos?	Entrevistas; Observação Direta
	3. Como é preparado o material pedagógico?	Entrevistas; Documentação; Observação Direta; objetos
	4. Os docentes estão capacitados para lecionar as matérias?	Entrevistas; Observação Direta; Observação participante; Registos e Arquivo

Variável	Evidências/Questões	Fonte de informação
Utilização de Material pedagógico	1. Existe material pedagógico?	Objetos
	1.1. Que material existe?	Objetos
	1.2. Quando é utilizado?	Entrevistas; Observação Direta; Observação participante
	1.3. Com que frequência?	Entrevistas; Registos e Arquivos
	1.4. Por quem é utilizado?	Entrevistas; Observação Direta; observação participante
	2. Existe necessidade de outro tipo de material?	Entrevistas; Observação Direta; Observação participante
	2.1. Que tipo de material seria útil?	Entrevistas
	2.2. Porquê?	Entrevistas

Variável	Evidências/Questões	Fonte de informação
Capacidade de gestão e administração do ICSVSM	1. Quantos técnicos existem?	Registos e Arquivos
	1.1. Qual o seu nível de formação?	Registos e Arquivos
	1.2. Quais as áreas de especialidade?	Registos e Arquivos
	2. Quais as principais dificuldades sentidas pelos técnicos?	Entrevistas
	2.1. Quais as principais necessidades? (formação, material)	Entrevistas
	3. Quais os procedimentos de gestão?	Documentação; Registos e Arquivos
	4. Quais os procedimentos de administração?	Documentação; Registos e Arquivos
	5. Quem são os responsáveis por cada área?	Documentação; Registos e Arquivos
Variável	Evidências/Questões	Fonte de informação
Capacidade pedagógica e formadora do ICSVSM	1. Quantos docentes estão afetos ao ICSVSM?	Registos e Arquivos
	1.1. Quantos estão vinculados?	Registos e Arquivos
	1.2. Quantos estão no quadro?	Registos e Arquivos
	1.3. Há quanto tempo?	Registos e Arquivos
	1.4. Quantos são pontualmente contratados?	Registos e Arquivos
	2. Quais as habilitações dos professores?	Registos e Arquivos
	2.1. Qual a última formação que frequentaram?	Registos e Arquivos
	2.2. Quando?	Registos e Arquivos
	2.3. Com que duração?	Registos e Arquivos
	2.4. Com que conteúdos?	Registos e Arquivos

Variável	Evidências/Questões	Fonte de informação
Grau de autonomia financeira	1. Quais as necessidades financeiras do ICSVSM?	Registos e Arquivos; Entrevistas
	2. Como são pagas?	Registos e Arquivos; Entrevistas
	3. Que rendimentos tem o ICSVSM?	Registos e Arquivos; Entrevistas
	3. Que financiamentos tem o ICSVSM?	Registos e Arquivos; Entrevistas
	4. Que parte do OGE cobre despesas do ICSVSM?	Registos e Arquivos; Entrevistas

Com base na informação recolhida através de entrevistas e análise documental, foi também elaborada uma análise SWOT como forma de estabelecer uma ligação entre os resultados e as recomendações. A análise SWOT permite ter uma leitura clara dos pontos a potenciar no ICSVSM e no contexto externo, e ao mesmo tempo permite perceber em que áreas será necessário investir corrigindo ou minimizando os impactos negativos.

A matriz de análise SWOT (também conhecida como modelo de Harvard) espelha as iniciais em inglês para *Strengths* (forças), *Weaknesses* (fraquezas), *Opportunities* (oportunidades) e *Threats* (ameaças) (Kotler, 2000). Esta matriz corresponde a uma análise interna do objeto em estudo (comumente empresas/organizações, uma vez que este conceito se aplica inicialmente nesse meio) através da análise das suas forças e fraquezas, e por outro lado uma análise do ambiente externo do mesmo objeto (oportunidades e ameaças). A matriz SWOT, tem como vantagem a análise do ambiente externo e interno, através do qual se pode então potenciar as forças e oportunidades, diminuindo e precavendo as fraquezas e ameaças, definindo assim uma estratégia a seguir, e identificando os elementos chave do projeto (Lindon, Denis, et al, 2004).

População e amostragem

Nesta avaliação foram consideradas três populações distintas: os colaboradores do ICSVSM (professores e técnicos), os alunos formados desde o início do projeto, bem como os alunos ainda a frequentarem a escola.

Foi realizada uma amostragem não aleatória, por conveniência, com o intuito de se obter uma amostra que contenha os vários grupos da população, dado que se pretendeu incluir alunos, que estivessem nas várias situações profissionais (empregados no setor público, privado, ONG's, desempregados, emigrados), e de dois grupos distintos, alunos formados antes e depois a intervenção. No caso dos colaboradores do ICSVSM não foi feita amostragem devido ao seu reduzido número, conforme indicado nas Tabelas 7 e 8 que se encontra nos anexos deste documento. Os docentes foram escolhidos de acordo com o seu papel dentro do Instituto. Foram também entrevistados membros relevantes dentro do MINSA, e enfermeiros ligados ao ICSVSM e ao SNS.

Tabela 3 – Amostra de pessoas entrevistadas

Ligação ao ICSVSM	Alunos Projeto	Docentes Quadro	Docentes Contratados	Técnicos	MINSA	Enfer.	Outros	TOTAL
Total	2	2	5	6	5	2	1	23
Gravadas	0	2	2	4	0	1	0	9
Notas	2	0	3	2	5	1	1	14

2.4. Recolha e tratamento de informação

Os dados foram recolhidos através de entrevistas, observação direta e consulta de registos e arquivos, e sempre que possível de documentos orientadores. As fontes da informação estão indicadas na Tabela 9. Todos os dados recolhidos foram inseridos numa base de dados de modo garantir a sua conveniente utilização.

De modo a garantir a confiança do estudo, utilizou-se a triangulação entre os vários métodos de recolha de informação.

Foram feitas 23 entrevistas, das quais 9 foram gravadas, e 14 só permitiram tirar notas, e cujas transcrições se encontram nos anexos deste estudo. Foi então feita análise de conteúdo das entrevistas e notas, bem como dos documentos recolhidos (Anexo VII). Foi feita a triangulação entre os dados recolhidos das entrevistas e os recolhidos nos documentos de modo a garantir a maior fiabilidade da informação.

O guião de entrevistas, que se encontra no anexo XI, foi baseado no documento de Dussault, G. & Souzal, L.E., “Gestão de Recursos Humanos em saúde”, tendo como linhas orientadoras as variáveis em análise. Na Tabela 9 de operacionalização de variáveis, pode verificar-se a distribuição das perguntas do guião de entrevistas pelas variáveis em estudo.

A análise de conteúdo foi feita recorrendo ao quadro de operacionalização de variáveis criando pró-formas que visam responder às perguntas elaboradas para avaliação das variáveis conforme as Tabelas 9 e 15 (Anexo VII).

Quanto ao cronograma detalhado do trabalho de campo consta da Tabela 5 no Anexo III, e num sentido mais abrangente resume-se por: entre Julho e Setembro de 2011, foi elaborado o protocolo do estudo com especial ênfase nas metodologias e métodos de recolha e análise de dados. Em Outubro de 2011 foi efetuada a deslocação

ao terreno por parte da investigadora para recolha de dados. Entre Outubro e Dezembro de 2011 foram analisados os dados, e elaborado o relatório de avaliação.

2.5. Questões éticas

Foi também solicitado conforme previsto o parecer ao Comité de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical.

A confidencialidade deste estudo foi garantida recorrendo à eliminação de pontos de identificação das entrevistas e notas feitas durante o trabalho de campo.

Foram também recolhidos os consentimentos informados (cuja minuta se encontra no anexo X) de cada um dos participantes nas entrevistas, durante o qual foi explicado o estudo em questão, e assegurado o tratamento anónimo e confidencial da informação recolhida.

Ainda assim, cerca de 60% dos inquiridos não aceitaram a gravação do diálogo, permitindo somente que fossem tiradas notas durante o decorrer dos mesmos.

3. Resultados do estudo

Os resultados do estudo estão organizados em sete partes, de acordo com as variáveis já identificadas: (a) a qualidade dos RHS; (b) a empregabilidade dos recursos humanos; (c) a qualidade dos cursos ministrados; (d) a utilização do material pedagógico; (e) a capacidade de gestão e administração do ICVSM; (f) a capacidade pedagógica e formadora do ICSVSM; (g) o grau de autonomia financeira. Estes pontos estão divididos em temas relevantes dentro de cada variável, de modo a facilitar a identificação dos resultados.

3.1. Qualidade dos Recursos Humanos de Saúde

3.1.1. A legislação e documentos

Existem três documentos que norteiam os RHS. São eles a Política Nacional de Saúde (PNS, 1999), a Carta Sanitária (CS, 2000), e o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS, 2000). Estes três documentos estão em análise para reformulação, pois ainda que sejam os únicos documentos orientadores da saúde em São Tomé e Príncipe, não chegaram a ser implementados. Apesar de não terem sido implementados são reconhecidos como três documentos de peso e elaborados com bastante rigor e exatidão, como tal decidiu-se pela referida reformulação atendendo à evolução do perfil social, económico, demográfico e epidemiológico do País. Existe ainda o Decreto-Lei 5/97, que regula a carreira da função pública, mas que não é implementada na sua plenitude, principalmente no que toca à progressão de carreiras.

Os principais motivos para a não implementação destes documentos prendem-se com a contínua falta de meios materiais e humanos, e com a forte dependência financeira externa do país (Guerreiro, 2008). Outro dos motivos recorrentes é a constante mudança de governo, que não permite uma continuidade da política e ação, e instabilidade institucional associada em consonância com as fracas coordenações dentro do setor e entre setores.

A par com estes documentos, diversas consultorias tem vindo a ser feitas com o objetivo de delinear a Política de Recursos Humanos de Saúde (Lima, 2000), conforme prevista na PNS: “O desenvolvimento de uma política de recursos humanos, enquanto elemento essencial para o desenvolvimento do setor, promovendo a motivação e a

satisfação dos profissionais, através da formação e de modalidades de remuneração e de condições de trabalho justas, mas associadas à exigência de qualidade de desempenho.” (PNS, 2000). No entanto somente em 2011 se conseguiu concretizar a elaboração de uma Política de Recursos Humanos de Saúde (PRHS) e de um Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde (PNDRHS) estando à data da investigação validados, mas sem data de início de implementação.

No entanto, e apesar de estes serem os documentos orientadores da saúde, durante as entrevistas feitas a maioria dos entrevistados desconhecia o conteúdo destes três documentos, bem como a existência de processos ou procedimentos referentes aos RHS, referindo alguns deles total desconhecimento quanto aos procedimentos de distribuição dos recursos. Ao mesmo tempo, segundo Lima (2000), existe também um desconhecimento acerca dos processos de criação e implementação das carreiras, o que naturalmente gera desconfiança no processo (*“Não... Não são. Cada centro pratica mais ou menos segundo aquilo que é o seu orçamento exceto o salário básico se calhar, não é, que deve ser mais um... Acho que não influencia tanto, mas depois a partir daí é um bocadinho segundo o que são as possibilidades de orçamento...”* (E5, L 142-145)).

Esta ausência de uma política clara de Recursos Humanos que englobe a formação, as carreiras profissionais, os incentivos ao desempenho, e a falta latente de pessoal classificado, conforme referido na Política Nacional de Saúde, traduzem-se necessariamente, em quadros desmotivados, pelas dificuldades de execução das suas tarefas (traduzidas na falta de meios e recursos para as levar a cabo) e pelos baixos e tardios salários; em falhas na humanização dos serviços, na satisfação do utente dificultando o acesso aos serviços, e afastando os utentes dos serviços (PNS, 2000). A lei de carreiras é um dos problemas crassos que influenciam a fraca qualidade dos recursos uma vez que desde 1985 que os trabalhadores não são promovidos (devê-lo-iam ser de três em três anos). A implementação desta carreira deverá restabelecer a confiança no sistema (a regularização da situação de 20% dos funcionários, implica 45 milhões de dólares, uma parcela reduzida do orçamento da saúde) (PNDRHS, 2011). A carreira deve assim, segundo Lima (2000), ser entendida como um objetivo de valorização do funcionário, do mesmo modo que a avaliação de desempenho deve ser um instrumento de gerência que tem como pressuposto o desenvolvimento do funcionário.

3.1.2. Necessidades de RHS e qualidade

A definição de um quadro de pessoal indispensável, juntamente com um pacote mínimo de cuidados, conforme preconizado no PNS (2000) só acontece agora com a política e plano de RHS. E neste sentido, já Lima (2000) identifica as seguintes áreas como problemáticas nos processos de RHS: a gestão de RHS, a gestão dos processos de capacitação e o desenvolvimento institucional da Escola de Formação de Pessoal.

De facto, sem equipas de saúde compostas de modo a dar resposta às necessidades sociais, económicas e epidemiológicas, será previsível que se venham a verificar problemas ao nível da gestão (Lima, 2000). Na Carta Sanitária, essa equipa consta como devendo cumprir os critérios seguintes: 1) princípio da polivalência vs “especialização vertical” dos prestadores; 2) um patamar mínimo de profissionais que garanta a funcionalidade das estruturas; 3) o número de população servida e a procura de serviços por ela gerada.

Apesar da evolução positiva que o quadro de pessoal tem vindo a verificar, continua a ser insuficiente para responder às necessidades do país, e acaba por redundar numa injusta e má distribuição dos quadros (PNS, 2000). A adicionar a esta má distribuição há que considerar ainda que dos 368 enfermeiros existentes, 14 enfermeiros encontram-se a executar cargos de direção ou em Programas de saúde do nível central e somente 196 estão distribuídos pelos distritos. (PNDRHS, 2011).

Tabela 4 - Enfermeiros por cada 1000 habitantes por Área Sanitária 2011

	Água Grande	Mézochi	Canta-Galo	Caué	Lemba	Lobata	Pagué
Enfermeiros/ 1000 habitantes	0,57	0,81	1,77	2,23	1,73	1,18	2,66

Fonte: PNDRHS, 2011

Quanto aos dados constantes de RHS/população, importa reter que na realidade os utentes podem dirigir-se a qualquer centro de saúde, deslocando-se muitas vezes diretamente ao Hospital Central (HC) para receber tratamento médico. Aqui os dados

recolhidos não são constantes, uma vez que alguns centros de saúde referem uma grande aceitação por parte dos utentes, que preferem deslocar-se ao Centro e por outro lado, alguns dos entrevistados referem a preferência dos utentes em relação ao HC em detrimento dos Centros de Saúde Distritais. Revela-se deste modo necessário dotar os Centros de Saúde de capacidade competitiva de modo a levar a população a escolher os Centros ao invés do nível central onde os recursos não conseguem dar respostas (*“Agora tem 36 doentes somente para mim, achas que eu estarei à altura de os satisfazer... É esse o nosso maior problema é muito doente para nós, claro cuidar de 36 pessoas... Por mais que agente queira fazer... Dificilmente nós conseguimos fazer”*, E3, 181-183).

O PNDRHS identifica as especialidades na Tabela 10 (Anexo IV) como essenciais para permitir que as periferias passem a ter capacidade de atendimento, retirando o excesso de trabalho que caracteriza o HC, devido à situação referida acima (*“A maioria da população prefere ser atendida no HAM, uma vez que não pagam taxa moderadora (nos centros de Saúde, por ser considerados cuidados de saúde primários (CSP) é necessário pagar uma taxa)”*, E6, L54-56). De facto a concentração de trabalhadores continua a ser na capital e nos distritos de melhor acesso.

A qualidade dos profissionais de saúde acaba por ser uma mistura de situações que se perpetuam até à data desta investigação, uma vez que continuavam sem ser implementadas quaisquer medidas ligadas a Recursos Humanos, refletindo-se em absentismo, indisciplina, desmotivação e desinteresse pelo trabalho. De facto, o ICSVSM pretendia que os alunos no sistema implementado pela ESSCVP, ao saírem de modo contínuo para o mercado de trabalho, imbuídos ainda das técnicas e teorias recebidas no curso (principalmente no que diz respeito a ética e humanização), pudessem aos poucos contagiar os profissionais, que se deixaram já viciar pelo sistema (*“ (...) portanto todos os anos a mandar (acabavam por prevalecer aqueles que tinham humanização em relação aos outros) exatamente, porque todos os anos, mas esses alunos tinham que sair com o mesmo modelo... E então, nessa avaliação sempre que os alunos chegassem, quem já tá ali, não é, já não estranhava e se calhar lembrava os, aqueles modelos que aprendeu e as coisas iam melhorando assim mais ou menos, daqui a dez anos, mas todos os anos nós a mandarmos aqueles alunos que conseguem com aquela filosofia.”*, E2, L51-57).

A política de recursos humanos reconhece esta necessidade de aumentar a qualidade técnica dos enfermeiros já existentes, de modo inclusive a que sejam mais próximos da comunidade, criando um menor custo para o paciente e para o sistema. E por outro lado, ainda que os números de RHS/população possam não ser alarmantes como noutras regiões de África, ou mesmo se comparados os valores com a região onde se insere S. Tomé, a verdade é que, como constatado anteriormente, a motivação do pessoal é fraca, e portanto a qualidade dos serviços que prestam também o é.

3.1.3. Formação (inicial e contínua)

A formação de RHS parece ser uma zona intermédia onde se cruzam os Ministérios da Saúde e da Educação, como aliás constatam alguns dos entrevistados (*“Então quem entrou com a nona teria de ficar com o décimo ano, e quem entrou com a décima teria equivalência do décimo primeiro, só que está a ver conflitos, porque a Educação teria que equilibrar a carga horária para ver (...) Exatamente, quando fizeram isto era no contexto de quadros que saíssem... Quando fizeram no outrora era que tivessem décimo ano, de maneira que saíssem com o décimo primeiro ano.”* E5, 323-324; 326-328). Atualmente esta “luta” entre o Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais (que ultimamente ficou votada aos alunos recém-formados do ICSVSM) e Ministério da Educação, para equivalência do curso de enfermagem ao décimo segundo ano, parece ter caído no esquecimento, uma vez que os alunos formados estão mais dispersos e portanto será mais difícil que continuem a exercer uma pressão simultânea.

A motivação e a melhoria do desempenho devem ser resultados a obter através de um processo de valorização contínua e sistemática dos RHS (PRHS, 2011). Isto é, a carência de profissionais qualificados de nível médio e superior no SNS em funções de prestação de serviço, depende da capacidade do sistema de educação que os possa produzir com um determinado conjunto de valências capazes de responder às necessidades e prioridades de saúde (Fronteira, 2008).

No entanto a formação contínua, que subsiste no país, não é desenhada ou planeada pelo Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais. A sua grande maioria vem das exigências das ONG’s internacionais, que programam e planeiam as formações (*“Em S. Tomé a formação contínua por parte do estado não existe, e a pouca que surge, é como exigência e necessidade das Organizações Internacionais. Esta tarefa deveria*

ser do governo, apostando na especialização dos enfermeiros, pois abunda uma polivalência de funções que há muito deixou de ser benéfica.”, E1, L19-22). Ainda que as formações se revelem benéficas para os RHS, uma vez que em matéria de saúde a necessidade de reciclagem é imensa, e qualquer necessidade suprida nesse âmbito traz um efeito positivo, seria importante que o governo conseguisse desenhar e implementar uma estratégia para formação contínua dos RHS (congregando por exemplo o dinheiro dos programas de saúde e respondendo às necessidades de formação dos mesmos (“*A capacitação contínua seria uma prioridade nas áreas de saúde pública, cuidados hospitalares etc. É possível assistir-se a um suporte do estado no financiamento desta formação contínua, uma vez que algumas são passíveis de ser enquadradas nos Programas, que facilmente encontram parceiros de financiamento.*”, E8, L 93-96)).

A fuga de enfermeiros para as chefias e para cargos de direção é apontado por alguns dos entrevistados como uma dos desvios recorrentes ao especializar quadros. São estes quadros especializados no exterior que ao regressar ao país, ao invés de ocuparem cargos nas áreas onde se especializaram acabam por ocupar cargos diretivos e de chefia, quer no setor público, quer no setor privado (organizações internacionais) (PNS, 2000).

Deste modo, resulta também que os profissionais qualificados rumam para outros desafios. Ainda que os alunos recentemente formados permaneçam no país, a realidade é que desde Angola a Portugal, os RHS procuram outras maneiras de obter melhores condições de trabalho, melhores salários, mais formação (a taxa de retorno de alunos que se vão formar no exterior é muito baixa). É necessário colmatar as falhas que levam a esta evasão de quadros, e criar condições para que os quadros que estão no exterior regressem. – “*Ao mesmo tempo, é necessário que o governo crie condições para deslocar RHS para a periferia (casas, transportes, entre outros), para que seja possível agilizar essa gestão*” (E8, L83-85).

3.1.4. Avaliação de desempenho

Por outro lado, e apesar da necessidade manifestada por muitos dos entrevistados, parece continuar em falta um sistema de avaliação de desempenho, onde seja possível, primeiro descentralizar administrativamente o controle e operacionalização dos RHS, gerido pelo Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais (controlo de pessoal, férias disciplinares, invalidez temporária, entre outras) – “*Antes*

de mais, deveria ser feita uma avaliação de desempenho, é necessário dotar este instrumento de um espírito de valorização, e retirar-lhe a conotação negativa. Este instrumento, deve servir exatamente para motivar o pessoal e criar “competição” de modo a promover a melhoria”, (E1, L 1-4) – e depois repor o sentido de justiça, motivando os recursos humanos, e criando competição entre a classe (“Tem mais-valia é aquele que mais trabalha, tem que dar valor a quem merece” (E3, L191); “O facto de os RHS serem em número insuficiente para dar resposta às necessidades do SNS não pode ser desculpa para não ser realizada uma avaliação de desempenho” (E6, L71-72)).

Também o facto de os RHS estarem vinculados a um determinado serviço, através do qual recebem, e estarem efetivamente a prestar serviços noutra local, dificulta o controlo do desempenho dos profissionais (como aconteceu com os alunos que terminaram a formação em 2011, que apesar de terem sido colocados na área sanitária de Caué, estavam a prestar serviço no HAM, devido à falta de condições para habitarem na área em questão).

3.1.5. Sistema de informação de RHS

Todas estas questões têm por trás, um problema de base: a ausência de um sistema de informação sanitária capaz de constituir um instrumento de gestão e melhoria do SNS (PNS, 2000). – “*É necessário efetuar uma maior atuação em áreas como as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e traumatismos – fenómeno recente em STP, sendo que no primeiro semestre de 2011, se registou uma média de 5,24 acidentes por dia.*” (E6, L8-10). É importante conhecer a situação real do país, de modo a conseguir obter e gerir uma força de trabalho de saúde orientada para as características da população (PNS, 2000). Este deficiente sistema de informação resulta inclusive na dificuldade de perceber as necessidades epidemiológicas do país, decorrentes da transição demográfica, económica e social sentida desde a elaboração dos primeiros documentos de saúde (PNDRHS, 2011). Segundo os entrevistados, e ainda que esteja preconizado o funcionamento de um sistema de informação periférico para o conhecimento das vagas necessárias, parece existir uma confusão generalizada de como se articula este processo.

Deste modo importa referir que os processos de capacitação deverão ser planeados e elaborados tendo em vista as necessidades dos serviços, decorrentes da informação recolhida. No entanto, muitas vezes continuam a prevalecer as conveniências e o empírico (uma vez que não existe sistema de informação que possa, de facto, auxiliar no desenho destes processos) - *“O processo de recrutamento e funcionamento dos cursos não têm em conta as necessidades do SNS. É preciso que se crie um sistema que garanta respostas a: Quem entra? Como se forma? Como se alimenta a formação após conclusão do curso?”* (E7, L71-74). É preciso, como referido anteriormente, antes de mais que se crie um sistema de informação.

3.2. Empregabilidade dos RHS

3.2.1. Situação atual

Atualmente a relação entre os profissionais de saúde e o número de habitantes é bastante boa, principalmente se, se atender à região onde S. Tomé se encontra inserido. Segundo a PNRHS o rácio de enfermeiros situa-se em 1/900 habitantes, e no caso das parteiras 1/168 habitantes, ainda que o ideal fosse 1/300 no caso dos enfermeiros e 1/134 no caso das parteiras.

Ainda que estes números pareçam para sustentar o SNS suficientes, de acordo com os dados desta região africana como já se constatou, quando comparado com o ideal, ainda se mostram as discrepâncias e insuficiências do Sistema, principalmente se for tido em linha de conta fatores de diminuição dos RHS disponíveis como a aposentação (facilmente previsível) ou a emigração (de mais difícil previsão) como apresentado na tabela 8 no Anexo I.

Deste modo o PNDRHS prevê as seguintes necessidades de formação para os próximos 5 anos de modo a colmatar as necessidades do SNS:

Tabela 5 - Número de técnicos necessários e contingente a serem formados por categoria até 2015, ajustados por taxa de reprovação. São Tomé e Príncipe, 2011

Categoria	Nº de técnicos necessários	Taxa média de reprovação 30%	Contingente a formar
Enfermeiros	187	56	243
Parteiras	18	6	24
Técnicos de laboratório	22	7	29
Técnicos de farmácia	16	5	21
Técnicos de raio X	10	3	13
Microscopistas	10	3	13
Nutricionistas	7	3	10
Técnicos Sanitaristas	7	3	10
Técnicos de estatística	10	3	13
Total	287	89	376

Fonte: PNDRHS 2011

3.2.2. Os quadros recém-formados

Daqui se infere a alta empregabilidade dos RHS principalmente no SNS. De facto, dos 35 alunos recentemente formados pelo ICSVSM, nenhum se encontrava à data da recolha de dados, desempregado. Todos estavam distribuídos pelos Centros de Saúde, respetivos Postos, e HC.

Tabela 6 - Distribuição dos alunos formados pelo ICSVSM a nível nacional

	Distritos							HC				TOTAL*
	Água Grande	Mézochi	Canta -Galo	Caué	Lemba	Lobata	Pagué	CCM	Ped	BU	PSM	
Alunos 2011	7	3	3	3	4	5	1	2	2	2	1	33

*2 Desistências

No entanto, e como referido anteriormente, à data o Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais continuava sem ter as condições de deslocação para o Sul dos enfermeiros destinados a Caué. Apresentava-se como principal falha as condições de habitabilidade das casas que deveriam ocupar. Estes estando colocados em Caué, continuavam a prestar serviço no HC, ao nível do Banco de Urgência (2 enfermeiros) e da Maternidade (1 enfermeiro).

3.2.3. Fatores internos influenciadores

Há que ter em conta, os fatores internos influenciadores desta empregabilidade, como abordados anteriormente: os baixos e tardios salários, a ausência de uma progressão na carreira, ausência de incentivos por desempenho, a dificuldade de mobilidade no terreno, a falta de condições de trabalho (falta de medicamentos, material, infraestruturas adequadas), ausência de formação contínua, excesso de trabalho (número elevado de pacientes por enfermeiro), ausência de condições de permanência nas periferias (*“A fuga de quadros prende-se basicamente com a desmotivação causada pelo nível salarial, bem como de outras condições laborais. Para reter os quadros, é necessário colmatar estas falhas, bem conhecidas pelo governo, através por exemplo, da melhoria de salários, da criação de condições de habitação para os médicos/enfermeiros de especialidades (terrenos para construção de casas, condições de empréstimos bancários com juros bonificados de modo a aumentar a capacidade financeira dos RHS sem ser através do recurso a liquidez por parte do estado). Estes quadros que emigram não são necessariamente os mais qualificados.”*, E6, L27-33). Estes fatores negativos influenciam também a motivação dos RHS, como constatado no ponto anterior, “Qualidade dos RHS”. No entanto importa perceber, que a influência dessa motivação é até ao ponto em que afeta a vontade expressa dos RHS em continuarem empregados no SNS.

É deste modo que, tendo o sistema capacidade de absorção dos alunos formados pelo ICSVSM, estes com o decorrer do tempo, e ao sentirem estes fatores internos desmotivantes acabam por procurar outras formas de subsistência. Nomeadamente, e como referido no ponto anterior: a emigração, da qual não existem dados concretos (*“Os enfermeiros são dos mais assíduos ... No entanto os mais qualificados têm mais tendência para emigrar, não se conformam com a situação. Vão para Angola, Libreville ... muitas vezes fazer coisas que não estão relacionadas com saúde”*, E1, L16-18); o emprego em cargos de direção dos programas nacionais, em organizações internacionais e projetos; o emprego fora do SNS, ONG, privados e políticos; e por fim, o duplo emprego, principalmente no SNS (*“Sendo que os piquetes são pagos, um RHS que vá prestar serviço num local diferente do qual está contratualizado, recebe um*

subsídio para prestação desse serviço, num sistema de recuperação de custos.” E8, L78-80) (Tabela 11; 12 e 13 – Anexos V e VI)

Tabela 7 - Número de pessoal técnico e enfermeiros, a aposentar e em exercício até 2015 .São Tomé e Príncipe, 2011

Categoria	Nº de técnicos existentes	Total a aposentar até 2015	Nº de técnicos em 2015
Enfermeiros	368	19	349
Parteiras	52	2	50
Técnicos de laboratório	41	3	38
Técnicos de farmácia	45	1	44
Técnicos de raio X	6	2	4
Microscopistas	15	0	15
Nutricionistas	7	0	7
Técnicos Sanitaristas	5	1	4
Técnicos de estatística	18	0	18
Total	557	28	529

Fonte: PNDRHS, 2011.

A criação de condições que combatam estas fugas do SNS parece ser imperativa para que os contínuos investimentos em RHS não sejam em vão (*“É verdade, quando eu formei eu tinha todas as forças para lá ficar, mas eu saí com uma bolsa, e eu acho que regressar para o meu País, ele... Pagou para me formar eu tinha que vir prestar contas cá.” E5, L17-19*).

3.3. Qualidade dos cursos ministrados

3.3.1. Situação atual

Da data da sua criação, em 1979, até à presente data o ICSVSM (antiga Escola de Formação de Quadros), formou cerca de 650 profissionais de saúde em diversas áreas técnicas de saúde e realizou mais de 30 cursos de formação prática de nível médio (PNDRHS, 2011). O ICSVSM continua debaixo da alçada do Ministério da Saúde e dos

Assuntos Sociais, sob a tutela da Direção de Administração, Plano e Finanças (PNS, 2000)

Em termos de necessidades de profissionais e portanto de cursos, já a Carta Sanitária (1999), faz menção das mesmas, fazendo inclusive uma distribuição de unidades, recursos materiais e humanos, com definição de tarefas e responsabilidades. No entanto e apesar de passados 12 anos, estas diretrizes continuam sem estar implementadas. (PNDRHS, 2011)

3.3.2. Planificar

A dificuldade de comunicação entre os diversos níveis de gestão, e a ausência de sistemas de informação de RHS, dificulta o atual conhecimento sobre as necessidades de formação e as competências que os cursos a ministrar devem garantir aos prestadores (Lima, 2000).

É necessário que exista, periódica e sistematicamente, uma recolha de dados que permitam identificar as necessidades de perfis e competências dos profissionais (PRHS, 2011). É preciso identificar a procura de profissionais quanto aos problemas prioritários de saúde, e por parte de cada estrutura em função do seu conteúdo funcional (perfil de cada grupo profissional e necessidades em pessoal), levando depois a uma estruturação dos cursos existentes, ou à programação de novos cursos (Lima, 2000). Esta dificuldade em definir o tipo e padrão de cada estrutura sanitária, suas áreas de intervenção, torna impossível definir as necessidades em termos quantitativos e qualitativos. Assim sendo, torna-se por inerência difícil caracterizar a força de trabalho e planificar a sua contratação e formação.

A PRHS (2011) constata assim a importância de se implementar um sistema de informação capaz de recolher dados sobre as necessidades de RHS, de modo a poder estimar as necessidades e por consequência os cursos a implementar.

Na Carta Sanitária (1999) estão definidos os números e especialidades necessárias para o SNS. No entanto, é necessário adaptar ao novo perfil epidemiológico, social e económico do país conforme identificado na Tabela 10 no Anexo IV. No entanto, e apesar destas previsões, outro dos problemas contínuos é a distribuição de

Recursos Humanos entre os vários distritos, que nem sempre têm em consideração o número de população a servir ou o perfil epidemiológico do distrito em questão.

3.3.3. Perfis de profissionais

É necessário também definir os perfis dos profissionais, com as respetivas competências para a execução das ações e atividades previstas, nas várias tarefas que englobam a saúde e sem esquecer o pessoal de gestão (PRHS, 2011) – *“nós começamos a compreender de alguma forma como é que um plano curricular transforma o perfil do aluno”* (E2, L 61-62).

A inexistência de perfis dos profissionais, torna também difícil proceder a uma devida elaboração dos cursos e seleção dos alunos a admitir, uma vez que falta responder à pergunta: *“que tipo de profissionais o mercado necessita?”* (*“É preciso que se crie um sistema que garanta respostas a: Quem entra? Como se forma? Como se alimenta a formação após conclusão do curso?”*, E7, 72-74)

O sistema de informação de RHS várias vezes abordado ao longo deste estudo deverá assim contemplar a monitorização da entrada e saída de pessoal, predizer necessidades de formação, enquadrar novos profissionais em função das necessidades de prestação de serviços nos distritos. (PNDRHS, 2011).

3.3.4. O ICSVSM

No PNDRHS (2011) preconiza-se o reforço institucional e académico do ICSVSM, de modo a aumentar a sua capacidade de formação de quadros médios aumentando dentro das suas possibilidades a variedade de cursos, e incluindo cursos de especialização.

O mesmo documento sugere ainda a lista de cursos a ministrar pelo Instituto de acordo com as necessidades do SNS conforme consta da Tabela 10 no Anexo IV. Seguida da preocupação que na realidade precede todas estas: a inexistência de um Conselho Pedagógico e de um Conselho Científico, capazes de zelar pela qualidade dos currículos dos cursos e disciplinas, e pela qualidade e acompanhamento dos docentes do quadro (que são poucos), e contratados (*“Na escola em si ... falta um Conselho Científico, onde se molde e controle a performance dos professores, uma revisão rigorosa do ensino que se pratica, com currículos e planos de aula.”*, E1, L35-36).

No entanto, já Lima (2000) apontava a incapacidade do Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais em perpetuar o desenvolvimento institucional do Instituto.

E por fim, a importância referida em vários documentos e por vários entrevistados, em dotar o ICSVSM de docentes com capacidades pedagógicas e que integrem os quadros de modo a garantir um aumento da qualidade do ensino (PNDRHS, 2011).

3.3.5. Currículos

É necessário rever e criar programas curriculares de formação, tendo como documento orientador o PNDRHS, tendo em conta também que os currículos influenciam em larga escala o perfil de saída do aluno (“ (...) nós começamos a compreender de alguma forma como é que um plano curricular transforma o perfil do aluno”, E2, L61-62).

Quanto aos currículos atualmente em uso no ICSVSM, a avaliação não conseguiu ter acesso aos mesmos. No entanto, foi referido por alguns dos entrevistados ter-se abandonado o modelo implementado entre 2005-2011 pela ESSCVP. Os currículos encontram-se neste momento em reestruturação (motivo pelo qual não nos foi possível ter acesso aos mesmos) (“Mas agora está-se a reestruturar porque não se... Vai-se tentar aumentar o nível de recetação dos mesmos. E depois está-se a tentar ver, que agora as formações em vez... Não quer dizer que vamos terminar com o curso médio mas, já estamos a ter outras ambições em formar níveis superiores, então de qualquer maneira tudo terá que ser bem trabalhado, terá de se organizar a nível mesmo dos PALOP, para ter uma credibilidade em quase todos os países...para não haver aquela discrepância que havia que...” E5, L309-315).

Atualmente os currículos são elaborados por enfermeiros ou médicos do próprio Instituto, e depois procura obter-se parecer junto da Escola de Enfermagem de Coimbra, onde alguns dos enfermeiros têm ido fazer a especialização. No entanto é essencial, como manifestado pela quase totalidade dos entrevistados que se crie um Conselho Pedagógico e um Conselho Científico no ICSVSM. Tal não está implementado, até ao momento (“São só duas, os quadros da instituição, mas sendo escola, não pode funcionar com dois quadros efetivos... Há necessidade de nós criarmos quadros

docentes para a instituição, criar departamentos, ter um Conselho Científico, um Conselho Pedagógico, portanto... Estruturar a própria secretaria... Devia ter uma secretaria pedagógica para que as coisas realmente, para que a escola, para que o Instituto realmente possa funcionar. Para se saber quem é quem e cada um responde pelos, de acordo com o Termos de Referência (TdR) cada um vai respondendo, um diretor pedagógico... um diretor...”, E4, L6-11), apesar de estar preconizado nos estatutos que regem o ICSVSM.

O modelo de formação criado em parceria com a ESSCVP visava garantir que os alunos se especializassem, garantindo uma maior absorção dos quadros formados (não só por STP, mas também através da equiparação do seu nível de ensino entre os países da CPLP (ver os projetos de apoio ao desenvolvimento de RHS da Comunidade Países de Língua Portuguesa (CPLP) e PALOP)). (*“No entanto a formação cíclica preconizada pela ESSCVP, tem a desvantagem de não dar resposta atempada às necessidades do SNS, ainda que crie condições para o acompanhamento dos profissionais em serviço (formação contínua).”* E7, L50-52.

A recente atualização curricular fez com que as seguintes disciplinas fossem introduzidas no currículo: Educação Física, Língua Portuguesa, Integração à Vida Escolar. Alguns dos entrevistados chamam atenção à necessidade de se encontrar o devido enquadramento para estas disciplinas no curso, sob risco de que se tornem prejudiciais ao mesmo (definir carga horária adequada à importância no currículo; estabelecer um nível de adequação para os vários níveis de alunos que constituem as turmas, entre outros) (*“E depois é a carga horária... Mesmo implementando essas disciplinas, qual é a carga horária que se atribui? São cargas horárias comparáveis a disciplinas fundamentais, como anatomia, e fundamentos de enfermagem. Mas porquê tanta carga horária numa disciplina tão... Secundária.”*, E2, L102-105).

3.3.6. Docentes

Na alínea i, do número 2, do artigo 4, do Decreto-lei número 36/2007 (que regula a passagem de Escola de Formação de Quadros a Instituto), refere: “Criar condições para a formação e promoção dos **quadros docentes** do ICSVSM.”. E mais à frente na alínea c, do número 1, do artigo 22: “Promover a formação e atualização pedagógica e científica dos respetivos docentes.”

Por outro lado, o mesmo Decreto-lei, refere ainda a criação de um Conselho Científico e Pedagógico (Secção IV e V). No entanto, e até à data estes Conselhos não estão definidos, nem em funcionamento. Resultado provavelmente da recente nomeação dos órgãos de direção por parte do Ministério, e da instabilidade institucional que afeta o ICSVSM devido a este método de nomeação dos órgãos de direção pela Entidade Instituidora (Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais).

Por fim, o capítulo IV legisla o corpo docente. Apesar destas tentativas de organizar e legislar a docência no ICSVSM a maioria destas diretivas não foram implementadas. Grande parte dos entrevistados aponta a inexistência destes dois grandes órgãos (Conselho Científico e Pedagógico), como uma das principais falhas que contribui para a diminuição contínua da qualidade do ensino no ICSVSM (*“Na escola em si ... falta um Conselho científico, onde se molde e controle a performance dos professores, uma revisão rigorosa do ensino que se pratica, com currículos e planos de aula.”* (E1, L35-36)). De facto, e ainda que o número um, do artigo quarenta e cinco do capítulo IV, preconize que os docentes do ICSVSM *“devem possuir habilitações próprias e os graus académicos legalmente exigidos para o exercício das funções”*, a maioria dos docentes continua a carecer de capacidades pedagógicas, existindo somente dois professores nestas condições, que são os que integram o quadro, ao contrário do preconizado no PNDRHS, que reforça a necessidade da incorporação de pessoal docente com capacidade pedagógica, que possa contribuir para a qualidade dos cursos e currículos das formações, ainda que neste momento a maioria dos professores possuam habilitações próprias.

Segundo um dos entrevistados a docência continua sem ser atrativa, quer pelos baixos salários (*“De facto não foram criadas condições para criar atratividade na docência: os salários são baixos e a docência é vista como uma fonte de horas extraordinárias. A falta de disponibilidade de um quadro de docentes para o ensino das ciências da saúde. A maioria dos docentes são médicos e enfermeiros com outras responsabilidades, o que torna difícil uma entrega a 100% ao ensino, devido à sobrecarga de tarefas. Daqui incorre necessariamente uma menor qualidade do ensino.”*, E7, L18-23), quer pelo seu carácter de horas extra, uma vez que os professores vão rodando pelo Instituto conforme são necessários sendo portanto contratados pontualmente consoante as necessidades dos currículos.

O próprio PRHS (2011) chama a atenção para a necessidade de se dotar o ICSVSM de docentes e pedagogos em quantidades suficientes, apontando inclusive a hipótese de para tal se enquadrarem pedagogos do Ministério da Educação e Cultura.

3.4. Utilização de material pedagógico

No PRHS (2011), constata-se a necessidade de reabilitar e/ou requalificar a estrutura do ICSVSM, e o correspondente apetrechamento técnico-científico

Recentemente foi construído o laboratório, que continua sem ser utilizado devido à falta de equipamento. Este deveria ter sido fornecido pelo projeto de “Apoio ao Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde nos PALOP” que com as mudanças geradas pelo novo governo, se encontra a avançar de modo mais demorado. (*“O material pedagógico que falta iria ser financiado por um projeto dos PALOP, que entretanto, com a mudança do governo ficou parado. O que existe é utilizado por todos, mas insuficiente.”* E8, L39-41)

No geral, todo o material existente é utilizado com frequência, por alunos e professores. Os alunos têm inclusive autorização para treinar nos manequins da sala de práticas desde que o responsável de turma se responsabilize. Estes manequins são 2 adultos (feminino e masculino), 2 crianças, 1 esqueletos humanos, 1 estrutura craniana, 6 obstetrícia, 1 visão, 3 órgãos, 2 ginecologia, já com bastante uso e alguns degradados. Existem vários *posters* do corpo humano, bastante deteriorados, mas que não foi possível contabilizar.

Os computadores entregues pelo projeto levado a cabo pela ESSCVP continuam em funcionamento num total de 8 computadores com ligação à internet (paga diretamente pelo MINSA), ainda que não exista acesso direto, à data da recolha de dados, a nenhuma biblioteca virtual, estando em fase de finalização o acordo para acesso à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e-portuguese. Dos três projetores de vídeo, somente dois continuam em uso, tendo revelado alguns problemas técnicos, e utilizando os professores os seus portáteis pessoais para projeção.

Na sala dos computadores, existe também uma televisão e um leitor de DVDs, que não é utilizado, segundo informações dos professores, alunos e funcionários tendo alguns inclusive revelado algum desconhecimento da existência deste material.

A biblioteca depende de um funcionário responsável pela mesma que trata de gerir a logística de requisição dos poucos livros que existem. (*“A biblioteca existente é pequena e insuficiente para as necessidades. (...) É importante assegurar a formação dos técnicos, de modo a garantir um funcionamento regular dos cursos. É preciso que existam TdR, que todos saibam as suas tarefas através dos mesmos e de um organigrama”*, E8, L62-66)

Os manuais são fotocopiados pelos alunos na secretaria, o que acaba por lhes trazer encargos bastante elevados, e causa problemas de logística no secretariado, uma vez que os materiais (papel e tinteiros da fotocopadora) vêm diretamente do Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais, dependendo de requisições e disponibilidades de material, características de um departamento de Estado (*“É também necessário considerar as fracas capacidades financeiras dos alunos, principalmente no que toca a reprodução de materiais para estudar.”*, E8, L51-52).

Ainda que até à data o material pedagógico se tenha vindo a revelar suficiente para o número de alunos, na realidade e perspectiva que se avizinham para o ICSVSM (a formação continuada de enfermeiros, na abertura de pelo menos uma turma por ano, e novos cursos de especialidade) esta realidade parece ser colocada em risco. As estruturas (6 salas) ainda conseguem neste momento comportar os 107 alunos que frequentavam, à data da recolha de dados, o Instituto (27 do segundo ano e 80 do primeiro ano). No entanto, o material começa já a revelar a sua incapacidade de satisfazer as necessidades de alunos e professores, por exemplo, a sala de práticas é manifestamente pequena para albergar 40 alunos (o primeiro ano está dividido em duas turmas de 40 alunos). (*“Como é que agente vai fazer isso? Onde é que estão os materiais para eles treinarem? E mesmo a nível daquela parte dos modelos práticos, e tudo, se já é complicado meter naquela sala 40 alunos, pronto 80... Quer dizer...”* E2, L199-201).

O ICSVSM não tinha, à data deste levantamento, capacidade financeira ou ao nível de materiais para iniciar os cursos para os quais tinha aberto inscrições. De facto, segundo alguns entrevistados, uma das maiores dificuldades seria também encontrar docentes para lecionar algumas das matérias incluídas nos cursos em questão (*“Está-se a tentar, mas ainda não se conseguiu o financiamento... Quer dizer ainda não se*

conseguiu por causa de meios que aqui não tem. Mas nós estamos a pensar em fazer isso. Agora está-se a pensar em abrir farmácia, laboratório... Epidemiologia.”, E5, L169-171).

3.5. Capacidade de gestão e administração do ICSVSM

O Instituto está dividido administrativamente em Secretaria Administrativa e Técnica. Da primeira fazem parte 7 técnicos. Somente um deles tem formação superior, mas numa área distinta da de secretariado ou relacionado.

Os TdR são antigos, e não estão atualizados. Os colaboradores dizem não estar familiarizados com estes documentos e portanto, a maioria das tarefas não estão claras, nem a sua responsabilidade. A par desta falta de conhecimento de TdR, a ausência de procedimentos também constitui outra lacuna desta secretaria. (*“Os técnicos administrativos fazem um bom trabalho, no entanto, estão porque já cá estavam... falta-lhes capacidade. Existem TdR, que não são utilizados.”, E1, L45-46)*

Por sua vez, a Secretaria Técnica é composta por três colaboradores, dois com formação em pedagogia e um com formação em Economia e experiência em RHS. Estes três membros não contam com um papel muito ativo, sendo essencialmente os docentes do quadro.

Existe, em termos de gestão, um terceiro órgão designado de Comissão Instaladora, que conta com 4 colaboradores, dos quais somente um se encontra regularmente no Instituto.

Na PRHS estabelece-se o pessoal mínimo necessário para um bom funcionamento do Instituto:

Tabela 8 - Quadro do pessoal mínimo necessário para o fortalecimento do ICSVSM.

Categoria	Qualificação	Vínculo com Instituição	Quantidade necessária
Administrativos	Licenciatura ou formação média em administração ou área afim	Comissão de serviço	1 Presidente 1 Administrador 1 Secretária
Docentes	Licenciatura em ciências médicas ou afins	Nomeação	1 Director 4 docentes
Pedagogos	Licenciatura em pedagogia geral ou pedagogia de ensino médio-superior	Nomeação	2 pedagogos
Serviços complementares (informático, motoristas, auxiliar de limpeza, contínuos, e apoio administrativo.)	Escolaridade mínima e 3 anos de experiência no ramo, outras qualificações exigidas pela área de acção	Contratação	1 informático 2 motoristas 2 Auxiliares administrativos 6 serventes e pessoal de limpeza

FONTE: PRHS, 2011

Será necessário garantir a formação dos técnicos de modo a garantir o funcionamento regular dos cursos, tornando-se necessário proceder à atualização dos TdR, e conseqüentemente reestruturar a secretaria e criar uma secretaria pedagógica (*“É importante assegurar a formação dos técnicos, de modo a garantir um funcionamento regular dos cursos. É preciso que existam TdR, que todos saibam as suas tarefas através dos mesmos e de um organigrama”*, E8, L64-66).

Os colaboradores lidam ainda com as dificuldades enunciadas no ponto anterior, decorrentes do facto de o ICSVSM funcionar na prática como um departamento de estado e depender de requisições de material (deparando-se muitas vezes os colaboradores com faltas de material básicos para trabalharem), ou a falta de equipamento (para sete colaboradores só existem dois computadores). (*“Ainda que seja financiado pelo estado, o Instituto é equiparado a um departamento do mesmo, tendo que passar por todos os processos burocráticos de requisições de materiais e de pagamentos.”*, E7, L85-87). Considera-se que estes recursos a par com uma definição de uma política político-operacional serão passos importantes para o efetivo funcionamento do Instituto enquanto alicerce para a PRHS (PRHS, 2011).

O reforço do ICSVSM continua a ser de extrema importância no contexto atual de STP, torna-se essencial dotá-lo de autonomia pedagógica, administrativa e financeira

3.6. Capacidade pedagógica e formadora do ICSVSM

3.6.1. Docentes

Lima (2000) refere existir uma atuação insuficiente por parte da então Escola de Formação de Pessoal, que conta com um pequeno número de docentes e baixa capacidade de gestão. A OMS no seu relatório de Recursos Humanos nos PALOP (2005), reafirma estes factos remetendo ainda para a ausência da atualização de quadros e dos programas de formação. Após estes dois relatórios a Escola passa a Instituto e beneficia da intervenção da ESSCVP.

No entanto, continuam a fazer parte do quadro docente somente dois professores, que simultaneamente são também os pedagogos, e é por esta última função que se encontram nos quadros do ICSVSM. (*“Efetivas aqui, são a Helga e a Olímpia”*, E5, L422).

Os restantes professores não têm habilitações pedagógicas sendo na sua maioria, médicos e enfermeiros. Recentemente muitos destes docentes têm estado a frequentar a licenciatura da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, de modo a obterem graus académicos que lhes permitam segundo os Estatutos do ICSVSM, continuar a lecionar no Instituto. (*“Entretanto, foi feita uma parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, para realizar a mesma formação, mas com o atraso de um ano em relação*

ao inicialmente previsto. A maioria dos professores já regressou (foram sendo enviados progressivamente) e estão a lecionar no ICSVSM.”, E8, L15-18).

A dificuldade em encontrar quadros especializados reflete-se depois no potencial de formação por parte do ICSVSM, que não consegue harmonizar as necessidades de docência com as especialidades existentes no país, estando em muito dependente de parceiros exteriores. (*“Os cursos de especialidades deveriam ter começado há mais tempo, porém não existia financiamento nem consenso relativamente aos cursos a ministrar. Outro dos problemas era a inexistência de docentes capazes de formar as especialidades.”, E8, L53-55).*

3.6.2. Órgãos

A inexistência de quadros e órgãos efetivos é outra das dificuldades com que se depara o ICSVSM.

De facto, foi apontado pela maioria dos entrevistados como sendo um dos dois fatores mais preponderantes na sustentabilidade do ICSVSM, a nomeação dos órgãos de direção por parte de Entidade Instituidora (c), nº 2, art.º4, e nº 1 e nº 2, art.º 27, do Decreto-Lei 70/2007). Este cariz de nomeação ao invés de eleição fragiliza o ICSVSM, uma vez que a cada mudança de governo a Direção em funções cessa, e a estratégia e planos que havia delineado se perdem (*“Por fim, os órgãos de direção deveriam ser eleitos e não indigitados. Apresentavam-se listas com projetos e planos para 3 ou 5 anos. As reeleições seriam feitas avaliando a atuação e os planos apresentados e pode sempre ser dado um seguimento Esta situação estava a ser trabalhada com a direção anterior, mas com a mudança de governo tudo caiu por terra. As mudanças de governo, levam a constantes alterações na direção, não existindo um fio condutor entre as várias direções e dificultando todo o trabalho de continuidade ou sustentabilidade.”, E1, L47-53), não existindo qualquer estabilidade ou continuidade neste tipo de processo.*

Esta instabilidade acaba por afetar também os restantes Conselhos Pedagógico e Científico, que dependem do órgão de Direção para eleições, e respetivos processos. Deste modo e até à data não existia nenhum destes dois Conselhos, uma vez que a nova Direção havia tomado posse há pouco tempo.

É necessário garantir que a continuidade dos órgãos que regulam a parte pedagógica e científica se mantém autónoma do restante processo, garantindo assim a sustentabilidade da qualidade de ensino (*“O facto de as direções serem nomeadas politicamente, faz com que cada mudança do governo cause instabilidade no ICSDVSM. Não existindo corpos eleitos, não existem estratégias definidas, ou objetivos, e cada direção nomeada, recomeça do início.”* E8, L 35-37) A par, com esta diretriz será necessário também, garantir a revisão e criação de programas curriculares de formação (como mencionado anteriormente, no ponto “Qualidade dos Cursos Ministrados”), tendo como documento orientador o PNDRHS, bem como o recrutamento de docentes e pedagogos em quantidades suficientes.

3.6.3. Alunos

Um dos problemas da gestão de RHS é a falta de coordenação entre setores. Neste caso específico com o setor da educação. Aqui importa perceber que este fator externo, acaba por afetar o perfil de entrada dos alunos e conseqüentemente o perfil de saída e a qualidade dos profissionais. Na realidade, os alunos entram para o ICSVSM, muitas vezes com a nona classe e alguns dos entrevistados referem inclusive que a maioria destes alunos, são os que não conseguiram entrar em mais nenhum lado, e portanto o seu nível de conhecimentos é muito baixo. (*“Um dos problemas de base do ICSDVSM, é a seleção/recrutamento dos alunos que frequentam o instituto. Se não vejamos, os alunos entram com a 9ª classe, os melhores alunos seguem para o liceu, de onde os melhores seguem para se formarem no estrangeiro, pois conseguem obter bolsas. (...) Uma vez que também o ensino básico de onde provêm estes alunos, é de baixo e fraco nível, a qualidade destes alunos é insuficiente para produzir profissionais de qualidade.”*, E7, L62-65; 68-69). Será importante, ao mesmo tempo que se garanta a qualidade dos alunos que entram (através do desenho de um perfil de entrada) em simultâneo garantir que acima de tudo estes candidatos revelam uma apetência, ou vocação para enfermagem (*“É necessário aumentar a bitola dos alunos que entram para garantir o aumento da qualidade dos alunos que saem. Para tal deveria ser feita uma manifestação de interesse por parte dos candidatos, e encontrar critérios credíveis, permitindo uma seleção objetiva.”*, E7, L75-77).

Os estágios que os alunos fazem e que pretendem complementar a teoria lecionada no ICSVSM, são vistos por muitos dos profissionais que os acompanham nos locais de estágio como mais um fardo. Como referido anteriormente, a maioria dos enfermeiros têm de lidar com números elevados de pacientes, restando-lhes pouco tempo para dar a devida atenção aos alunos. É preciso também ter em atenção que estes monitores de estágio deverão ser bem escolhidos e que está subjacente a estes estágios, a necessidade de se criarem estruturas de referência (não só o HC, mas também ao nível dos distritos). (*“Por sua vez, o ensino de especialidades, está condicionada pela inexistência de laboratórios e hospitais de referência. Nesta precariedade que formação profissional se desenvolve? Esta ausência de estruturas de referência afeta também os estágios levados a cabo pelos alunos, afetando o conhecimento e a sua qualidade. Será essencial criar protocolos com os distritos onde as estruturas sejam modelos de referência (mais do que o HAM) e inclusive apetrechar o Instituto para que os alunos possam ensaiar dentro do mesmo”*, E7, L 30-35). A este problema de monitorização dos alunos em estágio (pelo qual os enfermeiros monitores não são pagos, e por isso sentem menos responsabilidade), junta-se o facto de se prever um aumento do número de alunos a enviar, num sistema sem capacidade de prover o devido acompanhamento aos mesmos, colocando-se em questão a qualidade dos profissionais que saem para o mercado de trabalho (*“Os 27 que estiveram em estágio há pouco tempo. E eu senti que eles, muitas vezes não tinham oportunidades de aprendizagem. (...) Eu pensei, depois no relatório eles escreveram as dificuldades que sentiram... Não, não houve uma preocupação em resolver essas... E nós vamos mandar agora mais 27? Eu não sei onde é que se vai meter... Como... Só se está a pensar pela quantidade.”*, E2, L183-184; 185-188).

No entanto e apesar de todos estes reveses o ICSVSM continua a ser a solução para qualificar a força de trabalho do SNS. (PRHS, 2011).

Deste modo, poderá ser possível garantir uma verdadeira autonomia pedagógica e administrativa do Instituto, permitindo o reforço do corpo docente e a criação de um Conselho Pedagógico e Científico.

3.7. Grau de autonomia financeira

O sistema de financiamento da saúde é por si só fraco. Na realidade a maioria dos utentes não possuem capacidade de compartilhar os seus próprios gastos em saúde. Os recursos do Orçamento Geral do Estado cobrem somente 10% da despesa total do setor, e a sua grande maioria dilui-se no pagamento a pessoal. Aliás é importante neste ponto ter em mente que a dependência financeira externa é enorme (CS, 1999; PNS 2000).

O ICSVSM depende do Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais financeiramente, o procedimento é feito como se o Instituto fosse um departamento de estado, estando-lhe atribuído um orçamento que é gerido pelo próprio Ministério. Deste modo, o ICSVSM, a cada necessidade tem de preencher requisições para que depois seja desbloqueada a verba ou o material solicitado. Ora este processo, pode demorar longos períodos deixando por vezes o ICSVSM sem alguns materiais essenciais de trabalho. Por outro lado, as despesas fixas como a banda larga, a energia, os salários, saem diretamente dos cofres do Ministério. Estes últimos, como os restantes salários pagos pelo Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais nem sempre são pagos dentro do prazo devido.

Os pagamentos devidos ao ICSVSM pelos alunos são pagos diretamente na conta do BISTP (Banco Internacional de São Tomé e Príncipe), e revertem diretamente para os cofres do Estado, sendo somente uma pequena percentagem que retorna ao ICSVSM. De entre os vários montantes pagos pelos alunos, propinas (aproximadamente 4€ por mês), certidões (4€), certidão de urgência (8€), e curriculum (6,10€), somente as fotocópias (0,04€ por folha) são pagas diretamente na secretaria, e que muitas vezes não podem ser tiradas por falta de tinteiro ou papel (à data do levantamento de dados esta situação chegou a constatar-se por falta de tinteiro). Este orçamento é definido tendo por base o número de docentes no quadro, e uma vez que só existem dois docentes nesta situação o orçamento do ICSVSM é bastante reduzido (*“Um dos problemas do ICSDVSM que se mantém até hoje, é a falta de quadro de docentes, sendo o mesmo constituído somente por duas professoras. Este facto revela-se pouco sustentável, e tem um impacto mesmo a nível financeiro, uma vez que sendo a maioria dos professores contratados, e o OGE é distribuído segundo o número de docentes no quadro, o orçamento alocado ao ICSDVSM é bastante reduzido.”*, E8, L23-27).

É necessário dotar o Instituto de um orçamento compatível com as suas necessidades de gestão, administração, de modo a que se possam atingir os objetivos programáticos e metas estabelecidas (PRHS, 2011). No entanto importa não esquecer que o SNS de São Tomé e Príncipe se continua a caracterizar por indefinições institucionais, e associada instabilidade (e dependência) financeira (Lima, 2000), o que portanto torna bastante instável o fluxo de financiamento por parte do Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais ao ICSVSM.

Ainda que atualmente o orçamento corrente do estado para a saúde se situe nos 13% do geral, é difícil perceber que parte deste valor vai para RHS, e principalmente para o ICSVSM (não foi dado a conhecer o Orçamento do ICSVSM, nem a sua cobertura por parte do OGE).

No entanto, tendo em conta a vocação inicial do ICSVSM para a formação contínua, e tendo os programas (de luta contra a tuberculose, contra o paludismo, vacinação e restantes), necessidade permanente de formação no domínio das atividades do Instituto, se este conseguisse estabelecer protocolos com os programas e gerir estas relações, veria assim, financiada uma parte significativa das suas despesas, criando independência financeira (*“O ICSDVSM tinha também o intuito de centralizar todas as formações, assumindo todos os cursos de saúde, passando por formação contínua, formação de quadros e especialidades. Este objetivo traria para o Instituto financiamento, uma vez que ao congregar todas as formações, incluindo as financiadas pelos Programas (de luta contra o paludismo, tuberculose, HIV), os valores correspondentes às formações seriam alocados ao ICSDVSM.”*, E8, L30-34).

3.8. Análise SWOT

Destes resultados pode então desenhar-se a análise SWOT que a seguir se apresenta, como forma esquemática dos resultados do estudo e como ponto de partida para a discussão.

Esta matriz foi obtida após análise das entrevistas e dos comentários tecidos pelos vários informantes-chave e das informações retiradas dos documentos analisados. As oportunidades e ameaças surgem das opiniões, baseadas no contexto do país onde se insere o ICSVSM, dos informantes, ao passo que as forças e fraquezas surgem da

própria análise interna do Instituto. As informações retiradas das entrevistas e documentos foram então organizadas de acordo com estes princípios.

No contexto de São Tomé e Príncipe, o ICSVSM encontra uma oportunidade com a recente criação da PNDRHS e da PNRHS, que contam com o próprio Instituto na prossecução dos seus objetivos, por outro lado as recentes movimentações que levam a crer na criação de uma Universidade Santomense, da qual fará parte o ICSVSM, mostra também o potencial existente. As possibilidades de parcerias nestes dois âmbitos, e junto das várias organizações existentes no país revelam que o Instituto se vê rodeado de oportunidades que importa aproveitar para otimizar o ICSVSM. No contraponto, As fraquezas do SNS refletem-se também no ICSVSM, a fuga de quadros, a ausência de sistema de informação, bem como as fraquezas do próprio país, a forte dependência financeira externa, a instabilidade institucional, a ausência de estruturas de referência, o baixo investimento do OGE em saúde.

Do ponto de vista interno, conta com o PNDRHS como documento orientador, e por outro lado é a única escola de saúde, que dará respostas às necessidades de RHS patentes nos novos documentos. As boas relações com parceiros e MINSA, e as necessidades de formação por parte dos RHS em STP, bem como dos parceiros em executar formações, deixam ao ICSVSM um conjunto de forças que importam potenciar. Por outro lado, importa prestar especial atenção às fraquezas do ICSVSM de modo a colmatá-las, a falta de nomeação de órgãos de direção, insuficiência de docentes no quadro, e avaliação de desempenho dos que existem neste momento no ICSVSM, ausência de estratégia e planificação da intervenção.

Tabela 9 - Análise SWOT do ICSVSM

FORÇAS	FRAQUEZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Única Escola de Formação de Saúde • Boas relações com parceiros e MINSA • Responde às necessidades de formação contínua do SNS para aumentar a qualidade técnica • Responde à necessidade de aumentar o número e variedade de cursos • PNDRHS como documento orientador dos programas e currículos • Contribui para o aumento do número de alunos em formação • Contribui para o aumento do número de docentes com licenciatura • Ligação à Biblioteca Virtual de Saúde • Material deixado pelo projeto em uso e estimado • Flexibilidade da dotação orçamental do ICSVSM relacionado ao número de docentes no quadro • Qualidade do ensino, devido a ter professores com licenciatura adequada 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependência financeira da Entidade Instituidora • Possível instabilidade institucional devido à nomeação dos órgãos de Direção pelo MINSA • Insuficiente número de docentes no quadro • Dificuldade de atrair bons alunos • Inexistência de Conselho Científico e Pedagógico • Falta de avaliação de desempenho dos docentes • Dificuldade em monitorizar os estágios • Falta de estratégia e planificação da intervenção • Necessidade de rever TdR dos Técnicos de secretaria e criar procedimentos

OPORTUNIDADES	AMEAÇAS
<ul style="list-style-type: none"> • Financiamento através de programas nacionais • Integração no Pólo Universitário de São Tomé e Príncipe • Parceria para formar docentes e pedagogos • Necessidade de formar enfermeiros para atingir o mínimo de habitantes por enfermeiro • Existência de Política e Plano Nacional de Desenvolvimento de RHS • Vontade expressa do MINSA em abrir cursos de especialidades • Novo perfil Epidemiológico, Social, Económico e Demográfico • Empregabilidade dos RHS no SNS • Necessidade de valorização contínua dos RHS 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência de especialistas para ensinar nos cursos de especialidades • Fuga de quadros especializados • Falta de condições (salários, materiais, infraestruturas) • Ausência da implementação da lei de carreiras • Ausência de um Sistema de Informação • Baixo investimento do OGE em saúde • Inexistência de um sistema de avaliação de desempenho • Duplo emprego público • Ausência de Estruturas de Referência • Ausência de um plano de formação por parte do MINSA • Má distribuição dos RHS pelos distritos (falta de procedimentos) • Instabilidade Institucional • Dependência financeira elevada

4. Discussão dos resultados

Durante a recolha de dados no terreno, foram encontradas algumas dificuldades por parte do investigador que podem constituir limitações ao estudo. Durante o período de recolha de dados era visível um ambiente de tensão derivado das conversações existentes na luta pela implementação de carreiras, tendo chegado a acontecer uma greve de médicos neste período. Por outro lado, o facto de o governo ter sido recentemente nomeado, trouxe algumas dificuldades na obtenção de documentos e outra informação, uma vez que as pessoas ainda pareciam ter dúvidas quanto às suas responsabilidades e poder. No entanto, acreditamos que estas limitações não afetaram a validade dos resultados obtidos pela investigação.

Este estudo mostra que a sustentabilidade do projeto se revela substancialmente positiva (*“Foi efetuada uma parceria com a ESCVP (2006/2007), durante a qual se atualizaram os estatutos de EQS para ICSDVM. O objetivo da parceria foi uma qualificação da Escola de Quadros para que esta se pudesse assumir como Institut”, E8, 4-6; “O modelo de formação criado em parceria com a ESCVP visava garantir que os alunos se especializassem, garantindo uma maior absorção dos quadros formados (não só por STP, mas também através da equiparação do seu nível de ensino entre os países da CPLP (ver os projetos de apoio ao desenvolvimento de RHS da CPLP e PALOP” E7, 46-49)*). O facto de o ICSVSM ser a única instituição de formação de quadros de saúde em STP, dota-o de um potencial que importa maximizar. De facto, as melhorias operadas nos últimos anos, e as perspetivas que o PNDRHS abre para a formação de RHS mostram a importância do ICSVSM no panorama Santomense.

Nos resultados deste estudo verificou-se uma necessidade de dotar o SNS de algumas ferramentas essenciais que contribuam para a melhoria da atuação do ICSVSM. A melhoria da formação dos docentes através da licenciatura dos mesmos é um ponto a salientar, continuando a existir a necessidade de os fortalecer em termos pedagógicos. Ao mesmo tempo, e dada a importância que o ICSVSM tem na implementação do PNDRHS, neste momento o Instituto carece de infraestruturas e recursos para responder adequadamente às necessidades do SNS.

Esta importância dentro do panorama santomense torna relevante a sua melhoria de modo a poder potenciar os recursos existentes no ICSVSM. De facto as melhorias

verificadas ao nível da qualidade dos docentes, da abertura de novos cursos, da formação de alunos, e professores, mostram que o ICSVSM se encontra capaz de ser uma peça fundamental na implementação do PNDRHS (*“O Instituto é visto como uma das entidades essenciais à implementação da política e planos recentemente validados”*, E8, 39-40; *“Estes projetos pretendem através do reforço institucional do ICSDVSM, nomeadamente no que diz respeito à formação de formadores, de modo a garantir que os cursos ministrados pudessem estar ao mesmo nível dos cursos nos restantes países da CPLP. Por isso a intenção do reforço institucional do ICSDVSM, para dar resposta às necessidades do SNS.”* E8, 55-59).

4.1. Qualidade dos cursos ministrados

Os **currículos definidos** aquando da intervenção da ESSCVP estão a ser reestruturados de acordo com os currículos antigos, de modo a voltar ao antigo método de ensino, anterior à intervenção, deixando de contemplar o ano zero e tronco comum (3.3. Qualidade dos cursos ministrados – currículos). A ausência do Conselho Pedagógico, Conselho Científico leva a que seja menos fácil contornar as dificuldades sentidas neste âmbito.

A falta de um Sistema de Informação que permita perceber qual a necessidade real do país em termos de RHS (do ponto de vista demográfico, social, económico e claro epidemiológico) continua a ser um dos maiores entraves à **definição adequada dos currículos**. De facto, os cursos definidos para abrir vagas recentemente não estão baseados em nenhum levantamento ou evidência, uma vez que somente agora com a revisão dos três documentos (CS, PNS e PNDS) se poderá rever o perfil sanitário do país e portanto as necessidades do mesmo em termos de cursos e respetivos currículos. Confirmando mais uma vez a necessidade da criação de um sistema de informação que permita identificar as necessidades em termos de formação inicial e contínua do SNS (PNDRHS).

Por outro lado, não existe um Conselho Científico por detrás da preparação dos currículos entretanto definidos para os referidos cursos, e aprovação dos mesmos, poderia ser mais consistente e coerente através do recurso a estes órgãos. (*“Portanto, é assim, mesmo que a escola não tem corpo de Conselho Científico, nem Conselho Pedagógico, então nós tentamos de alguma forma termos suportes...”*, E2, L159-160).

A este Conselho, seria imperativo juntar um Conselho Pedagógico capaz de garantir a qualidade dos docentes que lecionam as matérias dos cursos disponibilizados pelo ICSVSM (*“falta um Conselho onde se molde e controle a performance dos professores, uma revisão rigorosa do ensino que se pratica, com currículos e planos de aula”*, E1, L35-36).

A par com estes problemas importa não esquecer a falta de docentes capacitados para lecionar as matérias de acordo com os curricula definidos. (3.3. Qualidade dos cursos ministrados) e a necessidade de criar infraestruturas que permitam uma adequada realização das disciplinas teórico-práticas (aumento do número de salas devido ao eventual aumento do número de alunos e de cursos).

4.2. Material pedagógico (elaborado e disponível)

O material pedagógico, conforme referido no ponto 3.4. deste relatório encontra-se disponível para professores e alunos. À parte da avaria de um dos vídeo-projetores, todos os restantes materiais continuam a ser utilizados, ainda que se manifestem insuficientes para a expansão em quantidade de alunos que o ICSVSM sofreu recentemente e se prevê que venha a sofrer. Os materiais em uso são nomeadamente computadores, modelos anatómicos, *posters* e vídeo projetores.

Importa referir, no entanto, que os manuais elaborados no âmbito do projeto, são reproduzidos em fotocópias para os alunos, representando um encargo bastante elevado para os mesmos, e um encargo logístico elevado para a secretaria, que pelo modelo de gestão de materiais (requisição ao MINSAs), se vê muitas vezes impossibilitada de suprir as necessidades dos alunos prontamente.

As tendências de expansão de alunos e de cursos previstos levam à necessidade de aumentar os materiais existentes (*“Como é que agente vai fazer isso? Onde é que estão os materiais para eles treinarem? E mesmo a nível daquela parte dos modelos práticos, e tudo, se já é complicado meter naquela sala 40 alunos, pronto 80... Quer dizer...”*, E2, L189-190). No mesmo seguimento e de modo a tornar possível lecionar as disciplinas dos cursos preconizados no PNDRHS, há a necessidade de equipar o laboratório e reforçar a formação da bibliotecária e do técnico responsável pelo laboratório.

4.3. Capacidade de gestão e administração

Os procedimentos e TdR elaborados encontram-se desatualizados. Os funcionários dizem não conhecer convenientemente estes TdR, o que provoca alguma confusão acerca das responsabilidades, tarefas e cargos dos vários membros que compõem a secretaria (ponto 3.5. Capacidade de gestão e administração do ICSVSM).

A atualização dos TdR e a elaboração de procedimentos, que sejam do conhecimento de todos os colaboradores, a formação dos técnicos nas áreas de maior nas áreas de maior carência (nomeadamente informática) (*“Os técnicos administrativos fazem um bom trabalho, no entanto, estão porque já cá estavam... falta-lhes capacidade. Existem TdR, que não são utilizados.”*E1, 45-46, bem como o aumento de material na secretaria (nomeadamente material de escritório e computadores) poderão ajudar aos processos de gestão e administração.

Em termos mais globais a própria eleição dos órgãos de direção, garantindo a criação de planos, estratégia e diretrizes a longo prazo (3 a 5 anos), poderá potenciar a sustentabilidade do ICSVSM (*“Há necessidade de nós criar quadros docentes para a instituição, criar departamentos, ter um Conselho Científico, um Conselho Pedagógico, portanto... Estruturar a própria secretaria...”*, E4, L7-8) (E1, 47-53); E7, L27-29; E8, L35-43), e a garantir uma maior coesão nas opções tomadas.

4.4. Capacidade pedagógica e formadora

Apesar das formações dadas, continuam a fazer parte do quadro somente dois docentes. Não existem perspectivas para **contratação de mais quadros**, uma vez que a dotação orçamental do ICSVSM continua a ser baixa (a par com a sua autonomia financeira) (3.6. Capacidade pedagógica e formadora do ICSVSM).

Os restantes docentes têm vindo a obter o grau de Licenciatura, mas continuam com carência de formações em pedagogia. Deste modo, o ICSVSM encontra-se fortalecido em termos de **docentes contratados com habilitações próprias**.

À data da recolha de dados não existiam **professores a receber formação pedagógica**, existia no entanto uma formação acordada pelo anterior MINSA com a Fio Cruz para formação pedagógica de 5 docentes. No entanto com a mudança de governo, esta situação encontrava-se num impasse devido a falta de consenso entre as duas

instituições sobre que docentes enviar, uma vez que o novo MINSA não concordava com as pessoas designadas pelo anterior, e a Fio Cruz não aceitava alterações nas inscrições. Deste modo, parece subsistir a necessidade de capacitar os docentes, no quadro ou contratados de formação pedagógica, seja através da frequência de cursos no exterior, seja através de negociação com parceiros para a formação dos mesmos (ver Estatutos do ICSVSM). Como modo de garantir a melhoria contínua e progressiva da qualidade de ensino, seria importante criar um processo de acompanhamento e monitorização, aliado à busca de soluções para recrutar mais docentes para os quadros.

A própria instituição de um Conselho Pedagógico abonaria em favor dessa melhoria da qualidade dos docentes como preconizado nos estatutos do ICSVSM.

A **biblioteca mantém-se operacional**, mas o acervo é manifestamente pequeno para poder responder às atuais necessidades de professores e alunos, bem como à prevista expansão dos cursos e do número de alunos. A bibliotecária responsável está constantemente disponível, mas poderia otimizar a sua atuação se beneficiasse de uma ação de formação.

Ainda não foi adquirido o **material de laboratório** previsto dentro do âmbito do projeto de “Apoio ao Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde dos PALOP” devido ao impasse criado decorrente da mudança de governo. De facto, esta estrutura continua encerrada por falta de equipamento. Esta falta de equipamento dificulta a abertura de novos cursos, e a melhoria da qualidade dos profissionais em formação.

4.5. Grau de autonomia financeira

O grau de autonomia financeira conforme indicado no ponto “3.6. Grau de autonomia financeira”, é bastante fraco em comparação ao que se previa dotar o ICSVSM. Na realidade o Instituto, tem uma fraca autonomia financeira com pouca diversidade de financiamentos. Este facto torna-se limitador em várias áreas, conforme referido no ponto “3.7. Grau de autonomia financeira do ICSVSM” deste relatório.

Uma vez que o orçamento depende do número de docentes no quadro, o aumento do mesmo levaria a um aumento do orçamento disponibilizado por parte do MINSA (*“Um dos problemas do ICSDVSM que se mantém até hoje, é a falta de quadro de docentes, sendo o mesmo constituído somente por duas professoras. Este*

facto revela-se pouco sustentável, e tem um impacto mesmo a nível financeiro, uma vez que sendo a maioria dos professores contratados, e o OGE é distribuído segundo o número de docentes no quadro, o orçamento alocado ao ICSDVSM é bastante reduzido”, E8, L23-27).

Por outro lado a diversificação de receitas poderá ser uma solução paralela como por exemplo a captação de formações constantes dos planos de atividades dos Programas Nacionais (*“O ICSDVSM tinha também o intuito de centralizar todas as formações, assumindo todos os cursos de saúde, passando por formação contínua, formação de quadros e especialidades. Este objetivo traria para o Instituto financiamento, uma vez que ao congregar todas as formações, incluindo as financiadas pelos Programas (de luta contra o paludismo, tuberculose, HIV), os valores correspondentes às formações seriam alocados ao ICSDVSM.”*, E8, L30-34), a otimização das infraestruturas existentes no ICSVSM, que possam estar a ser subutilizadas, alugando-as a entidades que necessitem das mesmas (nomeadamente sala de conferências, laboratório, sala de internet, refeitório).

Por fim a própria autonomia parece depender da criação de maior independência relativamente ao MINSA, com o qual a gestão do orçamento que é atribuído ao ICSVSM.

Conclusão

O objetivo deste estudo foi avaliar a sustentabilidade da capacitação de RHS através da avaliação do projeto “Apoio à Consolidação Institucional do Instituto Vítor de Sá Machado”.

No final deste estudo salienta-se o potencial do ICSVSM enquanto peça fundamental da implementação do PNDRHS. De facto, as melhorias operadas nos últimos anos mostram que o ICSVSM pode dar resposta adequada às necessidades do SNS. Deste modo, no decorrer deste estudo foram identificadas as melhorias que deverão ser realizadas de modo a poderem aumentar a performance do ICSVSM e consequentemente a capacitação de RHS.

Como resultados desta avaliação destacam-se os fatores influenciadores da qualidade dos RHS. Estes fatores influenciam não só a qualidade dos RHS, mas também a sua busca por outros meios de subsistência fora do SNS, como a emigração, o emprego no setor privado, ou mesmo noutros setores fora da saúde.

A qualidade dos RHS é também influenciada pela qualidade do ensino. Em STP, o ICSVSM é o único Instituto de Formação de quadros de saúde. Deste modo o aumento do número de professores a lecionar licenciados, através de uma parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra mostra uma melhoria na qualidade do ensino. No entanto, e ao contrário do preconizado nos estatutos do ICSVSM, somente dois dos docentes integram os quadros. Por outro lado, a ausência de corpo de direção que regulem docentes e pedagogia afetam a evolução da qualidade do ICSVSM (ausência de direção eleita, de Conselho Pedagógico, de Conselho Científico). Colmatar estas dificuldades, depende também de colmatar uma dificuldade quase transversal, que é a falta de autonomia financeira do Instituto que depende maioritariamente de um orçamento que é gerido pelo MINSA como se o Instituto fosse um departamento de estado.

A tudo isto junta-se a ausência de sistemas de informação que permitam planificar e operacionalizar as necessidades de RHS e os RHS existentes, de modo a que o próprio ICSVSM consiga coordenar e programar as suas formações.

Destas conclusões, puderam então identificar-se pontos de discussão que pretendem tornar a intervenção mais sólida e sustentável, de acordo com os pontos forte e fracos do Instituto e de acordo com as oportunidades e ameaças do contexto onde o ICSVSM se insere.

Bibliografia

1. Anón, 2006. *STP em números*, Instituto Nacional de Estatística. Available at: http://www.ine.st/files_pdf/STP_numeros_2006.pdf.
2. Denis Lindon et al., *Strategor : estratégia, estrutura, decisão, identidade : política global da empresa*, D. Quixote.
3. Dussault, G. & Fronteira, I., 2010. *Análise dos recursos humanos da Saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)*, Gêneve: World Health Organization.
4. Dussault, G. & Souzal, L.E., *Gestão de Recursos Humanos em saúde*. Available at: <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/206831/Dussault%20e%20De%20Souza.pdf> [Acedido Julho 24, 2011].
5. Guerreiro C, Neves C, Dussault G, Fronteira I, Dal Poz M, Sidat M, et al. *Recursos Humanos da Saúde (RHS) nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP): Ponto de situação*. 2008;
6. KHAN, M.A., 1998. *Evaluation Capacity building, an overview of currents status, issues and options*. Sage Publications, 4(3), p.310-328.
7. Kotler, P., 2006. *Administração de marketing 12ª ed.*, Prentice-hall.
8. Lakatos, M.E. & Marconi, M. de A., 1992. *Metodologia Científica 2nd ed.*, Atlas.
9. Lima J. *Directrizes para a Política de Recursos Humanos*. STP: 1999.
10. Lima J. *Consultoria em Recursos Humanos ao Ministério da Saúde*. Organização Mundial de Saúde; 2000.
11. Ministério do Plano e das Finanças de STP, 2002. *Estratégia Nacional de Redução da pobreza*. Available at: http://www.juristep.com/relatorios/estrategia_reducao_pobreza.pdf.
12. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde*. 1999;
13. Ministério da Saúde e Desporto. *Carta Sanitária de STP*. 2000 Ago;

14. OECD, Evaluation feedback for effective learning and accountability, France: OECD. Available at: <http://www.oecd.org/dataoecd/10/29/2667326.pdf>.
15. OECD, Glossary in key terms in evaluation and results based management. Available at: <http://www.oecd.org/dataoecd/10/29/2667326.pdf>.
16. Pluye, P. et al., 2004. Health systems: focus on organizational routines. *Health Promotion International*, 19(4), p.489-500.
17. Pluye, Pierre, A tool-kit for the evaluation of sustainability processes and sustainability levels of public health programs and projects. Available at: http://www.cacis.umontreal.ca/perennite/index_en.htm.
18. Pluye, Pierre & Potvin, Louise, 2004. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. Elsevier, (27), p.121-133.
19. Tanaka O, Prazeres J. Plano Nacional de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde. 2011 Out;
20. Tanaka O, Prazeres, J. Política Nacional de Recursos Humanos de Saúde. 2011 Out;
21. UNICEF & INE, 2007. Multiple Indicator Cluster Survey, STP: UNICEF.
22. United Nations, 2010. A verdadeira riqueza das nações: vias para o desenvolvimento humano, United Nations. Available at: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_PT_Complete_reprint.pdf.
23. United Nations, 2005. Report of the International Meeting to review the Implementation of the programme of Action for the Sustainable development Small Island Developing States, United Nations. Available at: <http://www.un.org/smallislands2005/>.
24. United Nations, 1987. Report of the World Commission on Environment and, United Nations. Available at: <http://www.un.org/documents/ga/res/42/ares42-187.htm>.
25. World Bank, 2012. Report. Available at: http://ddp-ext.worldbank.org/ext/ddpreports/ViewSharedReport?&CF=&REPORT_ID=9147&REQUEST_TYPE=VIEWADVANCED.

26. World Health Organization, Country Health System Fact Sheet STP. Available at: www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc...gid...
27. World Health Organization, 2009. Estratégia de Cooperação da Organização Mundial de Saúde com os Países 2008 - 2013: STP.
28. World Health Organization, 2000. Health Systems: Improving Performance, Geneva: World Health Organization. Available at: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf.
29. World Health Organization, 2006. Trabalhando Juntos pela Saúde, World Health Organization. Available at: http://www.who.int/whr/2006/06_overview_pr.pdf.
30. World Health Organization, 2008. World Health Statistics. Available at: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf.
31. Yin, R.K., Estudo de caso Planeamento e Métodos 2nd ed., Bookman.

Anexos

Anexo I

Tabela 10 - Lista de pessoas e entidades consultadas

Outros	Anterior Responsável formação do Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais Dr. ^a Ruth Leal Diretora do ICSVSM Responsável do Sindicato dos Enfermeiros Responsáveis de ONG's (IMVF) Responsáveis de Congregações Religiosas a exercer no setor (nomeadamente CONFIHC e as Irmãs Franciscanas) Antigos diretores do ICSVSM Responsáveis do Ministério da Saúde e dos Assuntos Sociais por RHS
--------	---

Anexo II

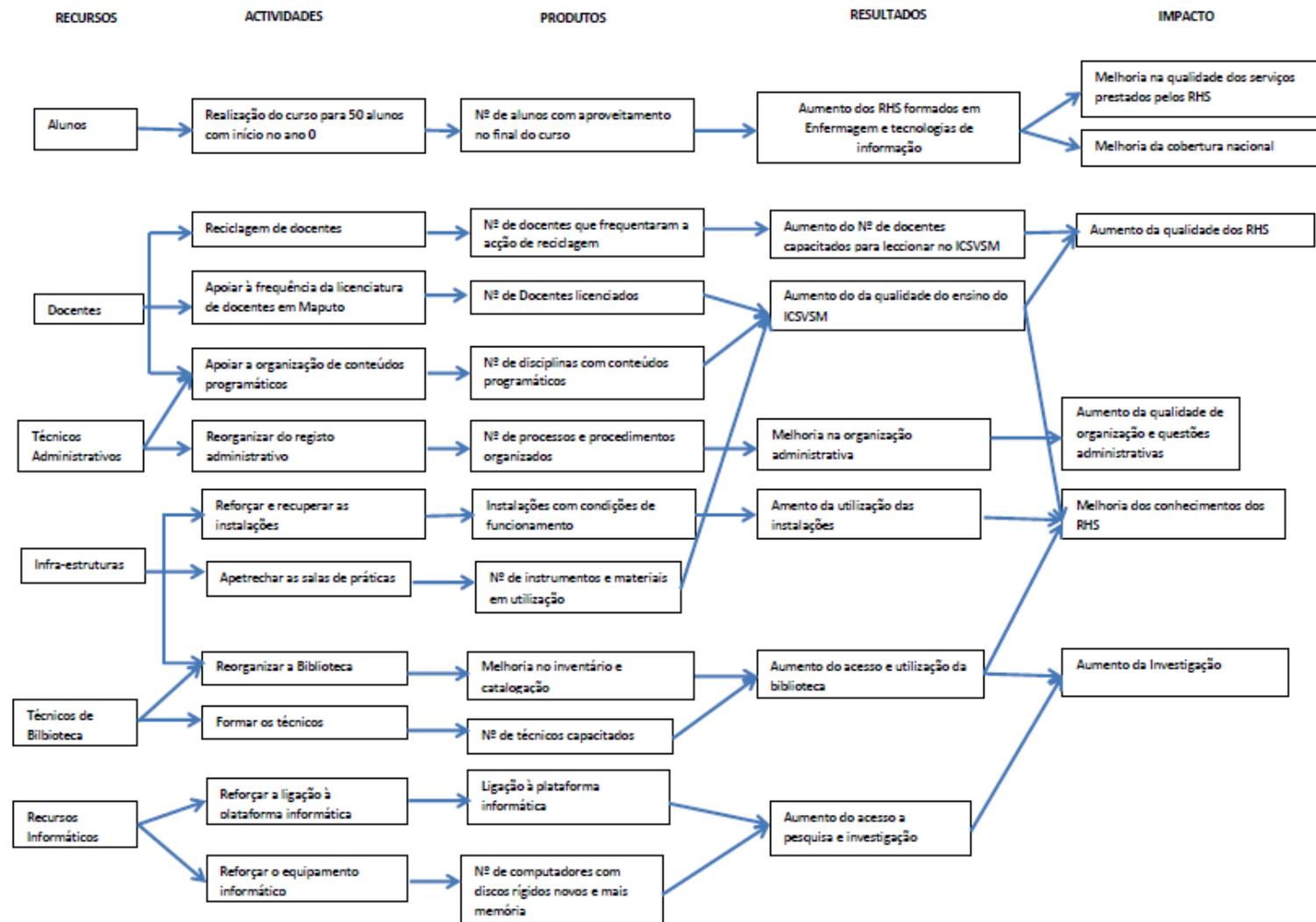


Ilustração 2 - Modelo lógico teórico

ANEXO III

Tabela 5 - Cronograma detalhado da avaliação

TAREFAS	OUTUBRO																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Estabelecer contacto pessoal com entrevistados chave																																
Realizar Entrevista Min. Saúde																																
Realizar Entrevista HNAM																																
Realizar Entrevistas alunos ICSVSM																																
Realizar entrevistas pessoal saúde																																
Realizar Entrevistas com ONG's																																
Realizar Entrevistas com doadores																																
Recolher dados, registos e documentos HNAM																																
Recolher dados, registos e documentos ICSVSM																																
Recolher dados, registos e documentos MINSA																																
Recolher dados ONG's																																
Observação ICSVSM																																
Recolha de documentos e material ICSVSM																																
Recolha de documentos e material HNAM																																
Recolha de documentos e material MINSA																																
Verificação de material recolhido																																
Recolha de informação em falta																																

ANEXO IV

Tabela 11 - Necessidades de formação por área de intervenção e por documento

CS	PNS	PNDRHS
Internamento	Doenças Sexualmente transmissíveis	Enfermagem geral
Pediatria	Doenças do meio ambiente	Obstetrícia Geral
Obstetrícia	Doenças de hábitos e comportamentos	Laboratório
Vigilância à Saúde individual	Malária	Raio X
Técnicos de diagnóstico	Infeções Respiratórias Agudas e Doenças Diarreicas Agudas	Microscopia
Radiologia	Malnutrição	Saneamento do Meio
Eletrocardiograma	Bócio	Nutrição
	Doenças Não Transmissíveis	Estatísticos

ANEXO V

Tabela 12 - Número de profissionais técnicos em exercício em cargos de Direcção e de Programas de Saúde do nível central. São Tomé e Príncipe, 2010

Pessoal/ Serviço	DCS	DAF	CNE	CNES	Dep. F	ICS	TOTAL
Médicos	2	0	3	0	0	0	5
Enfermeiros	10	0	1	0	0	3	14

FONTE: PNDRHS 2011

ANEXO VI

Tabela 13 - Número de profissionais técnicos em exercício em cargos de gestão/coordenação em organizações internacionais e projetos, São Tomé e Príncipe, 2010

Pessoal/ Serviço	OMS	UNICEF	F global	FNUAP	PSPT	CV/PASS	TOTAL
Médicos	4	1	1	1	3	2	12
Enfermeiros	0	0	0	0	0	0	0

FONTE: PNDRHS, 2011

ANEXO VII

Tabela 14 - Número de Técnicos em exercício fora do SNS, ONG, privado, políticos, São Tomé e Príncipe, 2010

Pessoal/serviço	ONGs	Políticos	Privado	Doença	TOTAL
Médicos	4	2	1	1	8
Enfermeiros	0	0	1	2	3

FONTE: PNRHS, 2011

ANEXO VIII

Tabela 15 - Análise de conteúdo de documentos

Variável	Evidências/Questões	Evidência/Informação	Fonte de informação
Qualidade dos RHS	1. Em que medida o desempenho observado da força de trabalho contribui para o alcance dos objetivos dos serviços de saúde?	A PNS tem como valor cimeiro a salvaguarda da dignidade humana e a solidariedade entre todos para garantir esse direito. A subscrição dos CPS, estende a todos os cidadãos um conjunto de cuidados de saúde básicos e essenciais. Princípios do PNS: Universalidade da cobertura em todos os níveis de atenção; Equidade no acesso e utilização de cuidados de saúde; Integralidade na prestação; Otimização de recursos.	PNS, p.15
		OBJECTIVOS GERAIS: 1. resolver os problemas de saúde que afligem a população santomense; 2. Reestruturar e pôr a funcionar um SNS de qualidade que responda com eficácia às necessidades de saúde da população; 3. Regulamentar, incentivar e fiscalizar o desenvolvimento do setor privado da saúde; 4. Promover uma concertação entre as políticas públicas para o desenvolvimento, entre si, e com o setor da saúde; 5. Desenvolver uma capacidade nacional de enquadramento da parceria para a saúde.	PNS, p. 18
		A escassez de RHS, materiais e financeiros, tem-se revelado um obstáculo ao sucesso das ações previstas	RHS nos PALOP - STP, p. 5

Qualidade dos RHS	2. Em que medida os processos de desenvolvimento de competências, de distribuição e de gerência da força de trabalho contribuem para produzir o desempenho esperado? São adequadamente coordenados esses três processos?	O processo de implementação da reforma do setor da saúde não tem tido o sucesso desejado, em muito devido à descontinuidade na condução política (mudanças de ministro), à instabilidade institucional, à fraca coordenação intra e intersetorial e à falta de revisão e adequação da legislação e das estratégias e calendário propostos.	RHS nos PALOP - STP, p. 5
		O desenvolvimento duma política de RH, enquanto elemento essencial para o desenvolvimento do setor, promovendo a motivação e a satisfação dos profissionais, através de formação e de modalidades de remuneração e de condições de trabalho justas, mas associadas à exigência de qualidade de desempenho.	PNS, p. 5
		Ausência da definição de um quadro de pessoal indispensável, de um pacote mínimo de cuidados	PNS p10-11
		Problemas em 3 áreas: Gestão de RH; Gestão dos processos de capacitação; desenvolvimento institucional da Escola de Formação de Pessoal	Lima, 2000, in RHS nos PALOP - STP, p. 8
		Desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o processo de criação e implementação das carreiras, gerando conseqüentemente, desconfiança no processo.	Lima, 2000, in RHS nos PALOP - STP, p. 8

Qualidade dos RHS	2. Em que medida os processos de desenvolvimento de competências, de distribuição e de gerência da força de trabalho contribuem para produzir o desempenho esperado? São adequadamente coordenados esses três processos?	A formação de RHS parece ser uma área híbrida entre os Ministérios da Saúde e Educação, apesar do ICSVSM estar sob a alçada do MINSA, a aprovação do curso para equivalência ao 12º ano (ou mesmo 11º) está pendente no Ministério da Educação e não parece avançar, uma vez que depende da pressão dos alunos formados.	Fronteira, 2008, RHS, nos PALOP, ponto de situação, 2,2
		É necessária a redefinição funcional da gestão de RHS ao nível ministerial, e definir novas competências do Departamento de RHS	PRHS p.12
		É necessário descentralizar administrativa mente o controle e operacionalização de RHS do MINSA, que é atualmente gerido apelo departamento de RHS (total ou parcialmente) - controlo de frequência, atendimento às normas burocráticas do pessoal tais como controle de frequência, atendimento às normas definidas e procedimentos padronizados, deverão ser executadas diretamente pelos serviços., criar um manual de instruções para RHS, segurando o processo normativo burocrático definido na gestão pública.	PRHS, p.13
		Pacote mínimo a ser executado pelos serviços: controlo de pessoal; férias disciplinares, invalidez temporária; recolocação do pessoal dentro do mesmo serviço ou distrito; contratação temporária; movimentação na categoria de pessoal; atribuição de responsabilidades, chefia ou coordenação de atividades internas.	PRHS, p14

Qualidade dos RHS	3. Em que medida as políticas atuais, a disponibilidade de recursos e as relações de poder apoiam o desenvolvimento de competências, a distribuição e a gerência da força de trabalho?	O reforço da capacidade de intervenção do nível distrital tem como repercussão aumentar a atenção primária a nível distrital, e aliviar esse peso e de uma boa parte dos cuidados dos secundários ambulatoriais do CHST	CS P.27
		Ausência de uma definição clara e precisa dos papéis e funções de cada estrutura sanitária e sua integração numa rede nacional estruturada em níveis e hierarquizada pela complexidade dos cuidados prestados	PNS P. 3
		Ausência de uma política clara em matéria de recursos humanos que englobe a formação, as carreiras profissionais e os incentivos ao desempenho ao que se acrescenta a séria falta de pessoal nacional qualificado, sobretudo em áreas cruciais como gestão, SP, e especialidades médico - cirúrgicas.	PNS, P,3
		Melhorar a gestão dos recursos de saúde, reforçando a descentralização e a capacidade gestonária das equipas de saúde de distrito e redimensionando os serviços de saúde existentes nos distritos para que funcionem de maneira satisfatória e que resolvam os problemas mais importantes.	PNS P.4
		Deficiente capacidade nacional de negociação de acordos, implementação, seguimento e avaliação, leva a duplicação desnecessária de atividades, não aproveitamento de oportunidades de reforço de parcerias. Fraca Integração dos quadros nacionais na elaboração, execução, avaliação e monitorização dos projetos e programas.	PNS p. 13
		È imperativo fortalecer a capacidade institucional do gestor de saúde (Ministério) nos processos de regulação e gestão do trabalho e de formação profissional em saúde	Lima, 2000, p.2

Qualidade dos RHS	4. A qualidade sócio - cultural melhorou? (Refere-se ao grau de aceitação dos serviços e de resposta às expectativas dos utentes)	Melhorar o acesso aos serviços, a humanização no atendimento e a satisfação do utente, aproximando e personalizando os contactos dos cidadãos com o sistema de saúde e alargando a comunicação e interligação dos diversos prestadores de saúde.	PNS, P.4
		Criação de condições humanas e materiais para atendimento, diagnóstico e tratamento nos distritos e estabelecimento de um sistema de referência para o nível central que dê confiança e estimule os doentes a um seguimento regular do tratamento, como garantia de sucesso do mesmo	PNS, p.36
		A inadequação de composição das equipas de saúde frente às necessidades sociais e epidemiológicas, podem resultar em grave equívoco gerencial.	Lima, Diretrizes para a política de RHS, p. 5
	4.1. A força de trabalho atual oferece serviços a todos os sub - grupos populacionais (especificar por nível socioeconómico, por sexo, por faixas etárias, por etnias, por local de moradia – rural/urbano)?		

Qualidade dos RHS	4.2. Oferece todos os tipos de serviços (preventivos, curativos, paliativos, de reabilitação, de promoção da saúde)?	<p>Todo o Distrito deve dispor, pelo menos, de um centro de saúde como a entidade distrital de prestação de cuidados, independentemente da sua população.</p>	Carta Sanitária
		<p>Na constituição da equipa distrital de saúde ter em conta os seguintes critérios: 1) o princípio da polivalência vs a "especialização vertical" dos prestadores; 2) um patamar mínimo de profissionais que garanta a funcionalidade das estruturas; 3) o número da população servida e a demanda de cuidados que gera</p>	Carta Sanitária
		<p>Um sistema de referência deficiente, a inexistência de meios essenciais de diagnóstico, de serviços e cuidados de reabilitação, limitam a prestação de cuidados de saúde nas áreas</p>	PNS p. 11
		<p>O CHST é ocupado com situações de atenção primária, c repercussão negativa na atenção terciária (sua principal função); Distritos sem unidades de internamento e com carências significativas em termos de equipamentos, pessoal e serviços de apoio.</p>	PNS, p. 10

Qualidade dos RHS	4.3. Cobre todos os problemas prioritários? (se não, quais não cobre)	Dar importância devida às determinantes de saúde específicas do País (características da população e seus parâmetros demográficos; comportamentos condicionados por crenças, hábitos, tradições)	PNS, P,6
		Doenças preveníveis, transmissíveis; ligadas ao meio ambiente, hábitos e comportamentos, paludismo; IRA; DDA; DST; diminuição de imunização; malnutrição; bócio; elevada TxF; TxN; doenças não transmissíveis (cardio_; insuficiência renal crônica)	PNS, p.9
		Montar um sistema de informação sanitária, capaz de se constituir num instrumento de gestão para a melhoria do desempenho do SNS.	PNS, p,32
		Facilmente se percebe a evolução do perfil epidemiológico decorrente da transição epidemiológica e demográfica (e também social e econômica), predominando as doenças não transmissíveis e traumatismo rodoviários (estes últimos numa média de 5,24 acidentes por dia, custando aproximadamente 1 000 000 Dobras por paciente, por dia – aproximadamente 50 €)	PNDRHS, p. 22
		Para conseguir que as especialidades sejam potenciadas ao máximo, é necessário que os técnicos auxiliares sejam os mais precisos possíveis, complementando a ação do especialista. Assim, deverão ser formados os seguintes técnicos especialistas: oftalmologia; estomatologia; obstetra; cirurgia; fisioterapia. A formação destes técnicos deverá permitir que as periferias tenham capacidade de atender os pacientes retirando ao HC a afluência de doentes, decorrentes desta situação.	PNDRS, p. 24-25

Qualidade dos RHS	4.4. Que tipos de prestadores faltam nas regiões?	Apesar do número crescente e de alguma diversificação, o quadro de pessoal mostra-se insuficiente, a todos os níveis para satisfazer as necessidades globais do setor. Faltam quadros especializados nos diversos domínios para uma resposta diferenciada aos problemas de saúde e gestores competentes. A ausência de uma política de desenvolvimento de RHS tem levado a uma injusta distribuição de quadros e a uma má utilização dos RHS, impedindo que se aproveite ao máximo os recursos disponíveis para formação	PNS, p. 11
		Alguns problemas essenciais ligados à gestão de RHS, dos quais se destacam a distribuição inadequada de RHS e a inexistência de uma base de dados	OMS 2005, in RHS nos PALOP - STP , p,8
		Concentração de trabalhadores na capital e nos distritos de melhor acesso	Lima, 2000, in RHS nos PALOP - STP, p. 8

Qualidade dos RHS	5.1. Quais são os níveis atuais de produtividade por tipo de serviço?	A não valorização dos quadros nacionais, ausência de carreiras e baixa remuneração, levam a falta de estímulo ao trabalho e o desvio de quadros para outros setores nomeadamente ONG e Organizações internacionais sector privado e exterior	PNS, p.11
		Promover o desenvolvimento de carreiras profissionais de saúde enquanto fator de motivação do pessoal e de tranquilidade entre as classes	PNS, p.29
		Insatisfação generalizada dos trabalhadores de saúde no que toca a condições salariais, sendo causador de absentismo, indisciplina, desmotivação e desinteresse pelo trabalho (causada pela falta de valorização profissional)	Lima, 2000, in RHS nos PALOP - STP, p. 8
		Segundo as diretrizes para política de RHS, deverá existir um período probatório, onde ocorre um treino cujo planeamento e executado pelo departamento de RHS (que atualmente foi suprimido) e não deverá ser superior a duas semanas	Lima, Diretrizes para política de RHS, p.4
		Em S. Tomé os recursos de saúde são escassos e apresentam limitadas perspectivas de aumento. É necessário melhorar a qualidade técnica dos já existentes, de forma continua, mais próxima da comunidade e com menor custo para o doente e para o sistema.	PRHS, p. 20
		Apesar da disponibilidade de recursos humanos em saúde ser relativamente adequada a motivação para o trabalho do pessoal é fraca, as principais causas sendo: as precárias condições de trabalho, a ausência de incentivos com salários baixos (48 usd de sm na FP)	PNDRHS, p. 11

Qualidade dos RHS	5.1. Quais são os níveis atuais de produtividade por tipo de serviço?	<p>Para além dos fatores relacionados com a remuneração e as condições de trabalho, outro aspeto que contribui grandemente para a falta de motivação e o baixo nível de qualidade da prestação de cuidados de saúde no serviço público, é a falta de promoção na carreira profissional, devido à estagnação do processo. Os orçamentos do setor da saúde não preveem a abertura de vagas de níveis superiores, devido às restrições impostas pelo sistema financeiro do país, sendo que os funcionários deveriam progredir na carreira de 3 em 3 anos. A aplicação da Lei de Carreiras implica inevitavelmente uma sobrecarga orçamental., uma vez que se encontram no sistema trabalhadores que desde 1985 não são promovidos dentro desta lei. Regularizar 20% dos trabalhadores nesta situação implica sensivelmente uma despesa de 45 milhões de dólares, o que representa uma parcela insignificante do orçamento. Esta aplicação permitirá restabelecer a credibilidade na carreira criada pela Lei 5/97</p>	PNDRHS, p. 28-29
		<p>Um dos estrangulamentos na gestão e administração do pessoal de saúde é o facto de muitos profissionais estarem vinculados a um certo serviço através do qual são remunerados e atuarem efetivamente noutro serviço. Este facto dificulta o controlo de desempenho dos profissionais, e não permite medir a força de trabalho de cada setor</p>	PNDRHS, p.31

Qualidade dos RHS	5.2. Os níveis atuais permitem responder às necessidades do país?	O CS deve poder oferecer serviços de: - Urgências permanentes; - Consultas programadas de medicina geral; - cuidados de internamento (medicina geral; pediatria médica; internamento de doentes de evolução prolongada; promoção e assistência a partos hospitalares; visitas itinerantes programadas (aos PS e PSC); vigilância à saúde individual (atendimento integral à mulher e criança; saúde escolar, mental e oral; profilaxia de doenças evitáveis; promoção de saúde...); garantia de evacuação referenciada; exames complementares de diagnóstico; acesso a radiologia (acesso direto em cs ou referênciação); ecografia; eletrocardiografia; higiene do meio	Carta Sanitária, P.4-5
		O fluxo migratório quotidiano faz aumentar diariamente a população do CAAG, produzindo problemas ambientais e sanitários. Os utentes deste distrito procuram frequente e diretamente assistência medica no CHST, desviando-o do seu papel de referência. A organização do SNS não pode ser rígida e seguir estritamente os limites do direito administrativo e deve seguir as deslocações geográficas da população (em direção à periferia onde carece atenção primária). É necessário criar serviços competitivos, que levem essas populações a escolhê-los em vez de recorrer ao CHST, para que este possa dedicar-se à sua função (cuidados terciários)	CS
		O distrito de saúde é definido por uma área geográfica, uma população abrangida, uma rede de estruturas de saúde com complexidade diferente e um conjunto de normas e procedimentos de funcionamento. Nas suas funções constam a identificação de problemas e necessidades de saúde, a elaboração do plano distrital de saúde, a capacitação dos quadros técnicos do distrito, a gestão do mecanismo de administração do pessoal afeto, a montagem dos sistemas de informação, avaliação e controle dos resultados	PNS, p21

Qualidade dos RHS	5.2. Os níveis atuais permitem responder às necessidades do país?	Os CS vocacionados para promoção da saúde, prevenção da doença e recuperação, através adas instalações, de deslocações às comunidades, conta c um médico como RHS diferenciado.	PNS, p21-22
		Modernizar os procedimentos e mecanismos de gestão de RHS	PNS, p29
		Os PS, vocacionados para o nível de atenção primária, são extensões dos CS, contam com um enfermeiro geral para chefiar o posto e contam também com a ajuda das equipas do CS ou DS que se deslocam com periodicidade regular	PNS, p22
		Revitalizar a lei 5/97, para que ocorra o enquadramento funcional com a devida mudança de categoria com incremento dentro da carreira, permitindo a incorporação e o aumento progressivo da remuneração dos RHS com parâmetros claros e bem definidos. Só assim se pode esperar o compromisso e dedicação, num processo de melhoria contínua da qualidade na atenção À saúde. Ao contrário a sua não implementação e resulta em falta de estímulo e falta de compromisso dos recursos humanos. A motivação e a melhoria do desempenho devem ser os resultados a serem perseguidos com o processo de valorização continua e sistemática dos RHS	PRHS, p.20-21

Qualidade dos RHS	5.3. O trabalho profissional produz os resultados esperados? É eficaz? Alcança os padrões estabelecidos?	Debilidade e/ou ineficácia dos mecanismos de informação, de acompanhamento regular, análise e avaliação do estado sanitário do país.	PNS, p.8
		Todos os fatores enunciados refletem-se no desempenho (eficácia e qualidade) dos profissionais. Associando a falta de condições de trabalho, aos salários baixos, à inexistência de uma política de incentivos, aos deficits de formação e ao deficiente aprovisionamento de medicamento, encontra-se a origem não só da falta de motivação do pessoal do setor, mas também da saída de técnicos superiores do país.	Lima, 2000, RHS nos PALOPS - STP, p. 10-11
		Entende-se a carreira como um objetivo de valorização do funcionário. A efetiva implementação das carreiras e o enquadramento dos funcionários em seus respectivos níveis)	Lima, Diretrizes da política de RHS, p.5
		A avaliação de desempenho deve ser um instrumento da gerência que tem como pressuposto o desenvolvimento do funcionário	Lima, Diretrizes da política de RHS, p.6
		É preciso estabelecer incentivos à produtividade: um mecanismo de gratificação do trabalho que se estabelece a partir de uma remuneração básica, não é uma substituição ao salário, nem é permanente ou automática.	
		As pobres condições de trabalho, disponibilidade insuficiente de medicamentos, a ausência de incentivos (mm à fixação), salários extremamente baixos, leva a uma motivação geral do pessoal muito fraca	PRHS, p. 6

Qualidade dos RHS	5.4. Os profissionais produzem serviços adaptados às características sociais e culturais dos usuários?	Mas quando se reparte por essa população os avultados investimentos nas soluções necessárias para corrigir os problemas de base, o custo por habitante é relativamente elevado, este facto deve ser considerado no processo de planificação e otimização de recursos.	PNS, p. 14
	5.5. O bom desempenho pode ser mantido em base contínua?	Atualizar o papel, funcionamento e relações hierárquicas da Escola de Formação de Quadros de Saúde.	PNS, p.30
		Fomentar nos profissionais de saúde o desenvolvimento do espirito sistemático de investigação como meio de melhorar as aptidões com a atualização de conhecimentos; Promover a investigação de sistemas de saúde; Criar condições para o desenvolvimento e suporte à investigação biomédica	PNS, p. 33
		Carência de profissionais de níveis superior e médio nos serviços de saúde e no mercado de trabalho do país, bem como considerável número de pessoal a exercer funções nos serviços de saúde sem qualificação específica ou a aguardar cursos de promoção	Lima, 2000, in RHS nos PALOP - STP, p. 8
		A renovação e a expansão do stock de trabalhadores de saúde qualificados dependem da capacidade do sistema de educação em produzir graduados com um determinado conjunto de competências para lidar com as prioridades de saúde.	Fronteira, 2008, RHS, nos PALOP, ponto de situação
		Não foi possível identificar uma política de qualificação de RHS	PNDRHS, p.11
		Os processos de capacitação deverão ser planeados e elaborados tendo em vista as necessidades de serviços (voltamos à necessidade de um sistema de informação de RHS conveniente ...)	Lima, Diretrizes para política de RHS

Qualidade dos RHS	6. A força de trabalho é estável ou flutua de modo imprevisível?	Melhorar as condições de trabalho em geral e criar incentivos para promover a fixação de quadros nos distritos	PNS, p30
		A movimentação de pessoal costuma ser uma prática frequente. No entanto a falta de coordenação, critérios e negligência em notificar a movimentação do prestador tem gerado bastantes dificuldades	Lima, Diretrizes da política de RHS, p.5
	6.1. O país consegue reter seus profissionais mais qualificados?	Em S. Tomé os recursos de saúde são escassos e apresentam limitadas perspectivas de aumento. É necessário melhorar a qualidade técnica dos já existentes, de forma contínua, mais próxima da comunidade e com menor custo para o doente e para o sistema.	PNS, p.29
		Associando a falta de condições de trabalho, aos salários baixos, à inexistência de uma política de incentivos, aos deficits de formação e ao deficiente aprovisionamento de medicamento, encontra-se a origem não só da falta de motivação do pessoal do setor, mas também da saída de técnicos superiores do país.	Lima, 2000, RHS nos PALOPS - STP, p. 10-11
		Os quadros enviados para o exterior para graduação e pós graduação não regressam, ou abandonam o setor e enveredam por outros meios de ocupação, alheios ao SNS, ou emigram. Isto deve-se à má gestão dos recursos, caracterizada pela falta de incentivos, ausência de progressão na carreira e baixos salários, insuficientes para responder às necessidades individuais e familiares	OMs 2005, in RHS nos PALOP - STP , p,11
		Para garantir o aumento da taxa de retorno, deverá ser elaborada uma base de dados com as características pessoais de todos os selecionados para a formação no exterior, procedência, as instituições formadoras recetoras. Com base no banco de dados dos profissionais, deverão ser construídos indicadores de desempenho do estudante enviado, taxa de regresso, e a razão de incorporação no SNS	PNDRHS, p. 26

Variável	Evidências/Questões	Parâmetros	Fonte de informação
Qualidade dos Cursos Ministrados	1. Existe algum processo de identificação das competências que os prestadores devem possuir? Qual?	Preconiza-se a criação de uma direção forte e competente para fazer a coordenação dos aspetos fundamentais da gestão dos recursos do setor de saúde: Gestão de recursos materiais, do OGE e dos RHS.	PNS, P. 24
		A direção de administração, plano e cooperação tem a seu cargo as funções de planeamento; os estudos, necessários à melhoria da gestão; a capacidade negocial da cooperação; O funcionamento de um sistema de informação de saúde; a Escola de Formação de Quadros	PNS, p.24
		Dificuldades de comunicação entre os diversos níveis de gestão	Lima, 2000, in RHS nos PALOP - STP, p. 9
		Implantar uma sistemática coleta periódica de dados de necessidades de perfis e competências de profissionais identificados pela organização de serviços de saúde. Baseado na procura de profissionais para enfrentar os problemas prioritários de saúde deverá ser desencadeado um processo de negociação contínua e permanente com as instituições de formação de países colaboradores para que as bolas respondam às necessidades. É importante acoplar um sistema de monitorização destes candidatos a frequentar estas formações no estrangeiro, identificando as variáveis que representam nos candidatos uma maior possível taxa de retorno.	PRHS, p15-16

Qualidade dos Cursos Ministrados	1.1. É conhecido o número de prestadores necessários em cada categoria profissional?	Definir o quadro tipo de pessoal para cada tipo de estrutura em função do seu conteúdo funcional, o perfil de cada grupo profissional e as necessidades em pessoal	PNS, p.29
		Dificuldades em garantir uma gerência de RHS	Lima, 2000, p,2
		Dificuldade na indefinição do modelo de organização de serviços. De resto as definições associadas ao tipo e padrão de estruturas sanitárias, sua área de abrangência e ações a desenvolver, impossibilitam estabelecer o quantitativo e o tipo de profissionais de cada estrutura. Se não é possível caracterizar a força de trabalho como é possível propor a sua contratação e/ou formação? É imperativo a criação de um sistema de informação de RHS. Um sistema planeado para colher, armazenar e disseminar as informações relativas a estes profissionais de modo a garantir uma tomada de decisão eficaz por parte dos gerentes envolvidos	Lima, 2000, p,2/3
		A relação profissionais de saúde/habitante é relativamente boa, considerando a região onde se enquadra o país 1/3000 a nível de médicos, 1/900 para enfermeiros e 1/168 parteiras, no entanto a distribuição pelo país n é equilibrada	Política de RHS, p.6
		É necessário identificar as estimativas antecipatórias de RHS necessários à modificação do modelo de atenção, será portanto necessário impulsionar um sistema de informação que possibilite a pro atividade do desenvolvimento de RHs nesse modelo.	Política de RHS, p.11

Qualidade dos Cursos Ministrados	1.1. É conhecido o número de prestadores necessários em cada categoria profissional?	<p>Importa definir perfis profissionais com as respectivas competências para a execução das ações e atividades previstas, seja na atenção à saúde seja no apoio administrativo</p>	PRHS, p. 12
		<p>Está definido na CS, mas é necessário fazer os devidos ajustes decorrentes das alterações epidemiológicas do país desde 2000. Deste modo, dever-se-á ter atenção à especificidade e tendência dos determinantes sociais da saúde, mudanças no perfil epidemiológico e demográfico da população e à velocidade da incorporação tecnológica na atenção à saúde</p>	PRHS, p19-20
		<p>De maneira geral identifica-se uma disparidade na distribuição de recursos humanos entre os distintos distritos sanitários. Se atendermos aos serviços de internamento e maternidades existentes em cada distrito, verificamos ainda uma iniquidade da distribuição de camas e médicos quando ajustada a oferta da população</p>	PNDRHS, p.9-10
		<p>A previsão feita na tabela 11 do PNDRHS tem em conta a projeção feita pela CS e as perdas por aposentadoria, emigração ou abandono (existentes 557, a aposentar até 2015 28, técnicos em 2015: 529),</p>	PNDRHS, p. 16-17
		<p>Enfermeiros/população: 1:900 desejável 1:300</p>	PNDRHS, p. 17

Qualidade dos Cursos Ministrados	1.1. É conhecido o número de prestadores necessários em cada categoria profissional?	A Carta Sanitária do País faz uma distribuição de unidades de saúde e dos recursos, inclusive humanos, a serem afetados, definindo criteriosamente as tarefas e responsabilidades de cada nível de prestação de serviço. Todavia, atualmente estas unidades ainda não estão equipadas com os recursos previstos quer em quantidade quer em qualidade.	PNDRHS, p.13
		Imperioso montar um sistema de informação sobre os movimentos de RHS neste ministério, implementar uma base de dados que permita monitorar a entrada e saída de pessoal, predizer necessidades de formação, enquadramento de novos profissionais em função das necessidades de prestação de cuidados nos distintos serviços e distritos. Deverá conter também dados sobre ingresso, deslocamento, transferências, reforma e afastamento definitivo ou temporário. Ainda também, dados sobre educação e formação permanente, de modo a adequar os meios de diagnóstico e tratamento em função da capacidade académica dos RHS	PNDRHS, p. 20
		PNDRHS, é que sejam formados no exterior: 7 técnicos de oftalmologia; 3 de estomatologia; 9 obstetras; 8 de cirurgia; e 7 de fisioterapia.	PNDRHS, p.26

Qualidade dos Cursos Ministrados	1.2. Quais as necessidades de formação do setor?	Estudar as necessidades de formação de base, de aperfeiçoamento e de especialização; Planificar a médio e longo prazo a formação no País e no exterior.	PNS, p.29
		Inexistência de instituições formadoras de profissionais - os profissionais de nível superior são formados fora do país	Lima, 2000, in RHS nos PALOP - STP, p.9
		O ICSVSM deverá realizar cursos de formação de base em enfermagem geral, obstetrícia geral, laboratório, farmácia, raio x, microscopia, saneamento do meio, nutrição e estatística (ver tabela 13 e 14, PNDRHS)	PNDRHS, p. 18
	2. Como são definidos e planeados os currículos (em termos de pessoal e recursos materiais)?	Dificuldade em gerir processos de capacitação; Dificuldade em perpetuar o desenvolvimento institucional do ICSVSM	Lima, 2000, p.2
		Revisão e criação dos programas curriculares de formação, tendo como documento orientador o PDRHS	PRHS, p. 17
	3. Os docentes estão capacitados para lecionar as matérias?	Recrutamento e enquadramento legal de docentes e pedagogos em quantidades suficientes, fazendo recursos, se necessário a pedagogos do Ministério da educação e cultura	PRHS, p. 17
		Para realizar os cursos necessários, é necessário incorporar pessoal docente com formação em pedagogia, que possa contribuir para construir e planear os currículos destas formações visando ao máximo aproveitar o pessoal técnico do próprio Minsa.	PNDRHS, p.19

Variável	Evidências/Questões	Parâmetros	Fonte de informação
Utilização de Material pedagógico	1. Que material pedagógico existe?	Reabilitação/requalificação da estrutura do Instituto e seu devido apetrechamento técnico-científico; criação de parcerias e geminações com instituições congêneres de países amigos, colaboradores para fortalecer o componente de formação	PRHS, p. 18
	1.1. Quando é utilizado?		
	1.2. Com que frequência?	Numa base regular, com particular incidência de aulas práticas	Entrevistas e OD's
	1.3. Por quem é utilizado?	É utilizado por alunos e professores	Entrevistas e OD's
	2. Que outro tipo de material seria útil e porquê?		
Variável	Evidências/Questões	Parâmetros	Fonte de informação
Capacidade de gestão e administração do ICSVSM	1. Quantos técnicos existem?	Pessoal mínimo ver pagina 18 PRHS	
	1.1. Qual o seu nível de formação/especialidade?		
	2. Quais as principais dificuldades sentidas pelos técnicos?		
	3. Quais os procedimentos de gestão e administração?		
	4. Quem são os responsáveis por cada área?		

Variável	Evidências/Questões	Parâmetros	Fonte de informação
Capacidade pedagógica e formadora do ICSVSM	1. Quantos docentes estão afetos ao ICSVSM?	Número reduzido de docentes, fraca capacidade de gestão, não efetuando atualização dos quadros nem dos programas de formação.	OMS 2005, in RHS nos PALOP - STP, p12-13
	1.1. Quantos estão no quadro?	Insuficiente atuação da Escola de Formação de Pessoal - pequeno número de docentes e baixa capacidade de gestão	Lima, 2000, in RHS nos PALOP - STP, p. 8
		Existem somente dois professores nos quadros, sendo que não estão contratados como professores e sim como responsáveis pedagógicos	Dados entrevistas
	1.2. Há quanto tempo?		
	1.3. Quantos são pontualmente contratados?	Varia, conforme as necessidades dos semestres a decorrer, e as disciplinas	Dados entrevistas
	2. Quais as habilitações dos professores?	Só dois professores têm formação pedagógica, os restantes, são enfermeiros e médicos, existindo também um licenciado em economia, outro em educação física e outro em português.	
	2.1. Qual a última formação que frequentaram?		
	2.2. Quando?		
	2.3. Com que duração?		
	2.4. Com que conteúdos?		

Variável	Evidências/Questões	Parâmetros	Fonte de informação
Grau de autonomia financeira	1. Quais as necessidades financeiras do ICSVSM?	Fraqueza do sistema de financiamento de saúde, porque os recursos internos do OGE, cobrem apenas cerca de 10% das despesas total do setor e são utilizados, na sua grande parte, para pagar ao pessoal. A dependência financeira externa é enorme.	CS/PNS
		É imperioso o reforço do ICSVSM, dotando-o de verdadeira autonomia pedagógica administrativa e financeira, que permita o reforço do seu corpo docente, a criação de um gabinete pedagógico e a garantia de melhores condições infraestruturais necessárias ao funcionamento do mesmo.	PRHS, p. 17
	2. Que rendimentos tem o ICSVSM?	Não foi fornecido, os técnicos referiram somente que recebia rendimentos de fotocópias (que muitas vezes não podem fornecer por falta de toner ou papel), emolumentos, certificados e inscrições.	
	3. Que financiamentos tem o ICSVSM?	Insuficiente atuação da Escola de Formação de Pessoal - pequeno número de docentes e baixa capacidade de gestão	Lima, 2000, in RHS nos PALOP - STP, p. 8
Necessário constituir formalmente e com o devido enquadramento orçamental da diretoria do Instituto; dotação de um orçamento compatível com as necessidades de gestão e administração dos serviços do Instituto, para que se possam atingir objetivos programáticos e metas		PRHS, p.17	

Grau de autonomia financeira	4. Que parte do OGE cobre despesas do ICSVSM?	A proporção do orçamento pública da saúde alocada a despesas de pessoal pode variar muito de país para país, dependendo da importância de outras despesas, e da existência de outras fontes que podem cobrir essas despesas.	Fronteira, 2,3,
		Os países não têm capacidade financeira para fazer um <i>scaling up</i> rápido dos seus RHS (ainda que em STP, se esteja a lutar pela implementação da lei de carreiras - DL 5/97)	Fronteira, 3
		O SNS de SP é caracterizado por certas indefinições institucionais e por uma evidente instabilidade financeira.	Lima, 2000, p.2
		Forte dependência económica do exterior, torna o país bastante vulnerável	Lima, diretrizes para a política de RHS, p. 3
		O orçamento corrente do estado para a saúde, em termos reais, tem vindo a decrescer até 97, registando até á data um ligeiro acréscimo, atualmente cerca de 13% do geral. Por outro lado nem sempre é possível abordar a proporção do OGE para a saúde q está alocado aos RHS uma vez que este se dilui nas despesas gerais do MINSA, embora se saiba que a maior parte do Orçamento de despesas correntes é custos com o pessoal	Política de RHS, p.5
		Uma grande parte da população é incapaz de compartilhar os custos de saúde, o que torna ainda mais exíguos os recursos financeiros da saúde.	Política de RHS, p.7

ANEXO IX

Tabela 16 - Quadro de Outputs do projecto

<i>Ano de intervenção</i>	<i>OUPUTS</i>
2007	<i>Curso introdutório – semestre 0 - realizado com aproveitamento de 42 alunos</i>
	<i>Melhoria no inventário e catalogação da biblioteca</i>
	<i>Melhorias no gradeamento e instalações elétricas</i>
	<i>Ligação à plataforma Informática da ESSCVP</i>
	<i>Apoio á organização dos conteúdos programáticos</i>
2008	<i>Curso de formação comum realizado com sucesso a 35 alunos</i>
	<i>Dotação da biblioteca de 63 exemplares de livros técnicos e 30 manuais.</i>
	<i>Melhoria da segurança e equipamento informático</i>
	<i>Apoio na definição das áreas de formação primordiais pelo ICSVSM</i>
	<i>2º Semestre do tronco comum realizado com sucesso a 34 alunos</i>
	<i>Reciclagem dos docentes do ICSVSM</i>

2009	<i>Elaboração de guia de orientação do curso e guias de orientação de diversas unidades curriculares</i>
	<i>Realização do 1º e 2º semestre do curso médio de enfermagem a 35 alunos</i>
	<i>Realização do 2º módulo de formação pedagógica a docentes</i>
2010	<i>Realização de unidades curriculares aos 35 alunos do curso médio (Enfermagem cirúrgica; Gestão em Saúde; Técnicas de Investigação)</i>
	<i>Realização integral do último ano do curso médio</i>
	<i>Envio de modelos anatómicos e outro material para ensino de prática</i>

ANEXO X

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

O estudo sobre “A sustentabilidade do investimento em recursos humanos de saúde: Um estudo de caso em STP” tem como objetivo verificar a sustentabilidade de projetos de capacitação de Recursos Humanos de Saúde. De uma forma mais detalhada, pretende verificar-se a sustentabilidade do apoio à consolidação institucional do Instituto de Ciências da Saúde Vítor de Sá Machado em STP.

Eu,

(nome completo)

1. Recebi uma breve informação acerca do meu papel no estudo;
2. Tive oportunidade de colocar questões sobre o estudo e esclarecer as minhas dúvidas;
3. Recebi informação que considero suficiente sobre o estudo;
4. Falei com Ana Luísa Batista da Trindade;
5. Compreendi que a minha participação neste estudo é voluntária;
6. Compreendi que posso desistir se o desejar, sem ter que dar qualquer explicação e sem qualquer repercussão em relação aos cuidados médicos que posso receber, através do envio de um correio electrónico para albtrindade@gmail.com, ou de um telefone para +351963876225.

Concordo em participar neste estudo de livre vontade.

Assinatura do participante
investigador

Assinatura do

Data:

Data:

ANEXO XI

Guião de entrevistas

1. Quebra-gelo

- 1.1. Qual é a sua formação de base?
- 1.2. Quanto tempo exerceu?
- 1.3. Qual o cargo que ocupa atualmente?
- 1.4. Há quanto tempo ocupa este cargo?
- 1.5. O que o atraiu mais neste cargo?
- 1.6. Tem saudades de exercer a sua profissão? Porquê?

2. QUALIDADE DOS RHS

2.1. **Em que medida o desempenho observado da força de trabalho contribui para o alcance dos objetivos dos serviços de saúde?**

- 2.1.1. Quais são os objetivos de saúde? Existem planos?
- 2.1.2. Naquilo que é o desempenho dos Recursos Humanos de Saúde, ajudam a cumprir esses objetivos? Como, de que maneira? Como dificultam?

2.2. **Em que medida os processos de desenvolvimento de competências, de distribuição e de gerência da força de trabalho contribuem para produzir o desempenho esperado?**

- 2.2.1. Que processos de RHS existem (formação, distribuição e gestão de RHS)?
- 2.2.2. Quem os coordena?
- 2.2.3. As políticas de saúde (RHS) têm em conta estes processos (existe coordenação para se atingir o sucesso/desempenho esperado)?

2.3. **Em que medidas as políticas atuais, a disponibilidade de recursos e as relações de poder apoiam o desenvolvimento de competências, a distribuição e a gerência de resultados?**

- 2.3.1. Que políticas de RHS existem? O que pensa delas? São bem executadas? Só existem no papel? Quem são os responsáveis pela sua implementação?
- 2.3.2. Existe coordenação entre as políticas e os processos? Porquê?

2.4. **A Força de trabalho de trabalho atual oferece serviços a todos os sub grupos populacionais?**

- 2.4.1. Cobre todos os problemas prioritários? (se não quais?)
- 2.4.2. No geral os utentes estão satisfeitos?

- 2.4.3. Que alterações se verificaram após entrarem os novos alunos vindo do ICSVSM?
- 2.4.4. Quais as especialidades que se encontram em maior falta?
- 2.4.5. Quais as regiões mais desfavorecidas?
- 2.4.6. Que problemas mais comuns não têm resposta?
- 2.5. Quais são os níveis actuais de produtividade por tipo de serviço?**
 - 2.5.1. Quantas faltas são dadas em média por semana?
 - 2.5.2. Quem controla as faltas/atrasos/trocas de turnos?
 - 2.5.3. O trabalho profissional produz os resultados esperados (é eficaz/ alcança os padrões estabelecidos)? Quais são/quais não produz?
- 2.6. O bom desempenho pode ser mantido em base contínua?**
 - 2.6.1. Existe formação contínua?
 - 2.6.2. Dada por quem?
 - 2.6.3. Em que áreas?
 - 2.6.4. Quais as necessidades de formação do setor?
 - 2.6.5. Existe um processo de identificação dessas necessidades? Descreva-o
 - 2.6.6. Como são definidos e planeados os currículos (em termos de pessoal/recursos/material)
 - 2.6.7. Os docentes estão capacitados para leccionar as matérias?
- 2.7. Os RHS são estáveis ou flutuam de modo imprevisível?**
 - 2.7.1. Quantas saídas/entradas existem por mês?
 - 2.7.2. Quantos RHS saem para emigrar? Para que Países? Costumam regressar?
 - 2.7.3. O País consegue reter os seus profissionais mais qualificados?
- 2.8. Utilização de material pedagógico**
 - 2.8.1. Que material pedagógico existe (incluir internet)?
 - 2.8.2. O material que existe corresponde ao essencial para as matérias leccionadas?
 - 2.8.3. Quem cuida do material?
 - 2.8.4. Qual o material mais utilizado? Para que o utilizam?
 - 2.8.5. Quem mais utiliza o material? Em que circunstâncias?
 - 2.8.6. Que incentivos existem à sua utilização?
 - 2.8.7. Os alunos costumam solicitar algum material que não existe?
 - 2.8.8. O material é facilmente acessível? O que é preciso fazer para aceder ao material?
 - 2.8.9. Que matérias beneficiariam de mais materiais?
- 2.9. Capacidade de gestão e administração do ICSVSM**
 - 2.9.1. Quantos técnicos existem?
 - 2.9.2. Qual o seu nível de formação/especialidade?

- 2.9.3. Quais os principais problemas com que se depara na realização das suas tarefas?
- 2.9.4. Que dificuldades costuma verificar nos técnicos ao desempenharem as suas tarefas?
- 2.9.5. Existem procedimentos de gestão e administração? (pedir para depois mostrar)
- 2.9.6. São conhecidos e compreendidos por todos os utilizadores?
- 2.9.7. Quais os mais complicados de executar? Porquê?
- 2.9.8. Quais os procedimentos que não são executados? Porquê?